

Högre dödsfrekvens bland patienter med förhöjda TnT-koncentrationer

Troponiner (S-cTn) – pluralis – är specifika markörer för myokardskada. Två olika former förekommer Troponin I (TnI) och Troponin T (TnT). Båda uppvisar i huvudsak samma kliniska sensitivitet och specificitet för myokardskada.

cTnI marknadsförs av flera tillverkare, och man har hittills haft problem med standardisering vilket innebär att referensintervallen är olika beroende på vilka reagens som används.

cTnT har bara en tillverkare och är väl kalibrerad men kan bara mätas på ett begränsat urval instrument.

Markörerna anses kunna ersätta varandra i diagnostik och kontroll av myokardskada.

Det har visat sig att många hemodialyspatienter utan overt myokardaffektion har förhöjda cTnT- men inte cTnI-koncentrationer i serum. Detta har skullts på felanalys men den aktuella studien liksom tidigare rapporter visar att så inte är fallet.

Patienter med förhöjda TnT-koncentrationer löper en tre gånger större

risk än patienter med låga eller inte påvisbara TnT-koncentrationer. Förhöjningen var inte korrelerad till markörer på njursvikt t ex kreatinin eller dialysens effektivitet eller duration. Däremot var prevalensen korrelerad till diabetes och ålder.

Bakgrunden till cTnT-stegringen känner man inte men subklinisk myokardskada eller förändrad membranpermeabilitet till följd av en ansamling av glykosiderade proteiner (t ex HbA1c) förmodas ligga bakom.

I ett material av 179 patienter, följda under ett år, visas med hög signifikans att cTnT är en oberoende riskindikator, och att redan en koncentration av >0,1 ug/L tyder på en betydligt försämrad prognos. Omkring 20 procent av patienterna avled inom ett år – ju högre S-cTnT, desto högre dödsfrekvens. Den enskilda, mest frekventa dödsorsaken var hjärtsvikt.

Anders Kallner

anders.kallner@lab.ks.se

Clin Biochemistry 1999; 32(8) 647-52

Tidigare kranskärlskirurgi skyddar diabetiker efter hjärtinfarkt

I den stora BARI-studien fann man en signifikant överlevnadsvinst med koronarkirurgi (CABG) jämfört med ballongdilatation (PTCA) hos diabetiker. Samma trend förelåg i EAST-studien. Hos icke-diabetiker förelåg ingen sådan skillnad. I föreliggande subgrupp-analys av BARI-populationen (totalt 4 107 patienter) fann man en femårs-mortalitet på 20 procent hos diabetiker och åtta hos icke-diabetiker (P<0,001) och en dubbelt så hög frekvens av hjärtinfarkt hos diabetikerna.

Vidare konstaterades en markant minskad mortalitet efter hjärtinfarkt hos diabetiker som tidigare genomgått koronarkirurgi (17 procents mortalitet) jämfört med ballongdilatation (80 procents mortalitet), relativ risk 0,09 (9 procents konfidensintervall 0,03–0,29). Överlevnadsvinsten förelåg även vid tysta infarkter (nyttillkommen Q-våg utan symtom).

Kommentar

Endast Q-vågsinfarkter studerades, vilka man dock från tidigare studier vet medför en särskilt dålig prognos hos diabetiker. Trots studiens storlek förekom totalt endast 186 Q-vågsinfarkter,

varav 50 hos diabetiker, vilket påverkar den statistiska styrkan i materialet. Infarktincidensen påverkades inte av typen av revaskularisering.

Om ballongdilatation medför överlevnads fördelar jämfört med enbart medicinsk behandling är okänt. Även glykemisk kontroll är av vikt för långtidsutfallet av hjärtinfarkt hos diabetiker, vilket inte studerats här.

Två goda argument för att koronarkirurgi verkligen medför en överlevnadsvinst framförs: 1) Anastomos av a thoracica interna till LAD ger en mycket långlivad revaskularisering (i studien användes a thoracica interna endast i 81 procent av fallen; i Sverige >90 procent), 2) CABG ger oftast en mer komplett revaskularisering än ballongdilatation, vilket kan vara av särskild vikt hos diabetiker, som har försämrad förmåga att utveckla kranskärlskollateraler. Å andra sidan studerades inte ballongdilatation med stentning, som möjligen förbättrar resultaten av perkutan revaskularisering.

Christian Olsson

christian.olsson@thorax.uas.lul.se

N Engl J Med 2000; 342: 989-97

Svensk frontlinjeforskning

Lokalrecidiv vid rektalcancer – delade meningar om TME

Bokey EL, Ojerskog B, Chapuis PH, Dent OF, Newland RC, Sinclair G. Local recurrence after curative excision of the rectum for cancer without adjuvant therapy: role of total anatomical dissection. Br J Surg 1999 Sep; 86(9): 1164-70.

Lokalrecidivfrekvensen vid rektalcancerkirurgi är en viktig kvalitetsfaktor. Från svensk horisont har preoperativ adjuvant strålbehandling visats kunna sänka lokalrecidivfrekvensen och rönt berättigad internationell uppmärksamhet. TME (Total Mesorectal Excision), d v s en operationsteknik som fokuserar på precis, anatomisk dissektion med avlägsnande av hela mesorektum tillsammans med ändtarmen, har populariserats av den engelske kirurgen Bill Heald och har i Skandinavien rönt allmän acceptans.

Dock råder idag delade meningar bland kolorektalkirurger om TME ska utföras även vid cancer i övre rektum? Konsekvenserna är välkända; funktionsstörning i form av trängningar och fraktionerad defekation samt ökad risk för anastomosläckage.

Undertecknad arbetade i 6 månader vid Concord Hospital, University of Sydney i Australien och genomförde där en granskning av 832 patienter som opererats för rektalcancer åren 1971–1991. Arbetet belyser vilka prediktiva faktorer som bestämmer utfallet av lokalrecidiv; stadium C, d v s lymfkörtelmetastaser, distal marginal <1 cm, kärlinfiltration och »ickeanatomisk» dissektionsteknik. Vidare noteras att recidivfrekvensen, som för hela tidsperioden var 11,1 (8,7–14,3) procent sjönk över tiden för att för tidsperioden 1989–1991 vara 7 procent.

Vid tumörer i övre rektum (>11 cm nivå) har man vid Concord konsekvent delat mesorektum med en distal marginal om minst 2 cm. Ingen skillnad erhöles avseende recidivfrekvens i denna grupp. Min bedömning är att arbetet ger stöd för att ifrågasätta om TME skall utföras vid cancer i övre rektum med de konsekvenser detta ingrepp medför. Istället bör en s k hög resektion utföras med sparande av rektums ampullära del. Frågan torde få sitt slutliga svar först vid en randomiserad studie.

Björn Öjerskog
Kirurgkliniken, Borås