

mour», är relativt terapiresistent mot cytostatika och behandlas primärt med uterusexstirpation. Vid metastaser ges dock kombinationsbehandling med kemoterapi.

Vid cytostatikabehandling kontrolleras serum-hCG noggrant, en gång/vecka under själva behandlingen och sedan med regelbundna intervall varannan vecka till en gång/månad under första året, därefter glesare. Sena recidiv förekommer. Gravitet ska undvikas första året. Fertiliteten är inte nedsatt och någon ökad risk för missbildningar förekommer inte. Vid gravitet kontrolleras på samma sätt som efter en mola.

Modern västerländsk behandling, som inte primärt behöver ta hänsyn till behandlingskostnader, redovisar således mycket goda överlevnadssiffror även i de mest maligna formerna av trofoblasttumörer. I Sydostasien där incidensen är betydligt högre och där enbart kirurgisk behandling är vanlig skördar trofoblastsjukdomar fortfarande många unga människors liv.

Referenser

1. Soper JT, Hammond CB, Lewis JL Jr. Gestational trophoblastic disease. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, eds. Principles and practice of gynecological oncology. JB Lippincott company, 1992: 795-821.
2. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease; a symposium. Journal of Reproductive Medicine 1994; 39: 3-193.
3. Flam F, Lundström V, Pettersson F. Medical induction prior to surgical evacuation of hydatiform mole: Is there a greater risk of persistent trophoblastic disease? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991; 42: 57-60.
4. Flam F. Gestational trophoblastic diseases in Sweden. Epidemiological and clinical studies [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1991.
5. Bagshawe KD. Risk and prognostic factors in trophoblastic neoplasia. Cancer 1976; 38: 1373-85.
6. Newlands ES, Bagshawe KD, Begent RHJ, Rustin GJS, Holden L, Dent J. Developments in chemotherapy for medium- and high-risk patients with gestational trophoblastic tumours (1979-1984). Br J Obstet Gynaecol 1986; 93: 63-9.

KORTKLIPPT



Studier av sömnapné dåliga men andningsproblemet stort

Studierna av sömnapné har gett svaga eller motsägande resultat när det gäller samband med hjärtarytmi, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, hypertoni och slaganfall. Mer data talar för samband med sömnhet dagtid, kanske också med olyckor.

Om man räknar in de lindrigare formerna av andningsproblem under sömn, dvs också snarkning och korta andningsuppehåll, är emellertid problemkomplexet stort. I prevalens kan det jämföras med astma och diabetes, och en del anser det vara ett lika betydande folkhälsoproblem som rökning.

Ofta diagnostiseras inte andningsproblemen trots att de är förknippade med trötthet och ökad användning av vårdresurser. Orsakssambanden är dock dåligt belysta.

En systematisk översikt av 54 epidemiologiska studier tyder på att de skadliga effekterna på hälsan av obstruktiv sömnapné har överskattats i olika studier. De flesta var vetenskapligt sett bristfälliga, något som också gäller studierna av behandling med CPAP (continuous positive airway pressure). Visserligen tycks denna metod något minska sömnheten dagtid, men den bör jämföras med andra metoder, som viktreduktion, i kontrollerade långtidsstudier.

I en ny brittisk intervjustudie med nära 5 000 deltagare över 15 år rapporterade 40 procent att de snarkade regelbundet och nära 4 procent att de hade andningspauser när de sov. Snarkning var vanligast bland män över 25 år, överviktiga och bland dem som rökte och drack mycket kaffe. Tyreoideasjukdom, användning av ångstdämpande medel samt läkarbesök det senaste året hade signifikant samband med andningspauser under sömn. Nära 2 procent hade obstruktiv sömnapné syndrom.

Även om studierna av sömnapné och behandlingen är svaga är problemet så stort att läkare bör fråga patienter, särskilt medelålders män, hur det är med snarkningen och sömnen.

BMJ 1997; 314: 839-40, 851-63.

Vad bör patienten få veta före test för prostatacancer?

Riskerna med att behandla tidigt vid prostatacancer är kända, men inte nyttan. Därför bör läkare inte rutinmässigt screena för prostatacancer utan låta patienten själv avgöra, efter noggrann information. Det betonar American Col-

lege of Physicians i riktlinjer om screening för prostatacancer. Men vad skall läkaren med tanke på det osäkra underlaget säga till den patient som kan vara kandidat för rektalpalpation och mätning av prostataspecifikt antigen (PSA)?

Enligt riktlinjerna bör läkare klargöra att nyttan med testning (en gång eller regelbundet) och aggressiv behandling inte bevisats. Rektalpalpation och PSA-mätning kan båda ge falskt positiva och falskt negativa resultat. Sannolikheten för att testning följs av ytterligare invasiva undersökningar är relativt hög. Aggressiv terapi är nödvändig för att upptäckt av tumören skall vara till någon nytta. Sådan behandling är förenad med en liten risk för dödsfall och en betydande risk för kronisk sjukdom, särskilt vad gäller sexuell funktion och inkontinens. Tidig upptäckt kan emellertid rädda liv och kan kanske tillsammans med behandling förhindra framtida cancerrelaterad sjukdom. (Underlaget för riktlinjerna har publicerats i två omfattande artiklar.)

Det dröjer länge innan randomiserade kliniska behandlingsstudier på området ger resultat, men en ny registerstudie av mer än 59 000 fall tyder på att tidigare studier överskattat nyttan av radikal prostatektomi.

Ann Intern Med 1997; 126: 465-84; Lancet 1997; 349: 892-3, 906-10.

C-reaktivt protein förebygger kardiovaskulära katastrofer

Hög koncentration av C-reaktivt protein, en markör för systemisk inflammation, tycks vara ett tidigt tecken på hög risk att drabbas av hjärtinfarkt och ischemiskt slaganfall. Och de som har de högsta värdena kan nästan halvera risken för hjärtinfarkt genom att ta acetylsalicylsyra regelbundet.

Det är slutsatsen i en amerikansk studie, där man hos 543 förmodat friska män mätte C-reaktivt protein vid starten och följde dem under mer än åtta år.

De som fick hjärtinfarkt hade vid studiestarten signifikant högre värden på C-reaktivt protein än andra (1,51 mot 1,13 mg/l). Signifikanta skillnader i samband noterades också med slaganfall men inte med ventrombos. Män med CRP-koncentrationer i den övre kvartilen hade tre gånger så hög risk för hjärtinfarkt och dubbelt så hög risk för slaganfall som de med CRP-värden i den lägsta kvartilen.

N Engl J Med 1997; 336: 973-9, 1014-6.