

Onyanserad beskrivning av endovaskulär kirurgi

I Läkartidningen 8/97 beskriver Wojciech Cwikiel de senaste årens spännande och snabba utveckling av interventionell radiologi. Artikelförfattaren väljer att exemplifiera terapiformens möjligheter med några endovaskulära ingrepp varav två enligt vår mening är olyckligt valda och missvisande.

Angioplastik är ett etablerat behandlingsalternativ till konventionell kirurgi vid oklusiv kärlsjukdom i nedre extremiteter framför allt vid suprainguinala hinder och i viss mån vid isolerade stenoser i korta okklusioner i den femoropopliteala regionen [1].

Fortfarande saknas studier som övertygande visar att resultaten av endovaskulär kirurgi överträffar traditionell sådan i denna region. Endovaskulär rekanalisering av fotartärer är visserligen ett fascinerande exempel på teknikens möjligheter, men ingreppet är dessvärre irrelevant för det stora flertalet patienter i behov av kärlkirurgisk rekonstruktion och såväl risker som behandlingsresultat osäkra i avsaknad av kontrollerade studier [2].

Samma resonemang kan appliceras på användandet av endovaskulära stent distalt om iliackärlen. I denna region är användandet av stent kontroversiellt hos patienter med oklusiv kärlsjukdom [3]. Ett exempel på lyckad behandling av en 24-årig patient kan lätt misstolkas i frånvaro av övrig information och borde återigen ses som ett udda exempel på teknikens möjligheter.

Framtida utveckling

Författaren väcker i slutet av artikeln några frågor om framtiden för denna terapiform. I viss mån pekar artikeln och de exempel som diskuteras ovan på en mer generell fråga, nämligen hur ny teknologi introduceras inom medicinen och blir klinisk praxis utan att först utvärderas på ett adekvat sätt. Tekniken är förhållandevis enkel, och med ny utrustning provas nya indikationer i frånvaro av kontrollerade studier, vilket slutligen leder till att en metod etableras utan att vi egentligen vet om den på lång sikt överträffar tidigare behandlingsformer [4].

KORRESPONDENS

Genom att integrera denna terapiform med kliniska specialiteter kan sådan utveckling troligen undvikas. Samarbeten av detta slag förekommer på många platser och som ett exempel sker vid kärll centrum, Karolinska sjukhuset, endovaskulär behandling av kronisk extremitetsischemi i en intim samverkan mellan radiologer, kärlkirurger och angiologer [5]. Teapiformens framtida utveckling i detta perspektiv torde vara mer angelägen att belysa än appeller för att övertyga om den interventionella radiologins möjligheter.

Ulf Hedin
docent

Eric Wahlberg
med dr, sektionen för kärlkirurgi, kirurgkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Referenser

1. van der Heijden FH, Eikelboom BC, Banga JD, Mali WP. Management of superficial femoral artery disease. *Br J Surg* 1993; 80: 959-63.
2. Bakal CW, Cynamon J, Sprayregen S. Infrapopliteal percutaneous transluminal angioplasty: what we know. *Radiology* 1996; 200: 36-43.
3. Ahn SS, Concepcion B. Indications and results of arterial stents for occlusive disease. *World J Surg* 1996; 20: 644-8.
4. Traverso LW. Technology and surgery. Dilemma of the gimmick, true advances, and cost effectiveness. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 129-38.
5. Vieth FJ, Marin ML. Endovascular technology and its impact on the relationships among vascular surgeons, interventional radiologists, and other specialists. *World J Surg* 1996; 20: 687-91.

Replik:

Snabb utveckling inom vissa områden

Ulf Hedin och Eric Wahlberg kritiserar min beskrivning av den del av den internationella radiologin som handlar om intravaskulära interventioner (av författarna kallat »endovaskulär kirurgi»). Deras kritik

vänder sig framför allt mot två illustrationer valda av mig för att presentera framsteg och nya möjligheter inom det interventionella området.

Författarna saknar tydligen kännedom om resultat av interventionell behandling av även längre stenoser/okklusioner med såväl angioplastik som stenting [1, 2].

Jag instämmer i att den tekniska utvecklingen inom vissa områden har lett till så snabb utveckling av nya behandlingsmetoder att inga kontrollerade studier med jämförelse med de mer traditionella kunnat göras. Ett exempel på detta kan vara koronar angioplastik (PTCA).

Integrering efterlyses

Slutligen efterlyser författarna integrering av vaskulär interventionell radiologi med kliniska specialiteter och beskriver samtidigt samarbete mellan olika specialiteter på deras sjukhus. Jag hoppas att detta samarbete kommer att resultera i presentation av av författarna föreslagna kontrollerade studier jämförande olika behandlingsmetoder. Jag anser dock att presentationen av nya terapeutiska möjligheter, även om dessa ej är slutgiltigt utvecklade, snarast utgör en skyldighet för varje läkare.

Vaskulära interventioner utgör idag en stor del av den interventionella radiologens ansvarsområde. Huruvida vidareutveckling av interventionell radiologi i sin helhet ska ske bör dock förstas diskuteras.

Wojciech Cwikiel

docent, överläkare, röntgendiagnostiska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund

Referenser

1. Murray JG, Apthorp LA, Wilkins RA. Long-segment (≥ 10 cm) femoropopliteal angioplasty: Improved technical success and long-term patency. *Radiology* 1995; 195: 158-62.
2. Henry M, Amor M, Etchevenot G, Henry I, Amicabile C, Beron R et al. Palmaz stent placement in iliac and femoropopliteal arteries: Primary and secondary patency in 310 patients with 2-4 year follow-up. *Radiology* 1995; 197: 167-74.

Register för andra halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 4/97.

Uppföljning krävs av hur medel till under- visning används

Anders Hemmingsson uttrycker i en insändare i Läkartidningen 13/97 farhågor om att den senaste tidens förändringar inom sjukvården kan innebära att undervisningen för kandidaterna försämrats avsevärt. Begreppet utbildning måste enligt Hemmingsson införas i vårddebatten och utbildningen måste få kosta tid och pengar.

De sjukhus som mottar kandidater för grundutbildning, de sk upplåtta enheterna, ersätts idag av staten för denna service med sk ALF-medel. Storleksordningen på ersättningen är ca 2 000 kr per kandidat och vecka, vilket skall täcka de merkostnader som uppstår i form av undervisningstimmar, kandidatrum etc.

Hemmingsson beskriver hur utbildningsvärdet på röntgenronderna sjunkit på grund av sjukvårdens nya förutsättningar. Detta är naturligt – när sjukvården förändras måste även utbildningen göra det.

Speciella röntgenronder

En enkel lösning skulle vara att efter den ordinarie ronden anordna speciella röntgenronder bara för kandidater, där speciellt intressanta fall togs upp och belystes. På så sätt skulle båda klinikens och kandidaternas tid användas bättre, eftersom det knappast är kostnadseffektivt att på den ordinarie ronden ta upp tid för samtliga klinikens läkare med kandidatundervisning. Pengarna för att genomföra förändringarna borde finnas inom ramen för den statliga ALF-ersättningen.

Resonemanget kan naturligtvis appliceras även på annan rondverksamhet. Det är rimligt att mottagande kliniker åtminstone någon gång per vecka anordnar speciella undervisningsronder, kandidat- ronder, där speciellt intressanta fall från undervisningssynpunkt diskuteras.

Går rakt in i den allmänna sjukvårdsbudgeten

Problemet är idag inte att pengar saknas för utbildning, utan att pengarna används till annat. På de flesta undervisningssjukhus finns ingen uppföljning av vart medel ämnade för undervisning går, vilket gör