

Formel som ger siffrer på frågor om arv och miljö finns inte

Göran Holm och Hans Wigzell skriver, som Sten Levander citerar (Läkartidningen 17/98) om genetiska orsaker till schizofreni, att ärftliga faktorer har stor betydelse för att en person skall drabbas av autoimmun sjukdom, och de nämner konkordanssiffror på upp till 50 procent från tvillingstudier. Därefter fortsätter de: »Yttre faktorer har alltså en dominerande roll.» En rimlig slutsats, eftersom det handlar om arv i vid mening kontra yttre faktorer som vi inte vet mycket om.

Sten Levander tillskriver generna »ca 40 procent av förklaringsvärdet vid schizofreni», och tolkar uppenbarligen konkordanstal hos enäggstvillingar som direkta uttryck för maktfördelningen mellan arv och miljö. Så gör inte genetiker, eftersom de vet att tanken är felaktig. Det går helt enkelt inte att ställa upp någon formel som ger siffrer på de eviga frågorna om arv och miljö. Ett kollektiv av okända gener är inte heller en »enskild förklaringsfaktor» på samma sätt som t ex en förlösningsskada.

Begränsat förklaringsvärde

Tvillingstudier är fascinerande, men får betraktas som en sorts screening med begränsat förklaringsvärde. Psykiatrisk genetik befann sig på det stadiet redan för 70 år sedan, och Sten Levanders påstående hade säkert många motsvarigheter på 1930-talet. Om man nöjer sig med konkordansen hos enäggiga tvillingar kan ulkussjukdomen vara ett exempel.

En artikel publicerad 1983 anger 24 procents konkordans, vilket inte är så litet. På den tiden ansågs ju den viktigaste enskilda förklaringsfaktorn vara psykosomatisk, men genetiken måste ha haft en god andraplats. Hur är läget i dag, när vi känner till *Helicobacter pylori*? Medicinska förklaringsmodeller borde kanske fördes med ett bäst föredatum, åtminstone i historieböckerna. Tuberkulos ansågs en gång ärftligt, och något låg det väl i det. Okunskapen om många sjukdomars orsaker är tyvärr fortfarande stor, vilket måhända är det första man bör tänka på när man värde- rar hypoteser.

Vill Sten Levander antyda att jag tycker det är politiskt olämpligt att säga som det är så har han missförstått. Den

psykiatriska genetiken som nu åter fått luft under vingarna har en intressant men tämligen bortglömd historia. Att Ernst Rüdin var dess grundare och samtidigt en centralgestalt i den tyska rashygienien är inte oviktigt. Han hade direkta lärjungar, exempelvis Erik Essen-Möller, Erik Strömngren, och Eliot Slater. Ingen av dessa tre följde Rüdin i hans rashygieniska engagemang, men

de förde hans forskningsmetoder med tillhörande strategier vidare. Vetenskaplighet var en viktig drivkraft för Rüdin även om Sten Levander betvivlar det. Den forskningstradition han grundade saknar nästan synliga spår av sin tvetydiga historia.

Per Dalén

leg läkare, docent i psykiatri, Viken

Minilaparotomi vid kolonkirurgi – kommentar till en kommentar

Sedan 1994 har kolorektalkirurgerna vid Mag-tarmcentrum, Ersta sjukhus, använt minilaparotomi som operationsmetod vid tumörer på högerkolon. Då tekniken visat sig ha många fördelar visavi traditionell öppenkirurgi har den utvecklats till att idag utgöra vår standardmetod vid kirurgisk behandling av dessa tumörer.

I Läkartidningen 19/98 redogjorde vi för våra erfarenheter av de 47 första patienterna, som samtliga haft ett gynnsamt perioperativt förlopp. Eftersom data endast baserade sig på en prospektiv registrering med kort uppföljningstid var artikeln skriven i en hovsam ton. Vårt enda värdeomdöme – vilket vi tyckte var rimligt eftersom vi gemensamt har mer än 80 års erfarenhet av traditionell kolonkirurgi – var att minilaparotomi tycks vara ett gott alternativ till konventionell öppen kirurgi på högerkolon. Vad gäller jämförelser med laparoskopisk kolonkirurgi skrev vi endast att metoderna måste värderas i en randomiserad studie.

I samma nummer av Läkartidningen har Lars Påhlman och Yngve Raab från Uppsala en medicinsk kommentar, som innehåller synpunkter på vår artikel. Några av deras kommentarer tycker vi behöver kommenteras.

Inget jämförande värdeomdöme

Påhlman och Raab påpekar att vårt selekterade och icke randomiserade material sannerligen inte bevisar att minilaparotomi är lika bra som laparoskopisk kolonkirurgi, något som vi aldrig

påstått. Vad Påhlman/Raab möjligen missförstått är att vi hänvisat till en studie av Fleshman och medarbetare, som jämfört minilaparotomi med laparoskopisk kolonkirurgi och funnit att metoderna gav likvärdiga resultat.

Trots att våra egna resultat vid minilaparotomi snarast är bättre än vad Fleshmans grupp rapporterar innebär det inte att vi tror oss vetenskapligt ha bevisat något som helst i frågan, och därför gav vi inte heller något jämförande värdeomdöme i vår artikel. (Till dags dato har vi utfört ytterligare 80 minilaparotomier vid högersidig koloncancer, och intrycket av en skonsam operationsmetod kvarstår.)

Påhlman/Raab accepterar våra erfarenheter att minilaparotomi följer vedertagna onkologiskirurgiska principer. Samtidigt skriver de att minilaparotomi bör betraktas som en experimentell metod; om vi kan tolka dem rätt beror deras slutsats på att det finns risk för att överlevnaden på längre sikt (5–10 år) skulle vara sämre vid minilaparotomi än vid traditionell kirurgi. Detta är för oss en tankemässig paradox.

Om överlevnaden efter kirurgisk behandling av koloncancer försämrats av en viss operativ teknik måste det väl i rimlighetens namn bero på att tekniken inte följer accepterade onkologiskirurgiska principer.

Att det kirurgiska traumat skulle vara större vid minilaparotomi genom ett 5–10 cm pararektalt snitt (där rectusmuskeln lämnas helt intakt) än vid ett 15–25 cm långt tvärsnitt tvärs igenom rectusmuskeln – det förefaller osan-

noликт. Eller tänker sig Pählman/Raab att en cancertumörs biologiska aktivitet ökar när buksnittet blir mindre?

Dessutom är vi empiriskt arbetande Erstakirurger mycket intresserade av att få referensangivelse till den randomiserade studie som påvisat signifikant mindre postoperativ smärta vid horisontella än vid vertikala snitt vid kirurgi på högerkolon. För rekommendationen att använda tvärsnitt kan väl inte

bara vara ett rent tyckande från Uppsala kliniken?

Johannes Järhult
docent, klinikchef,
Stefan Fürstenberg
överläkare,
Sven Goldman
docent, överläkare,
Mikael Machado
bitr överläkare,
samtliga Mag-tarmcentrum,
Ersta sjukhus, Stockholm

Replik:

Randomiserade försök ultimata målet

Innan polemiken rörande vår medicinska kommentar »Minilaparotomi vid kolonkirurgi» blir alltför oöverskådlig vill vi först klargöra följande. Redaktionen för Läkartidningen bad oss att skriva en medicinsk kommentar med titeln »Minimalinvasiv kirurgi vid koloncancer» med anledning av Erstakirurgernas artikel. Därav vår diskussion om laparoskopisk kirurgi. Någon direkt jämförelse mellan laparoskopisk kirurgi och minilaparotomi har vi ej gjort och har ej heller haft för avsikt att göra.

Vår huvudsakliga kritik mot Erstakirurgernas artikel är den man alltid måste ha vid dylik rapportering. Vid jämförelser av olika material, oavsett om de är insamlade prospektivt eller retrospektivt, kommer man aldrig ifrån faktorer som selektion m m. Följaktligen kan bara valida data hämtas från randomiserade försök när två olika behandlingsmodeller skall jämföras. Effektivitetsvariabeln i en sådan studie måste vara överlevnaden i cancersjukdomen. Vi har noterat att det förefaller som om de onkologiska principerna kan vidmakthållas vid minilaparotomier, vilket också har hävdats efter laparoskopisk kirurgi för cancer, om hänsyn enbart tas till antalet resecerade lymfkörtlar samt möjligheterna till mikroskopisk och makroskopisk radikalitet. Vår kritik kvarstår dock att detta bara kan visas i randomiserade studier där den viktigaste parametern att studera är canceröverlevnad. Trots allt kan ju inte snittets

längd och tidig hemgång vara eftersträvar svårt om man inte botas från sin cancer.

Avslutningsvis några kommentarer till de två sista styckena i Erstakirurgernas genmäle. Varför görs jämförelsen 15–25 cm långa snitt mot 5–10 cm? Det måste väl gå att utföra samma ingrepp med lika långt snitt oavsett hur det läggs i bukväggen?

Beträffande kommentaren om »rent tyckande» från vår sida rörande snittföring kan vi meddela att vi ej stöder oss på randomiserade studier utan snarast på kirurgisk empiri men framför allt anatomisk kunskap. Medellinjensnitt läker sämre och har därmed högre risk för ärrbräck. Att smärtan ökar vid vertikala snitt beror på att flera nerver måste delas, eftersom snittet ej följer dermatomen vilket horisontella snitt gör. Baserat på dessa antaganden får patienter opererade med ett horisontellt snitt nedom naveln, ovanför linea semilunaris, mindre smärta och läkningsbetingelserna är bättre. Trots allt måste man ibland förlita sig på empirin, vilket vi förstått att våra Erstakolleger gör, även om det randomiserade försöket är det ultimata målet för att nå sanningar inom klinisk forskning.

Lars Pählman
universitetsläkare, överläkare,
Yngve Raab
med dr, tf överläkare,
kirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Nyare terapiformer måste respekteras

I artikeln »Psykiatrins tre kärlekar. Alla behövs för att möta mänskligt psykiskt lidande» (Läkartidningen 14/98) framhåller författarna Clarence Crafoord, Lars Jacobsson och Marie Åsberg med rätta psykiatrins behov av ett integrerat synsätt. De »kärlekar» som skulle behöva ligga till grund för en integrerad psykiatri anges vara en grundsyn utifrån biomedicinsk, socialpsykiatrisk och psykodynamisk synvinkel – inte psykologisk eller mer generell psykoterapeutisk.

Sigmund Freud upptäckte som den förste att systematiska samtal kan ha en läkande inverkan på psykiskt lidande. Som ett försök att förklara denna effekt formulerade han en lång rad tankegångar, vilka han sammanfattade som »metapsykologi» eller »psykoanalysens spekulativa överbyggnad» (S Freud, *Selbstdarstellung*).

I sin artikel avstår författarna från att befatta sig med andra terapiformer än den psykodynamiska. Dennas särställning som den första av mer genomtänkta terapiformer ger dock knappast rätten att förtiga att även andra terapiinriktningar sett dagens ljus, vilka också kan fungera som en psykologisk grundval i en integrerad psykiatri. Detta gäller t ex kognitiv terapi och beteendeterapi. Dessa bygger inte alls på psykodynamiska teorier. Den kognitiva terapin uppstod rent av som en konkret följd av att psykodynamiskt välutbildade terapeuter vänt de psykodynamiska teorierna och metoderna ryggen. De hade funnit att bl a depressionspatienter inte alls tycktes ha någon avgörande nytta av den tidigare terapin.

Effektforskarna

Beträffande effektutvärdering vid psykoterapi hävdade den psykodynamiska inriktningen länge att effektforskning var både omöjlig och onödig. Både kognitiv terapi och beteendeterapi har dock redan från början lyckats utmärkt med att visa hur pass effektiva vissa terapiformer är vid skilda störningar. Detta har kunnat visas i kontrollerade studier, bl a jämfört med farmakoterapi.

I en problematisk passus gör författarna gällande att en speciell etisk dimension skulle vara särskilt kännetecknande för ett psykodynamiskt synsätt.