

Mina thoraxminnen



*Bertil Svane
Överläkare i
thoraxradiologi*

I samband med min pensionering vill jag dela med mig av några minnen från c:a 30 år på Thorax. Minnen är färskvara och försvinner när en person slutar. Tyvärr kan jag inte åstadkomma någon formellt riktig historia eftersom en sådan kräver kontroll av fakta och årtal och liknande. I stället ska jag berätta en del av mina thoraxminnen, med de fel och ofullkomligheter som kan finnas. Jag kan ha glömt eller missuppfattat en del av det som har hänt.

Huset färdigställdes 1957, men jag har inga thoraxminnen från den tiden – jag gick i fjärde klass höstterminen 1957. Thoraxhuset byggdes dels som ett sanatorium med balkongerna på gaveln, dels för att inrymma öppen hjärtkirurgi under ledning av Clarence Crafoord. Tänk t.ex. på operationssalen som har en åskådarläktare över taket. Den får väl anses vara 1900-talets motsvarighet till Olof Rudbecks anatomiska teater i Uppsala. Till Thorax vallfärdade kirurger från hela världen, för att få studera hjärtkirurgi. Både på 50- och 60-talen var thoraxkirurgi fortfarande till en del synonymt med tuberkuloskirurgi, men hjärtkirurgin var stadd i snabb utveckling, en utveckling som till stor del skedde på Thorax på KS.

Min läkarutbildning

Troligen såg jag thoraxhuset första gången hösten 1966 när jag började läsa medicin på KI. Det var då drygt 2 ½ års teoretiska studier på institutet innan man fick ta steget över Solnavägen till "verkligheten", först i form av Propp-kursen (Klinisk propedeutik) som gick på Thorax. Jag gick den VT 1969 med föreläsningar i aulan och patientdemonstrationer på kardiologavdelningarna. Kardiologen var då inte någon egen klinik utan en sektion av medicinkliniken. Vi kandidater fick lära oss att skriva journaler, vilken ände av stetoskopet man skulle sätta i öronen och andra praktiska saker som en läkare ska kunna. En sak som jag minns med fascination är den dåvarande attityden till rökning på thoraxhuset. Det fanns rökrum på alla våningsplanen och personalen rökte helt öppet på raster, ronder och i kafferummen. Till och med när man som kandidat skulle ta anamnes på en patient blev man ofta hänvisad till rökrummet. Samtidigt gick vi kurs i Ftisiologi på lungkliniken och Klinisk kemi i undervisningslaboratoriet, som låg på bottenvåningen där hjärtmottagningen ligger nu. På kemikursen fick vi analysera kurskamraternas avföringsprover, räkna trombocyter och

annat som man har haft stor nytta av i läkargärningen. Baracken intill thoraxhuset inrymde då KS datacentral med stora datorer och mycket personal. Vi fick göra studiebesök för att se datateknikerna i vita rockar hantera stora bandstationer m.m. som hörde till den tidens datorteknik. Bl.a. utvecklade man datajournaler för lungkliniken. Projektet lades ned senare av kostnadsskäl. Jag undrar ibland om datasystemen i dagens sjukvård hade fungerat bättre om dataenheten hade fått fortsätta på sjukhuset, så att programutvecklingen hade kunnat styras av personer från vården i stället för medicinskt okunniga datatekniker.

Sedan var det dags för medicinkursen HT 1969 på stora huset, bl.a. på KVE (koronarvårdsenheten), den då relativt nya vårdenheten för hjärtinfarkt. Patienterna vårdades i sängläge lång tid efter en infarkt och mobiliserades mycket långsamt. Det var då ganska nytt att infarktpatienter hade kontinuerlig EKG-övervakning. I övrigt behandlades infarkter bara medicinskt. Så sent som 1972, när jag gjorde assistenttjänstgöring i medicin i Norrtälje fanns ett lokalt förbud att lägga infarktpatienter över 65 års ålder på intensivvården, eftersom det enligt överläkaren där, inte fanns vetenskaplig dokumentation på att det förbättrade prognosen för äldre patienter.

Specialistutbildning

När grundutbildningen var avslutad, och jag gjort obligatorisk tjänstgöring i öppenvård och psykiatri, vilket var en övergångsregel innan AT-systemet infördes, började jag på Centrala röntgen på KS april 1974, och fick så småningom ett s.k. FV-block, d.v.s. blockförordnande för specialistutbildning. Jag intresserade mig mest för gastroenterologisk radiologi, och fick också lära mig gastro- och koloskopi som då hörde till röntgenklinikens ansvarsområde. Jag gjorde då KS:s första ERCP tillsammans med en polsk kollega, slyngade kolonpolyper och annat spännande. Angiografi var ett annat område som intresserade mig. Man gjorde mycket mer angio av bukkärlden på den tiden bl.a. för tumördiagnostik i bukorganen, eftersom CT inte fanns i kliniskt bruk ännu. Den första helkroppsdatortomografen monterades på KS 1976. Varje bild hade en exponeringstid på 2 ½ minut, så den hade mycket begränsat användningsområde eftersom ingen kunde hålla andan så länge. I specialistutbildningen ingick 6 mån randutbildning på Thoraxröntgen, vilket blev min första riktiga kontakt med thorax. Som randutbildare på Thoraxradiologiska avdelningen ägnade man sig åt hjärt- och lungdiagnostik med lungröntgen och hjärtangio utom coronarangiografi. Dessutom gjordes en del perifer angiografi på Thoraxröntgen, eftersom några av thoraxkirurgerna också höll på med kärlkirurgi. Coronar-angiografi ansågs vara så svårt att bara de fast anställda thoraxradiologerna fick göra det. Eftersom hjärt-ultraljud ännu inte var i kliniskt bruk var diagnostiken ganska annorlunda. Angio användes mycket mer för diagnostik av klaffel etc. än som nu med pålitlig ultraljudsdiagnostik. Kardiologernas främsta instrument var fortfarande stetoskopet. På den tiden var det inga kardiologer i Stockholm som gjorde hjärtangiografier utan bara thoraxradiologer. Efter thorax gick jag randutbildning på barnröntgen och neuroröntgen och fick ut specialistkompetens 1978. Jag tänkte att jag skulle återgå till gastroenterologisk radiologi som nybliven specialist, men var inte välkommen tillbaka dit. I stället fick jag höra talas om att man behövde en vikarie på Thoraxröntgen, och frågade Gunnar Törnell om jag fick börja där.

Tiden på Thorax

Så började jag som vikarierande underläkare på Thoraxröntgen mars 1979. Som vikarie fick man ett 5-månadersförordnande som kunde förlängas om man hade tur, eller avslutas utan

kommentarer om man inte skötte sig. Som "fast" vikarie fick jag börja med coronarangiografi, som jag fick lära mig av Christian Landou, förmodligen svensk mästare på området. Det fanns på den tiden bara ett hjärtangiolaboratorium i Stockholm. I övrigt fanns det bara coronar-angio på universitetssjukhusen, och ungefär samtidigt startade man också i Linköping och Örebro. Alla stockholmssjukhusen fick remittera sina hjärtpatienter till thorax för hjärtutredning inklusive angiografi. Det gjordes mycket mindre coronar-angiografi på den tiden. Den i stort sett enda indikationen var invalidiserande angina trots maximal medicinsk behandling; undersökningen gjordes bara på patienter som kunde komma i fråga för bypasskirurgi. Coronar-angiografi gjordes nästan aldrig i samband med infarkt. Väntetiden var mycket lång, mellan 6 mån och 1 år. Samtidigt betraktades bypasskirurgi i samhället som "lyxsjukvård för överklassen" som någon av kvällstidningarna skrev i en artikel. Patienterna låg inne flera dagar för utredning, där coronar-angiografen var ett viktigt led. Man använde joniskt kontrastmedel, vilket resulterade i att ungefär 10 % av patienterna fick asystoli vid kontrastinjektion i kranskärlen. Om kontrasten hamnade superselektivt i en liten sidogren, vilket oftast händer i höger artär, blev det nästan alltid kammarflimmer. Vi var därför mycket noga med att titta på tryckkurvan, eftersom den omedelbart visade om katetern ockluderade kärlet. Det ansågs vara ganska dramatiskt att genomgå en coronar-angiografi och patienterna var ofta mycket rädda. Utrustningen hade bildförstärkare med TV-kedja och undersökningen filmades med cinekameror. Man fick alltså en 35 mm film som skulle framkallas efter undersökningen, innan man kunde ställa diagnos. Man använde högre bildfrekvens än nu, vanligen 37 bilder/sekund för kranskärlen och 50 bilder/sekund för kammarangio och aortografi. Därför kunde man bedöma klaffrörelser etc. bättre än nu, när utrustningen klarar av högst 25 – 30 bilder/sekund. Vanligen används bara 12,5 – 15 bilder/sekund för kranskärlen numera. Alla aortastenoser utreddes med vänsterkammarangiografi och tryckmätning, och det var stor sport att leta sig ner med katetern i vänster kammare på täta aortastenoser. När det ibland misslyckades, fick fysiologiska laboratoriet i stället göra trans-septal kateterisering, eftersom tryckmätningen var nödvändig för att avgöra operationsindikation. Angiolaboratoriet var i och för sig helt modernt, men det var mycket mer primitivt än nuvarande laboratorier. Före varje filmning måste man göra en provexponering, för att undersköterskan kunde ställa in rätt exponering. För att kunna preliminärgranska bilderna innan filmen var framkallad, fanns en videobandpelare kopplad till genomlysningsbilden. Bandspelaren måste startas och stannas separat i samband med varje filmning, och när man ville se på bilderna måste bandet först spolås bakåt och sedan köras framåt igen. Vi hade ett biplanslab, men frontalstativet kunde inte vinklas kraniokaudalt utan endast i sidled, och lateralplanet kunde inte alls vinklas. Därför fick man vrida patienterna i stället för röntgenrören, och gjorde undersökningarna med hjälp av snedkuddar för att få olika projektioner. För kraniala och kaudala projektioner måste hela undersökningsbordet vridas i rummet. Röntgenrörens kylning var dålig, så labbet behövde svalna ungefär en halvtimme mellan varje patient. Det gick därför bara att göra tre till fyra angiografier per dag. På angiolaboratoriet gjorde vi också mycket filmning av klaffproteser, pacemakerELEKTRODER, klaffkalk, diafragmarörlighet och annat som knappast görs nu för tiden. Pulmonalis-angiografi var också en vanlig undersökning, eftersom det var det enda säkra sättet att diagnostisera lungembolier före CT-eran.

KS var ju statligt på den tiden, och på plan 1 hyrde SLL lokaler i N3-huset, där det fanns en centraldispensär. Vi hade håltimmar i arbetsschemat för att bedöma lungröntgen där; man fick extraersättning på hela 2 kr för varje granskad lungröntgen på dispensären.

Varje vardagsmorgon hölls en gemensam röntgenrund för thoraxkirurger och kardiologer. Dessförinnan hade vi thoraxradiologer gått igenom alla fallen tillsammans med den som skulle hålla rondan, vanligen öl Gunnar Törnell eller böj Alfred Szamosi. Chef på thoraxkirurgen var Viking Olof Björk och på kardiologen Bengt Jonsson och de var alltid med på ronderna. Dessutom var Alf Holmgren, chef på fysiologiska laboratoriet, också närvarande. På rondan visades först angiografi och lungröntgen på alla dagens operationsfall, och därefter gårdagens angiografier. Dessa drogs av kardiologunderläkaren, eventuella kateteriseringsdata av fysiologen och den ansvariga kirurgen accepterade sedan patienterna för operation. De kirurger som skulle operera på morgonen brukade gå efter att angion på deras patienter hade visats, men alla andra läkare deltog i hela rondan varje dag. Som underläkare fick man hålla den enklare rondan "sladdronden" varje morgon, d.v.s. visa alla pacemakerfall för berörda läkare. Lungklinikens rond hölls efter lunch, och gick till på ungefär samma sätt som hjärtronden. Åke Hanngren var chef och professor på lungkliniken. Vid den här tiden fanns ingen kardiologiprofessur i Stockholm. Clarence Crafoord arbetade fortfarande ibland, trots att han var över 80 år. Han hade mottagning för patienter som han opererat tidigare. Ibland kom han till Thoraxröntgen med en bunt röntgenbilder under armen och frågade om olika saker. De äldre radiologerna försökte ofta hålla sig undan när de såg honom. Jag blev mycket rädd första gången han haffade mig i korridoren och började hänga upp bilder på ett ljusskåp: "Tycker du också att hjärtat har blivit större de senaste åren?" var allt han frågade, och det var ju lätt att svara på. Med tiden lärde jag mig att uppskatta hans frågor, och uppfattade honom som en mycket snäll person, åtminstone när han var gammal.

Sveriges första PTCA/PCI gjordes på Thoraxröntgen KS

När jag hade varit några månader på thoraxröntgen kom Viking Olof Björk ner till röntgenronden och viftade med en artikel. "Titta, här beskriver en schweizare att han kan vidga förträngda kranskärl med en ballong, som han stoppar in genom en kateter i stället för operation. Det måste ni också lära er. Han ordnar kurser." Alfred Szamosi tittade skeptiskt på artikeln och muttrade att det verkar farligt, och kursen är dyr. Någon tid senare kom Björk med ett kuvert till Alfred. "Nu har jag ordnat pengar till den där kursen, så du måste anmäla dig!" Och så blev det, Alfred åkte på Grüntzigs kurs hösten 1979 och kom tillbaka med en bunt ballongkatetrar och andra tillbehör. Man valde ut en lämplig patient med en proximal LAD-stenos. Han informerades om att man skulle pröva att operera honom med en ny metod utan att söva och såga upp bröstkorgen, men om det inte gick så skulle han opereras direkt på vanligt sätt. Han accepterade, och blev Skandinavien's första PTCA-patient i november 1979. Alfred Szamosi blev den första i Skandinavien att göra PTCA (perkutan transluminal coronar-angioplastik). Under själva ingreppet stängde Alfred in sig på labbet med två sköterskor och en undersköterska, och vi andra fick inte titta på. Ingreppet gick bra, även om dåtida verktyg var mycket klumpiga och mycket mindre styrbara än de som kom senare, och resultaten inte var så imponerande. Ballongkatetern hade en kort böjlig ledare fastsatt på tippa, men det fanns ingen rörlig ledare. Guidekatetern var så trång att det inte gick att injicera kontrast när ballongkatetern var i den, utan man fick lov att markera stenosen med en peang etc. på patientens bröstkorg för att hitta rätt. Sedan gjorde Alfred ett litet antal PTCA under kommande år. Det var svårt att hitta lämpliga patienter. På grund av dåvarande snäva indikationer till coronarangiografi var flertalet patienter redan trekärlssjuka och hade många ockluderade kärl eller huvudstamsstenos, vilket inte kunde

behandlas med dåvarande PTCA-teknik. Efter ett par år fick Christian Landou också börja göra PTCA.

När Bengt Jonsson gick i pension kom Erik Orinius från Huddinge som ny chef till kardiologen på KS. Med sig hade han sin bästa underläkare från Huddinge, d.v.s. Gunilla Forssell. De två ansågs länge, av Erik Orinius själv, vara de enda stockholmsläkare som kunde bedöma indikationen för coronar-utredning, så alla andra stockholmsjukhus var fortfarande tvungna att skicka sina angiokandidater via dem. Det var säkert en bidragande orsak till att flera andra stockholmsjukhus började planera för att starta egen coronarangi-verksamhet.

En bit in på 80-talet flyttades HIA till thoraxhuset. Hjärtinfarktvården knöts därigenom till den mer invasiva sidan av hjärtsjukvården i stället för till medicinkliniken. Den första HIA-chefen var Lars Mogensen. Jag minns tydligt hur Lasse en dag kom springande till angiolaboratoriet precis innan jag skulle börja angiografera en patient. Han hade en patient på akutmottagningen med symtom på akut hjärtinfarkt sedan bara en timme. Han ville ta över patienten till thorax, och att jag skulle göra angio och intracoronar trombolys på patienten. Jag visste inte hur trombolys skulle gå till, men ställde upp när Lasse lovade att dosera trombolysmedlet, som jag tror var urokinas. Sagt och gjort. Angiografen visade ocklusion av LAD, och i övrigt friska kärl. Det var den första akuta infarkt jag såg på coronar-angiografi. Trombolysen gjordes genom katetern i kranskärlsostiet, och efter ett tag hade LAD öppnat sig. Det fanns kvar en tät stenosis, så jag kallade på Alfred Szamosi och föreslog honom att göra PTCA. Han trodde nog jag var tokig och avstod. Kärlet ockluderade igen efter något dygn, och patienten fick en stor infarkt. Förmodligen var Alfreds bedömning riktig; på den tiden hade vi ingen aning om hur patienten borde behandlas medicinskt, och inga av nutidens koagulations- och trombocythämmande medel fanns.

Bjarne Semb kommer till KS

Våren 1984 pensionerades Viking Olof Björk och ersattes av Bjarne Semb, som kom från Rikshospitalet i Oslo. Mitt första intryck av honom var en journatt strax efter att han hade börjat. Jag hade gjort angio på en patient med akut aortadissektion, och visade honom bilderna eftersom han var bakjour. När han sett bilderna reste han sig upp och muttrade något. Jag frågade vad han skulle göra, och han svarade: "Skifte buen." Jag vet inte hur det gick för patienten. Ganska snabbt gjorde sig Semb impopulär på sin klinik, bl.a. genom att föreslå att alla andra läkare där skulle degraderas ett tjänstesteg. Han tyckte att han borde vara den enda överläkaren på kliniken. Han tyckte också att anestesi-kliniken skulle inkluderas i kirurgkliniken, så att han kunde bli chef över alltihop. Hans idéer var impopulära, och det blev, som väl alla vet, bråk i huset. En del ansåg också att han opererade dåligt. Konflikterna resulterade efter några år i att Semb blev avskedad, och efterträddes av Kjell Rådegran. Dessförinnan hade Semb hunnit med att både operera in konstgjort hjärta av typ Jarvik 7 på tre patienter och göra KS:s första hjärttransplantationer. Det var en spännande tid på många sätt. Semb engagerade sig också i PTCA-verksamheten; han tyckte att vi gjorde för få, och hade för dåliga resultat. Han bjöd dit en kardiolog som han kände, Gerald Dorros från Milwaukee i USA, för att han skulle lära oss hur man skulle göra PTCA. Dorros kom dit sommaren 1984. Alfred hade motvilligt accepterat, och samlat ihop några patienter som skulle behandlas under de tre dagar som Dorros var på besök. Alfred skulle hjälpa honom och vi andra skulle få se på. De första ingreppen som Dorros gjorde lärde oss mycket om behandling av akuta komplikationer, och vi fick bl.a. defibrillera flera patienter på rad. Den andra dagen när Dorros var på besök sade han till mig: "Alfred är för gammal, jag ska lära dig

i stället. Jag har bett sköterskorna ta ner första patienten efter lunch en halvtimme tidigare än Alfred tror”. Jag accepterade motvilligt, eftersom jag väl kände till Alfreds temperament. När Alfred kom från lunch stod Dorros och jag redan sterilklädda och dilaterade för fullt. Alfred mulnade ordentligt, men vågade inte säga något. Sedan den dagen fick jag också göra PTCA som KS:s och kanske Sveriges tredje operatör. Möjligen hade Sahlgrenska hunnit börja med PTCA lite innan jag fick börja. I ärlighetens namn ska väl sägas att Dorros PTCA-resultat inte var så mycket bättre än våra. Den största skillnaden var tillgången till utrustning. Schneider, som tillverkade och sålde ballongkatetrar i Europa och USCI, som var de första att tillverka motsvarande utrustning i USA, hade gjort en affärsöverenskommelse om att inte konkurrera med varandra. USCI hade utvecklat ballongkatetrar med rörliga och utbytbara ledare, som var mycket bättre än de primitiva Schneiderkatetrarna som vi kunde få tag i.

PTCA utvecklingen tar fart.

Under hösten 1984 fick jag stå med Christian Landou på alla hans PTCA, och när våren 1985 kom, hade jag väl deltagit i ungefär 5 st. Då fick jag börja göra PTCA självständigt. Ungefär samtidigt kom firma Radiplast från Uppsala till oss på besök. Det var en firma som hade grundats av en neuroradiolog, för att tillverka katetrar. Neuroradiologens dotters driftige make, var nu firmans chef. De hade fått agenturen på PTCA-utrustning från en ny amerikansk tillverkare: ACS. Den firman var inte bunden av någon skum överenskommelse, utan började saluföra överlägsna ballongkatetrar både i Europa och resten av världen. ACS var under flera år i rad USA:s snabbast växande företag. De första ballongkatetrarna hette Hartzler, som var en ballong med en fast men roterbar ledare, och Simpson, en over-the-wireballong. ACS hade också guidekatetrar, manometersprutor, y-konnektorer m.m., vilket för första gången gjorde PTCA-metoden riktigt användbar. Radiplast bytte senare namn till RADi Medical Systems, och fanns kvar till för ett par år sedan. Radi hjälpte oss under många år genom att tillhandahålla bra utrustning, hjälpa till med lokal utbildning och kurser i USA och Europa, vilket var väldigt bra för verksamheten (och dessutom helt tillåtet på den tiden). Genom deras kursverksamhet lärde vi också känna PTCA-operatörerna i resten av Sverige och andra delar av Norden.

Ungefär vid den tiden blev det äntligen accepterat att använda ickejoniserade kontrastmedel till hjärtpatienter. Det var röntgenprofessorn Erik Boijesen som utredde ärendet för Socialstyrelsen, och han kom fram till att det inte längre var lege artis att använda joniserade kontrastmedel vid undersökning av svårt hjärtsjuka patienter. Först då kunde vi få gehör för att byta – de nya kontrastmedlen var ungefär 5 gånger dyrare än de gamla. 1985 fick vi också ett nytt laboratorium, ett modernt biplanslaboratorium. Gunnar Törnell överlät chefskapet på Thoraxröntgen till Alfred Szamosi.

I slutet av 1980-talet började flera stockholmssjukhus planera att starta med coronarangiografi. Sophiahemmet ville ha ett eget coronar-angiolaboratorium eftersom man då gjorde bypass-kirurgi. De hade ett avtal med landstinget att utvalda patienter från väntelistan skulle opereras där. Jag blev inblandad i deras angioplanering, men efter mycket arbete med olika förslag rann det hela ut i sanden. Under tiden hade nämligen både Huddinge och Danderyd långt gångna planer på att börja med egen hjärtangio. Under 1990 blev jag tillfrågad av Peter Aspelin om jag ville dra igång coronar-angiografi på Huddinge, men jag tackade nej p.g.a. att jag hade så långa resor dit.

Under hela min yrkesverksamma tid har det varit mycket konkurrens mellan thoraxradiologer och kardiologer om vem som egentligen ska göra coronar-angiografi och PTCA. Det var olika traditioner på sjukhusen runt om i landet, och på många håll blev den ena specialitetens läkare illa behandlade av den andra, och tvärt om på andra ställen. Alfred Szamosi var sjukskriven en period 1986 eller 1987, och jag fick vikariera för honom som chef på Thoraxröntgen. Då försökte kardiologer och fysiologer under ledning av Rolf Nordlander och Hans Åström att ta över PTCA-verksamheten. Jag visste ingenting om deras planer, och blev med några minuters varsel kallad till sjukhusdirektör Jan Lindsten, där Rolf och Hans gemensamt presenterade sin plan att fysiologer skulle "halvsulas" för att ta över PTCA från Thoraxröntgen (Hans Åströms uttryck), och att de skulle lära kardiologerna. Jag lyckades få sjukhusdirektören att förstå att det var en illa vald tidpunkt för en sådan förändring, när thoraxröntgenchefen var sjukskriven, och lyckades konstigt nog förhindra kuppen, men det berodde nog mest på att Jan Lindsten var klok och genomskådade kuppmaakarna.

En kraftfull person som förespråkade kardiologer som angiograförer och PTCA-operatörer var Lars Rydén, som då var chef i Skövde. När lungprofessorn Åke Hanngren skulle pensioneras ändrades hans professur av KI till en professur i kardiologi, och det blev ganska snabbt klart att Lars Rydén skulle få tjänsten. Vi thoraxradiologer såg med oro fram mot hans ankomst. Om jag minns rätt började han på KS 1989. Samtidigt hade thoraxradiologen Christer Hellekant kommit till KS för att efterträda Gunnar Törnell. Christer och Lars kände varandra sedan tidigare, jag tror att de hade gjort militärtjänst tillsammans. Det var nog inte någon fördel. När Lars kom till KS krävde han dels att alla thoraxradiologer skulle gå en tid på HIA för att lära sig akutkardiologi, dels att en kardiolog – Lars Grip skulle läras upp i coronar-angiografi och PTCA. Jag blev tilldelad uppdraget att lära Lars Grip, men fick (eller behövde) av någon anledning inte gå på HIA. Enligt Christer skulle han få lära sig att sticka i ljumsken och stoppa in slangar en bit, men absolut inte arbeta självständigt. Alla som känner Lars Grip vet att ett sådant uppdrag är omöjligt, och jag måste i ärlighetens namn också säga att jag inte tog Christers instruktion på allvar. Den tid jag sedan arbetade tillsammans med Lars Grip blev en av de bästa perioder jag upplevt på arbetet. Vi lärde varandra mycket, och forskade en del tillsammans, både om Antitrombin III och QCA m.m. Lars Grip var också den som införde individualiserad ACT-styrd heparinbehandling vid PTCA. Lars Rydén var mycket hjälpsam och uppmuntrade oss och ordnade pengar till QCA-utrustning (Datoriserade mätningar av kärldimensioner och stenoser) m.m. Jag förstod med tiden att Lars Rydén var mycket bättre än hans rykte hos oss thoraxradiologer, och han har hjälpt mig mycket genom åren.

Nya PCI-metoder utvecklas

Lars Rydén ordnade pengar från Hjärt-lungfonden för en excimerlaserapparat åt KS och en åt Sahlgrenska. Laserangioplastik ansågs då allmänt vara det som man trodde skulle bli framtiden inom PTCA. Thoraxradiologen Istvan Herzfeld fick huvudansvaret för lasern, men jag skulle hjälpa honom. När vi skulle börja den första laserangioplastiken, rullade vi med gemensamma krafter in den stora laserkanonen på labbet. Patientens första fråga var: "Är det min likkista ni rullar in?" Apparaten var onekligen lik en katafalk med en kista, men ingen av oss var särskilt förtjust över associationen. Det första laseringreppet gick bra, men på det hela taget blev laserangioplastik en besvikelse. Lasern hade lika lätt att bränna sig genom kärlväggen som genom placket, och laserstrålarna gav också upphov till någon sorts chockvågor, d.v.s. högenergetiska impulser som slet sönder vävnaderna. Komplikationer blev så vanliga att apparaten så småningom hamnade i källaren. Sedan utvecklade fantasifulla

uppfinnare och firmor många andra PTCA-metoder, som hyvlar, borrar etc. En del metoder var användbara, och lever kvar i någon form, men många andra har försvunnit. Redan under 1980-talets andra hälft började utvecklingen av stent, men de första var stela och svåra att använda. Kommersiellt tillgängliga stent fanns i början av 1990-talet. Det var i början svårt att hantera stentpatienterna, eftersom ocklusionsfrekvensen p.g.a. trombotisering var mycket hög. Jag kom av en slump att bli den första som lade in ett stent på KS. Jag gjorde en elektiv PTCA av en högerstenos, som omedelbart ockluderade när ballongen togs bort. I en sådan situation brukade man lägga en perfusionsballong, d.v.s. en ballong med en central kanal där blodet kunde passera, så att ballongen kunde hållas uppblåst mycket länge utan att patienten fick ischemi. Kärlet ockluderade gång på gång trots flera försök med perfusionsballongen, och till sist kallade jag på thoraxkirurgerna för att få hjälp med akut bypasskirurgi, vilket var vår vanliga utväg vid sådana komplikationer. Jag råkade nämna för kirurgen – Kjell Rådegran, att ett stent nog skulle ha kunnat rädda situationen, om vi hade haft något. I det läget hade Istvan Herzfeld dykt upp på lab, och muttrade att han hade ett stent i sin byrålåda, och att han kunde lägga in det. Kjell uppmanade Istvan att hämta stentet, och sade "Bertil ska lägga in det". Istvan vågade inte säga mot Kjell. Stentinläggningen gick bra, och jag har angiograferat den patienten igen flera år senare, och vet att kärlet står öppet. Stentinläggning på den tiden innebar att patienterna måste ligga med heparindropp och ställas in på Waran, innan de kunde skickas hem. Hjärtkliniken på KS hade inte plats för så många långliggare, så vi hade tidigare gemensamt beslutat att undvika stent.

På sikt blev ändå stent den metod som mest skulle förbättra PTCA-resultaten, och det beror både på utveckling av allt bättre stent, och effektiva läkemedel mot stenttrombos och restenos. Hela den fantastiska utvecklingen av akut PTCA vid infarkt som vi har fått se under senare år, är ett direkt resultat av att man fått fram bra stent och effektiva läkemedel.

Coronarangio och PCI sprids över landet

Under åttiotalets slut och nittiotalet började allt fler sjukhus ute i landet planera för coronarangio och verksamheten spreds även utanför universitetssjukhusen. Jag tror att Skövde var först, under Lars Rydéns ledning. Jag blev också inblandad i spridningen av hjärtangiografi utanför universitetssjukhusen, genom att bli ombedd att delta i planeringen av hjärtangio i Eskilstuna, som köpte ett laboratorium 1992, och jag hjälpte dem att utbilda några angiograförer och arbetade också där till och från som "fadder". I mitten av nittiotalet fick jag sedan ett erbjudande att arbeta deltid i Eskilstuna. Jag slutade på KS och var anställd på deltid drygt tre år med ansvar för coronar-angiografen i Eskilstuna. De hade också bypasskirurgi under den tiden i samarbete med thoraxkirurger från Örebro. Men all PTCA gjordes fortfarande med kirurgisk backup, så vi passade på att göra elektiv PTCA när det fanns kirurger i huset. Jag utbildade flera kardiologer att göra coronar-angiografi i Eskilstuna, men så fort de var färdigutbildade fick de tjänst på andra sjukhus, de flesta på Huddinge. Till sist blev det ganska tröttsamt att inte få behålla någon av dem, särskilt som flera av dem var både duktiga angiograförer och trevliga arbetskamrater. Under Eskilstunaåren var jag minst en dag i veckan på KS för diverse forskningsuppdrag. Bl.a. mätte jag QCA (Quantitative Coronary Angiography) på Clas Hofman-Bangs avhandlingspatienter och arbetade med Karin Schencks kvinnostudie.

Åter till KS

Efter ungefär tre år återvände jag till KS. Där hade Christer Hellekant blivit divisionschef, och Tage Nilsson var ny chef på Thoraxröntgen. Han lockade mig tillbaka med erbjudanden om att få tid att forska, men det var mest för att få dit mig, och betydde inte så mycket i verkligheten kom det att visa sig. Under Tage Nilssons tid anställdes Jens Jensen som sektionschef för coronarango- och PTCA-sektionen, så Tage kom därmed att aktivt bidra till att avsluta thoraxradiologins inflytande över den verksamheten. Han var också motståndare till att några nya thoraxradiologer anställdes för att göra hjärtangio. För några år sedan överfördes hjärtangioverksamheten som bekant helt till hjärtkliniken, varför jag bytte klinik för att kunna fortsätta med angiografi.

Under det senaste decenniet har PTCA-verksamhetens utveckling fortsatt. Man har t.ex. bytt namn till PCI (perkutan coronar intervention) i stället för det gamla namnet. Hela infarktvården har revolutionerats genom att allt fler patienter har kunnat erbjudas coronarango och PCI i akutskedet. Det har varit spännande att få vara med om den revolutionen. Det har också varit mycket intressant att få ta del av och medverka i GUCH-verksamheten (Grown-Up Congenital Heart disease) och göra perkutana ingrepp vid olika hjärtfel, och senast att få se hur perkutant inlagda klaffar har kunnat ge inoperabla aortastenoser-patienter nytt hopp. Det har också varit mycket roligt att få se en ny generation interventionella kardiologer utvecklas, och jag är övertygad om att alla hjärtpatienter kommer att få bästa tänkbara vård även i framtiden.

I och med detta är vi inte längre kvar i historien utan har kommit fram till nutiden, varför jag nu slutar mitt kåseri. Jag hoppas att jag inte har berättat alltför många felaktigheter, och inte har trampat alltför många alltför hårt på tårna med min berättelse.

Oxnö utanför Nynäshamn 2010-11-05

Justerat 2016-06-18