

marginaler och invasionsdjup. Man förordar i stället slyngdiatermikonisering, en billigare och enklare metod med låg morbiditet. Metoden är mycket populär i USA, men författarna varnar för överanvändning. Idag koniserar i stor utsträckning även fall av lätta cytologiska avvikelser, där mindre destruktiv terapi eller kontroller skulle vara till nytta.

Kliniska bedömningen viktig

Ett omfattande kapitel tar upp diagnostik, stadiindelning och terapival vid invasiv cervixcancer. I diagnostiken av tidiga cervixcancer (stadium IB och IIA) framhäver man på ett föredömligt sätt vikten av den kliniska bedömningen. Författarna hävdar att läkarna bör vara mer diskriminerande i sin efterfrågan av datortomografi och ultraljud buk-bäcken, då dessa undersökningar enbart fungerar konfirmerande och inte tillför diagnostiken annat än kostnad. Sensitiviteten vad gäller datortomografi för bäckenlymfkörtlar är mycket låg, något högre för para-aortala körtlar, men det fanns fram till 1993 inget vetenskapligt stöd för denna undersökning vid tidig cervixcancer. Min egen genomgång av publikationer från de senaste åren konfirmerar författarnas ståndpunkt.

Vad gäller diagnostiken av oklara resistenser framhäver författarna fördelarna med fin nålspunktion. Problemet med bristande tillförlitlighet i cytologin berörs inte. Mellannålsbiopsi nämns inte alls i detta kapitel, och det framgår senare i boken att man uppfattar metoden som komplicerad med krav på anestesi. Diagnostik med hjälp av ultraljudsledd mellannålsbiopsi ligger uppenbarligen inte inom författarnas referensram.

Stadieindelning vanlig i USA

Operationer för att fastställa stadier är betydligt vanligare i USA än i vårt land. De flesta undersökningar som författarna refererar till visar dock att kirurgisk stadiindelning inte har någon plats vid cervixcancer. Om selektiv para-aortal lymfadenektomi ska göras, vilket författarna rekommenderar enbart i samband med studier, ska ingreppet utföras med extraperitoneal teknik via laparotomi. Man varnar för laparoskopisk teknik där man får ett sämre utbyte mätt i antal körtlar och på grund av att laparoskopister har sämre vana av ab-

dominell och extraperitoneal dissektionsteknik, vilket ger en klart ökad risk för skador.

Vad gäller behandling av tidig cervixcancer är förstahandsvalet givet, nämligen kirurgi. Fördelarna är många, inte minst påpekas möjligheten till bibehållande av den sexuella funktionen. Strålbehandling, inte minst brakyterapi, uppges ge vaginala förändringar och sexuell dysfunktion hos majoriteten av patienterna.

Hur selekterar man då patienter lämpliga för kirurgisk behandling? Författarna menar att frånsatt selektion utifrån allmänt hälsotillstånd måste utgångsbedömningen grunda sig på att man med en utvidgad hysterektomi kan vara radikal. Patienter med icke-tumörfria resektionsränder reciderar inom 12 till 18 månader även om strålbehandling ges postoperativt.

Östrogen till alla kvinnor

Kapitlet om strålbehandling är för en icke-strålfysiolog/onkolog mycket lärorikt. Texten ger basala kunskaper om strålterapi, mycket god förståelse för strålbehandlingsprinciperna och inte minst ett klargörande av terminologin.

Strålbehandling och ovarialfunktion diskuteras. Det krävs mer än 20 Gy för att slå ut ovarialfunktionen i yngre reproduktiv ålder men bara 6 Gy hos kvinnor över 40 år. Transposition av ovarierna i samband med primärkirurgi är ingen garanti för bibehållandet av ovarialfunktionen vid efterföljande strålbehandling, en mycket stor del av dessa kvinnor uppper klimakteriebesvär efter strålterapi. Därtill är risken för cystbildning stor, och kirurgisk intervention uppges vara tre gånger vanligare hos dem med flyttade ovarier än hos kvinnor med ovarierna kvar i lilla bäckenet.

Författarna poängterar också vikten av att överväga östrogensubstitution till alla kvinnor, oavsett cancercelltyp, som genomgår eller har fått strålbehandling. En rekommendation som enligt min erfarenhet inte kan upprepas tillräckligt ofta!

Olika typer av kombinationsbehandlingar med strålterapi och kirurgi tas upp. Det betonas att komplikationsfrekvensen alltid är högre än vid singelterapi. Vissa undersök-

ningar har visat färre centrala recidiv efter kombinationsbehandling, men ingen har kunnat påvisa någon vinst i form av ökad överlevnad.

Handläggning av recidiv

Minst en tredjedel av alla som drabbas av cervixcancer är kvinnor i fertil ålder. Kapitlet om cervixcancer och graviditet är därför mycket motiverat. Författarna redovisar utvärdering av patologisk cytologi samt utredning och behandling relaterade till graviditetslängd och tumörkaraktäristika.

Vad gäller uppföljning av patienterna efter behandling understryks att det primära målet är att upptäcka recidiv. När, under hur lång tid och vinsten för patienten med kontroller baseras i dag på tradition snarare än på fakta. Författarna förordar stor återhållsamhet med olika typer av diagnostiska rutinundersökningar på symtomlösa patienter, men deras rekommendationer måste förstas ställas i relation till dagens förhärskande amerikanska rutiner.

Urvalskriterier och preoperativ handläggning av recidiv som är aktuella för exenteration diskuteras och här tar man även upp psykosociala aspekter inför eventuell operation. För- och nackdelar med olika operationstekniker redovisas liksom per- och postoperativa komplikationer.

Man får inte glömma att mer än hälften av recidivfallen enbart kan erbjudas palliativ behandling. I den del av boken där man tar upp speciella problem i samband med recidiv har man inte försummat att utförligt diskutera smärtproblematik och smärtlindring.

Psykologiska aspekter tas upp

Författarna avslutar boken med något så ovanligt som ett samlat kapitel om sociala, psykologiska och sexuella aspekter på cervixcancer och dess behandling, och man glömmer i detta sammanhang inte bort den döende patienten. Kyrkans och trons betydelse får här en framträdande plats mätt med svenska mått. Kapitlet i stort är mycket relevant och utgör en fullödlig avslutning på en helhetsbildande, välskriven bok om cervixcancer som man läser med stor behållning. •

Utmärkt om rehabilitering vid hjärtsjukdom

John Gunnar Maeland. **Helhetlig hjerterehabilitering**. 146 sidor. Kristiansand: Høy-skoleforlaget AS, 1995. Pris 298 nkr. ISBN 82-7634-018-0.

Recensent: docent Thomas Kahan, kardiologsektionen, enheten för interntmedicin, Karolinska institutet/Danderyds sjukhus.

Det har skett en snabb medicinsk utveckling rörande behandling av patienter med akuta koronara syndrom och omhändertagandet vid kronisk ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt. Vid sidan om den förändrade farmakologiska, medicinska och kirurgiska handläggningen har också kunskapen om rehabiliteringen av hjärtpatienter utvecklats så att detta blivit en väsentlig del i behandlingen av dessa individer.

Patienten i centrum

I denna bok som främst berör rehabilitering av patienter med ischemisk hjärtsjukdom på och utanför sjukhuset, sätts patienten i centrum och betonas en helhetssyn vid hjärtrehabilitering. Man bör inte se det som att sjukvårdspersonal rehabiliterar patienten, utan det är individen själv som med vår hjälp tränar sig för att kunna återgå till ett normalt liv. Viktiga delar i rehabiliteringsarbetet blir då, vid sidan om de medicinska kontrollerna, information och undervisning, fysisk träning, psykologiskt stöd och arbetstränande åtgärder. Detta breda anslag gör att boken vänder sig till de flesta personalkategorier som är involverade i rehabilitering av patienter med hjärtsjukdom, t ex sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare, psykologer och kuratorer. Också andra kategorier vid t ex försäkringskassan och arbetsförmedlingen torde ha utbyte av boken.

Inledningsvis ges en översikt över kranskärslssjukdomens epidemiologi och kliniska förlopp. Här ges rikligt med exempel för att illustrera förekomsten av kranskärslssjukdom, prognos och symtom i efterförloppet. Det känns värdefullt att de talrika exemplen här, liksom i övriga delar av boken, är hämtade från aktuella skandinaviska undersökningar, varför de bör kunna

överförs till de patienter vi dagligen arbetar med. Därefter följer ett avsnitt om riskfaktorer för kranskärslsjukdom, där författaren på ett nyanserat sätt diskuterar etablerade riskfaktorer som lipider, rökning och hypertoni, men som också tar upp kost och övervikt, fysisk aktivitet och stress.

Ökad livskvalitet efter krisen

De psykologiska försvarsmekanismer man ser i samband med akut hjärtinfarkt och de psykiska symtom som förekommer under och efter en akut hjärtinfarkt ägnas ett särskilt kapitel. Här framhålls bl a att kriser inte alltid är negativa. Sålunda har det visats att omkring en tredjedel av hjärtinfarktpatienter rapporterar en ökad livskvalitet tre till fem månader efter en genomgång av hjärtinfarkt, och dessa förändringar kvarstår vid efterundersökning två till fyra år senare.

Bristande kunskap och osäkerhet om hjärtsjukdomar kan vara en större börda för patienten än de rent fysiska besvären, varför information har en central roll i hjärtrehabiliteringen. Vidare är patientens upplevelse av graden av hjärtsjukdom en viktigare faktor för hur framgångsrik rehabiliteringen blir än de objektiva medicinska måtten på hjärtskadans omfattning. Alla patienter bör därför erbjudas systematisk information om sin sjukdom redan under sjukhusvistelsen.

Lika viktigt är det att erbjuda fortsatt information efter utskrivning, då patienten har mött vardagen och ofta upplever osäkerhet och ställs inför många nya frågor. Vikten av ett strukturerat informationsprogram med klar ansvarsfördelning betonas. Detta minskar också riskerna för att olika medarbetare ger patienterna motstridig information. Ofta har en sjuksköterska eller sjukgymnast ansvaret för informationen, men det är sannolikt av mindre betydelse vilken personalkategori som har detta ansvar, och här får lokala intressen och resurser styra.

Fysisk träning och prevention

Fysisk träning av hjärtpatienter bör inte ses som ett mål i sig utan som ett medel för att uppnå en framgångsrik rehabilitering. Bland de gynnsamma effekterna av fysisk träning framhålls ökad fysisk arbetskapacitet, mindre funktionsinskränkning vid angina pecto-

ris, sannolikt minskad risk för kardiovaskulär död, gynnsamt inflytande på olika riskfaktorer, minskade psykiska besvär och snabbare social återanpassning och återgång i arbete. Ett utmärkt avsnitt ger den fysiologiska bakgrunden för träning hos friska och hjärtsjuka och poängterar betydelsen av de positiva perifera träningseffekterna för hjärtat. Här redogörs också för olika modeller av träning (intervallträning eller jämn belastning under längre tid). Vägledning för att individuellt kunna avpassa träningsintensiteten med ledning av puls eller, ännu hellre, Borgskala ges.

Man bör inte glömma bort de gynnsamma effekterna av ett individuellt anpassat fysiskt träningsprogram hos patienter med kronisk hjärtsvikt och inoperabel kranskärslsjukdom. Författaren argumenterar för att hjärtpatienterna inte enbart bör träna de stora muskelgrupperna i benen utan också allsidigt träna muskulaturen i bål och armar, för att möta de belastningar man utsätts för i det dagliga livet. Vidare tonas den tidigare angivna risken med måttliga statiska belastningar ned. För att erhålla en ökad funktionell kapacitet och gynnsamt påverka riskfaktorer bör ett träningsprogram sträcka sig över tre månader. Längre program kan vara motiverat för äldre och för patienter med angina pectoris som fodrar längre tids träning för att uppnå goda resultat, men det visar sig svårt att hålla kvar deltagare i träningsgrupper under längre tid.

Andra argument för att ett träningsprogram utgående från en sjukvårdsorganisation bör vara relativt begränsat i tiden är att deltagaren så småningom bör se sig som person snarare än som patient och att träningen inte blir avhängig av sjukvårdspersonal utan snarare har karaktär av friskvård.

Ett kapitel om sekundärprevention av hjärtsjukdom betonar att just hjärtinfarktpatienterna är starkt motiverade att genomföra livsstilsförändringar. Text lyckas mer än hälften av hjärtinfarktpatienterna sluta röka, vilket är ett långt bättre resultat än vid sedvanlig rökavvänjningsterapi. En viktig del av rehabiliteringen är här att ge stöd i dessa förändringar, och då visar sig information och

diskussion i grupp vara särskilt värdefullt. Här kan läsaren finna många goda råd.

Rehabiliteringsprogram

Den sociala återanpassningen och återgången till yrkesmässig verksamhet avgörs till stor del av patientens egen tolkning av sin situation och sina förväntningar. Ökad kunskap och information om sjukdomen kan ge patienten positiva förväntningar och befrämja rehabiliteringen. Också läkares syn är viktig för att patienten ska tolka sin situation riktigt. Som exempel härvidlag kan nämnas att en (onödigt) lång sjukskrivning ofta försvårar återgång till arbetet. Flera studier har visat att rehabiliteringsprogram, i vilka ingår fysisk träning, information och rådgivning gynnsamt påverkade återgång till arbetet efter en hjärtinfarkt, vilket inte program med enbart fysisk träning gjorde.

Ett avslutande kapitel ger en generell modell för hur hjärtrehabilitering kan organiseras. Grundsatsen är att alla patienter bör få information och vägledning. De som kan förväntas få problem med sin rehabilitering bör identifieras och erbjudas ett organiserat rehabiliteringsprogram. Denna grupp motsvarar 20–30 procent av patienterna med akut hjärtinfarkt. Det förefaller som om psykosociala faktorer är viktigare än fysikaliska fynd för att finna dessa patienter. En systematisk registrering av patienternas förväntningar redan under sjukhusvistelsen förefaller bäst ägnad för att identifiera dem som kan förväntas få en långdragen rehabilitering.

För att praktiskt kunna driva ett rehabiliteringsprogram under kontinuerliga former bör man ha ett patientunderlag på minst 40 000 individer. Även om det initiala rehabiliteringsarbetet bör vara sjukhusets ansvar, betonas fördelarna med att primärvården bör ha det långsiktiga ansvaret för att fullfölja rehabiliteringen och för att genomföra sekundärpreventiva åtgärder. Flera modeller exemplifieras av författaren och visar tydligt hur man kan anpassa organisationen till lokala resurser och behov. I okomplicerade fall kan individuell träning i hemmet, föregående av en kortare tids instruktion, vara ett likvärdigt al-

ternativ till gruppbaserad träning. Också värdet av att ha en rutinerad och fast läkarkontakt, som värderar patienten inför rehabiliteringsprogrammet och som står för den medicinska kontinuiteten visavi de medarbetare som genomför träningsprogrammet, framhålls.

Utmärkt introduktion

Sammanfattningsvis är detta en utmärkt introduktion i hjärtrehabilitering. Författaren använder ett enkelt språk och undviker facktermer. Mycket av de förklaringar, upplysningar och råd som står att finna är därför utmärkt att ha som grund vid information till patienterna. Boken kan med stort utbyte läsas av dem som driver eller ämnar starta hjärtrehabiliteringsverksamhet. •

Läkartidningen väljer böcker och recensenter

Läkartidningens bokredaktion får då och då in recensioner som kommit till genom att författare eller utgivande förlag, särskilt läkemedelsföretag, vidtalat en läkare att anmäla boken. Sådana recensioner tackar redaktionen nej till. Bokredaktionen väljer ut de böcker som skall anmälas och vidtalar skribenter.

Vi välkomnar tips om nya utländska böcker som är av stort värde för Läkartidningens läsekrets – men tag kontakt med bokredaktionen innan du skriver någon anmälan spontant! Risken för dubbelarbete är stor.

Med hänsyn till det begränsade utrymme som finns för bokanmälningar recenserar Läkartidningen normalt inte skrifter som har anknytning till marknadsföring av företag eller produkter. Om sådant material ger anledning till välgrundad kritik kan den framföras i tidningens debattspalter.