

med terapivikt remitteras för fysioterapeutiska insatser som akupunktur. Vid utebliven behandlingsframgång sätter jag då upp patienterna på väntelista för operation, så att den kan bli utförd inom rimlig tid. Den kan då, förutom extensor release, ibland också omfatta neurolys av n radialis ramus profunda, vilket

mycket enkelt låter sig göras genom samma incision (något förlängd), eftersom ett signifikant inslag av de långdragna fallen även innefattar kombinationen med radialnervskompression.

Att som Rydholm gör, jämföra detta korta ingrepp, som görs polikliniskt via en helt separat organisation med höft-

och knäartroplastikernas kraftigt vårdkrävande situation är verkligen långsökt.

*Sven-Anders Sölveborn*  
verksamhetschef,  
ortopedenheten,  
Lasarettet i  
Ystad o Simrishamn

## Kontrollerade studier av kirurgisk behandling av psykisk sjukdom?

Sten Thelander påminner i Läkartidningen 50/98 om att neurokirurgi som behandling av kroniska och svåra ångest- och tvångssyndrom endast är indicerad i extremfallen. Vi har tidigare också framhållit att det finns patienter som trots adekvat och långvarig behandling inte får tillräcklig symtomlindring och att kirurgi kommer i fråga endast för denna grupp. Sådan behandling förutsätter naturligtvis informerat samtycke och ett klart uttalat önskemål från patienten.

Thelander diskuterar även de principiellt viktiga frågorna om behovet av randomiserade och placebokontrollerade studier. Allmänt kan sägas att kirurgiska behandlingar sällan eller aldrig kan sägas vara evidensbaserad medicin av det enkla skälet att placeboingrepp (»sham»-operationer) av uppenbara skäl inte låter sig göras. Det kan även diskuteras om begreppet »evidensbaserat» skall reserveras för randomiserade, dubbelblinda studier. »Vetenskap och beprövad erfarenhet» är fortfarande kanske den bästa basen för terapeutiska beslut. Tillförlitlig »blindning» mellan kirurgi och medicinsk behandling är sällan möjlig.

Thelander hävdar att randomiserade och blinda studier av kirurgisk behandling är möjlig bara »intresset och viljan» finns. Detta låter sig naturligtvis lätt sägas men är i praktiken ofta inte tillämpligt. Man stöter här på flera principiella problem: För att nå en acceptabel statistisk säkerhet i en placebokontrollerad dubbelblind studie för kapsulotomi kommer det att krävas ett stort antal patienter, men det är bara ett begränsat antal som opereras (5–7 per år i hela landet), vilket ger en lång löp-

tid med ändrad psykiatrisk behandlingsarsenal under studiens gång. Eftersom patienterna utgör en extrem undergrupp av individer med en i och för sig vanlig sjukdom finns det inte något patientunderlag för att konstruera en matchad kontrollgrupp.

### Strålkirurgisk metod

En internationell multicenterstudie är tänkbar, men skulle av flera skäl vara mycket svår, eller rent av omöjlig, att genomföra. Nu råkar det vara så att just kapsulotomi i princip är tillgänglig för placebokontroll, eftersom operationen kan genomföras med strålkirurgisk metod (fokuserad gammastrålning med den sk strålkniven).

Planering att genomföra en sådan studie, i samverkan med centra i USA, har påbörjats, men det finns vissa problem av strålteknisk natur. Strålkällan kan inte »stängas av och sättas på»; i en placebosituation måste man plugga igen bländarna i den skyddande blyhjälm som omger patientens huvud. Det

finns emellertid kvar en viss sekundärstrålning som drabbar bålen. Det är därför inte tillrådligt att genomföra en sådan placebo procedur innan det finns en metod att avskärma denna strålning.

Vi kan försäkra Thelander att vi är väl medvetna om behovet av en strikt vetenskaplig kontroll av våra kirurgiska behandlingar.

*Sergej Andréewitch*  
överläkare,  
psykiatriska kliniken,  
Karolinska sjukhuset  
*Gunnar Edman*  
docent, leg psykolog,  
Östermalm-Lidingö  
psykiatriska sektor  
*Björn Meyerson*  
professor emeritus,  
neurokirurgiska kliniken,  
Karolinska sjukhuset  
*Christian Rück*  
AT-läkare, doktorand,  
institutionen för klinisk  
neurovetenskap,  
Karolinska institutet

### Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.