

Att beskära själen

Behövs hjärnkirurgi inom psykiatri?

Debatten kring psykokirurgi i Läkartidningen i detta och tidigare nummer blyxtbelyser flera grundläggande problem inom psykiatri:

Psykiatrien sysslar alltjämt med fenomenologi, dvs analyserar symtom och tecken för att bygga sina diagnoser, och har begränsad nytta av så kallade »objektiva» test eller »prov». En medicinsk vetenskap som bygger sin kunskap på ett slags subjektiv objektivitet, där bedömarens personliga är själva arbetsinstrumentet, har svårt att uppfattas som en tung disciplin med tunga sjukdomstillstånd. Och ändå kostar de psykiatriska sjukdomarna mer för samhället än de somatiska, och det personliga lidandet hos drabbade människor är ojämförligt stort.

När är det rimligt att prova ett sista halmstrå för en kroniskt psykiskt sjuk person? När »allt annat» är provat och befunnits effektlöst? Hur skall i så fall »allt annat» definieras?

Hur stora eller hur små biverkningar av ett oåterkalleligt ingrepp kan tolereras i förhållande till de positiva verkningarna (om de finns)? Jo, om balansen väger över åt det positiva kan ingreppet utföras, men vad händer om bortfallet av ett subjektivt sjukligt symptom betingas av en biverkning, som att inte längre bry sig?

Är de psykiatriska sjukdomarna så livsfarliga eller oförenliga med ett värdigt liv att man kan få tolerera att ta risker i behandlingen? Riskbedöm-

ning görs alltid i samtal mellan läkare och patient (eller dennes ombud), där sannolika fördelar med en behandling balanseras mot eventuella risker. Om båda parter anser att nyttan väger tyngst genomförs behandlingen.

Kan man jämföra neurologi och psykiatri? Stora hjärnkirurgiska ingrepp görs rutinmässigt vid teraprefraktär epilepsi (mindre eller större excisioner av hjärnbark, till och med hemisfärectomier). Stereotaktiska ingrepp av samma slag som vid psykokirurgi görs vid svår Parkinsons sjukdom och vid kroniska centrala smärt syndrom, där biverkningar av olika slag uppfattas som ett nödvändigt pris att betala.

Det har funnits en tendens att se neurologiska sjukdomar som »värda» att ges drastiska behandlingar med ett anorlunda risktänkande än inom psykiatrien.

Medicinsk välmening

1940- och 1950-talens stympande ingrepp i prefrontallobernas funktion inleddes i all medicinsk välmening (sic!) som ett försök att dämpa de värsta yttringarna av psykotiska sjukdomstillstånd [1]. Lobotomi- eller leukotomiingreppen avbröts då biverkningarna (i form av klassiska frontallobssyndrom!) uppmärksammats och kunde visas inte stå i rimlig proportion till den begränsade terapeutiska vinsten.

Lobotomi kom att överleva som en metafor för en omänsklig och fascistoid psykiatri, och har använts som en »antisymbol» för den antipsykiatriska rörelsen.

Två tekniker förhärskande

Specifika lesioner anbringade stereotaktiskt med öppen kniv, eller oblodigt med strålkniv, har använts sedan 1960-talet på ett begränsat antal kroniskt psykiatriskt sjuka patienter på många håll i världen där det finns relevant opera-

tionsutrustning. Två tekniker har varit förhärskande. Leksell på Karolinska institutet utvecklade *kapsulotomi* [2], som innebär en koagulationslesion om några kubikmillimeter i capsula interna, vari finns förbindelser mellan basala ganglier och främre delen av frontalloberna. *Cingulotomier* innebär lesioner på olika ställen i gyrus cinguli, som ligger medialt på hemisfärskorpan omfattande corpus callosum – främre knät av gyrus cinguli är djupt involverat i affektiv kontroll [3]. Modern funktionell neuroanatomi betraktar en neuronal krets som likvärdigt brytbar på flera olika nivåer, varför det faktum att ingrepp på till synes olika delar av hjärnan kan få liknande effekter inte är särskilt förvånande. Men fungerar det kliniskt?

Stereotaktiskt applicerad psykokirurgi har kommit att användas främst vid svåra fall av obsessiv-kompulsiv störning (OCD, tvångssjuka), panikångest och andra ångestsyndrom, i mindre omfattning vid kronisk depression. Öppna studier alltsedan 1970-talet har samstämmigt visat att flera tiotals procent av opererade kroniska fall har blivit avsevärt förbättrade, eller till och med kurerade. Majoriteten har blivit något förbättrad, i alla fall inte sämre. Endast få patienter har uppvisat försämringar. Lyhördheten kring biverkningar har fokuserats till personlighetsförändringar, och risken har bedömts vara mycket låg [4, 5].

Hur stor är den psykologiska effekten?

Men hur stor är egentligen den psykologiska effekten av psykokirurgi – är den lika kraftfull som strålknivens själv?

Hur kan man göra en randomiserad blindstudie? Det finns ännu inga placebokontrollerade randomiserade studier av OCD. Gammakniv skulle dock tillåta en dylik – patient och bedömare kan göras omedvetna om huruvida gammastrålning knäppts på eller inte.

Författare

HANS ÅGREN

professor, Karolinska institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap och allmänmedicin, Sektionen för psykiatri, Huddinge sjukhus.

En sådan studie planeras på Karolinska institutet. Studien blir svår, och etiskt inte lätt.

Tre studier

Det föreligger dock minst tre öppna studier som enligt White [6] uppfyller Sachdevs och Sachdevs [7] kriterier för acceptabla belägg för åtminstone cingulotomins kliniska värde:

- Hay och medarbetare [8] rapporterade retrospektivt om 26 patienter som följts upp efter i genomsnitt tio år. Resultat: tydlig förbättring 38 procent, tveksam förbättring 23 procent, försämring 15 procent. Biverkningar: epilepsi en patient, personlighetsförändring två patienter.
- Jenike och medarbetare [9] rapporterade 18 av 33 patienter som följts ända upp till 25 år i en retrospektiv studie. Resultat: substansiell terapeutisk vinst i 25–30 procent. Biverkningar: 12 procent (fyra patienter hade suiciderat, samtliga hade komorbid depression före operationen), epilepsi 9 procent, övergående mani 6 procent.
- Baer och medarbetare [10] rapporterade om 18 patienter uppföljda i genomsnitt 27 månader. Resultat: responders 28 procent, partiella responders 17 procent, försämring 5 procent (en patient). Biverkningar: negligerbara.

Dessa studier publicerades 1991, 1993 respektive 1995. Det skulle kunna hävdas att verksamheten de avspeglar röjer en tid när de farmakologiska och beteendeterapeutiska behandlingarna ännu inte sköttes optimalt, och att därför selektionen av patienter till kirurgi blev en annan och mer gynnsam för ett operativt ingrepp.

Effekten får ej överskattas

Man får dock inte överskatta effekten av modern farmakologisk och psy-

kologisk OCD-behandling. Den fungerar förvisso för de flesta patienter, mer eller mindre, men en liten (mycket liten?) grupp av refraktära, svårt lidande patienter kvarstår.

Moratorium?

Susanne Bejerot kräver i sin kritiska granskning av den psykokirurgiska verksamheten på Karolinska sjukhuset ett moratorium på all psykokirurgisk verksamhet innan vi har sett resultaten från en första randomiserad dubbelblindstudie. Denna torde dock innebära ett överskattning av betydelsen av sådana undersökningar för klinisk praxis. Majoriteten av vanliga medicinska åtgärder är baserade på »klinisk erfarenhet», utan att ännu vara testade på något rigoröst blint sätt.

Skall beprövade åtgärder avbrytas?

Skall alla dessa beprövade åtgärder avbrytas innan metaanalyserade omdömen influerar? Samstämmig klinisk erfarenhet *måste* ju vägas mot randomiserade studier i ett kliniskt policybeslut. Jenike skriver som sammanfattning av psykokirurgikapitlet i en auktoritativ OCD-monografi:

»When non-surgical treatments have failed, there is evidence that at least partial, and often significant, relief can be obtained in some OCD patients by surgery» [11].

Obsolet blir en behandling när andra, mindre skadliga behandlingsmetoder är bättre. Exempel på detta är Billroths operationer I och II vid magsår; idag behövs inte dessa stympande ingrepp.

Bör stereotaktiska hjärningrepp på en kraftigt selekterad patientgrupp med mycket svår OCD få fortsätta? Om behandling med antiobsessiva farmaka och beteendeterapi i riktiga doser och under tillräckligt lång tid utvecklas till något som alla OCD-patienter har nytta av, vilket jag inte tror är fallet idag – då, men först då, behövs inte denna operativa verksamhet.

Referenser

1. Lidberg L, Broberg M. Psykokirurgins historia. Från lobotomi till kapsulotomi. Läkartidningen 1996; 94: 3245-50.
2. Leksell L, Backlund EO. Stereotactic gamma capsulotomy. In: Hitchcock ER, Ballantine HT Jr, Meyerson BA, eds. Modern concepts in psychiatric surgery. Amsterdam: Elsevier, 1979.
3. Drevets WC, Price JL, Simpson JR Jr, Todd RD, Reich T, Vannler M et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. Nature 1997; 386: 824-7.
4. Mindus P. Capsulotomy in anxiety disorders. A multidisciplinary study. Stockholm: Karolinska Institutet, 1991.
5. Mindus P, Jenike MA. Neurosurgical treatment of malignant obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, ed. Psychiatric clinics of North America: Obsessional disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 921-38.
6. White RT. Evidence-based medicine offers little in support for psychosurgery. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 460-3.
7. Sachdev P, Sachdev J. Sixty years of psychosurgery: its present status and its future. Aust N Z J Psychiatry 1998; 31: 57-64.
8. Hay P, Sachdev P, Smith JS, Lee T, Kitchenner P, Matheson J. Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 197-207.
9. Jenike MA, Baer L, Ballantine T, Martuza RL, Tynes S, Giriunas I et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. A long-term follow-up of 33 patients. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 548-55.
10. Baer L, Rauch SL, Ballantine T Jr, Martuza R, Cosgrove R, Cassem E et al. Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. Prospective long-term follow-up of 18 patients. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 384-92.
11. Jenike MA, Rauch SL, Baer L, Rasmussen SA. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. Kapitel 26. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. Obsessive-compulsive disorders. Practical management. Third ed. St Louis: Mosby, 1998: 592-610.

Se även artiklarna med start på sidan 5003 i detta nummer.