

Åsiktsbildning vid medicinska beslut och primär hyperparatyreoidism

Sju frågor om primär hyperparatyreoidism, pHPT, hade formulerats till ett symposium vid Läkaresällskapets riksstämman 1999. Frågorna gällde prevalens, symtom, identifikation av patienten, diagnostik, operationsindikation, alternativ behandling och underlåtelse av behandling.

Det var glädjande att se den stora uppslutningen. Moderator var Lars-Ove Farnebo som hade valt en liten panel representerande olika specialistkategorier, vilket var nytt, eftersom det vanligaste nog hittills har varit att ämnet avhandlats endokrinkirurger emellan. Men patienterna »hittas» som regel av andra läkare.

Informationen nådde inte fram

Vid pHPT, liksom vid många andra åkommor, har handläggningen genom åren varit grundad på vad man tror och anser rimligt med utrymme för stor variation och subjektivt tyckande. Tyvärr tycktes det som om den information, som visar var vi kunskapsmässigt står idag, dvs basfakta från väl genomförda studier, inte riktigt nådde fram. Kanhända var vid detta symposium den alltid härskande tidsbristen delorsak. Men diskussionen baserades också till stor del på det tio år gamla »NIH consensus statement, 1990» [1], som när det formulerades skulle ge riktlinjer vid pHPT, som alla kliniker skulle godta och följa. Redan när det trycktes fanns dock flera som hade invändningar. Senare visades också övertygande att särskilt de mest välrenommerade centrum hade övergivit det [2]. Resultatet av studier med uppföljning av patienter, väl definierade kontrollgrupper och noggrann metodik bidrog till detta.

Den första stora långtidsuppföljningen gjordes i Helsingfors. Därefter har uppföljningar gjorts i Uppsala och

Göteborg och senast vid Mayo-kliniken. Tidigare försök till långtidsuppföljningar hade inte varit konklusiva. Därtill har ämnet ägnats särskilt intresse vid flera andra centrum. Studierna är många, och resultaten är samstämmiga med små undantag och variationer. I de fall så inte varit fallet har man kunnat finna förklaringar.

Otvetydigt ökad risk för tidig död

På säkra grunder kan man värdera att patienter med pHPT har en >50 procent högre risk för tidig död, och när det gäller risk för död i hjärt-kärlsjukdom är risken 70–85 procent större än för normalbefolkningen [3]. Detta innebär att pHPT medför en riskökning som motsvarar eller är större än den som rökning medför [4]. Det kan också tveklöst fastslås att den ökade dödligheten är direkt relaterad till pHPT [3], eftersom man i olika serier funnit att preoperativt tagna serumkalciumpåvärdar korrelerar med dödsrisk, och parathormonvärden [5] samt adenomvikt är oberoende riskfaktorer för tidig död [6].

Den enda långsiktiga och effektiva behandling som finns att erbjuda, nämligen operation, medför en minskad risk för tidig död och på sikt en nära normaliserad dödsrisk [7]. Obehandlad pHPT medför en långsam ökning av risken för död [8]. Det finns också tecken på att långvarig pHPT är förenad med nedsatt njurfunktion, något som också är relaterat till risken för tidig död [6].

Under 1990-talet har därtill ett flertal utmärkta studier påvisat vilka mekanismer som kan förklara ovanstående epidemiologiskt och statistiskt framtagna data, nämligen förekomst av vänsterkammarhypertrofi, hjärtflödesdysfunktion och lipidrubbingar vid pHPT, förutom tidigare känd förekomst av hypertoni, diabetes och njurpåverkan.

Den ökade risken för tidig död medför att patientgruppen också förväntas ha en ökad morbiditet. Förutom den allmänt väl kända morbiditeten i de klassiska pHPT-symtomen, har Ewa Lundgren och medarbetare på ett fint sätt lyckats påvisa den ökade morbiditeten i hjärt-kärlsjukdom hos en grupp patienter redan innan pHPT-diagnosen var

Sammanfattat

- Riktlinjer för handläggning och behandling av patienter med primär hyperparatyreoidism diskuterades vid ett symposium vid Läkaresällskapets riksstämman 1999.
- Vid symposiet presenterade panelen (som bestod av representanter från olika specialistkategorier) entydiga fakta för framtida riktlinjer.
- Informationen tycktes dock inte riktigt nå fram till auditoriet, som gav uttryck för visst motstånd mot en mer aktiv handläggning av dessa patienter.
- Det är viktigt att hålla isär vad åsikterna bakom medicinska beslut baseras på – medicinsk praxis måste utformas på saklig grund.

ställd [9]. Neuropsykiatriska symtom har också väl beskrivits av Charlotte Joborn, som också talade om dem vid symposiet [10].

Man måste här påpeka svårigheten att värdera ett knappt kännbart symtom såsom relaterat till pHPT, och likaså att värdera effekt av en behandling hos patienter som inte alltid upplever besvär. Dessa problem hade väl kunnat tacklas i ovan nämnda studier. Eftersom hjärt-kärlsjukligheten som pHPT medför inte alls tycks vara väl relaterad till de klassiska symtomen, påverkas inte rekommendationen att aktivt behandla pHPT så mycket av symtombilden enbart. Dessutom kan tämligen höga kalciumpåvärdar ses även hos patienter med lindriga eller inga symtom alls.

Fakta gav klart budskap om riktlinjer

Summan av alla dessa fakta är given – patienter med pHPT har nytta av ope-

Författare

GUNILLA HEDBÄCK

överläkare, kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

E-post: tomashe@tripnet.se

rativ behandling vare sig de har symtom eller ej. Att försöka mäta nyttan med operation i ett individuellt fall låter sig förstås ändå inte göras. Komplikationer kan förekomma, även om de är sällsynta, och ingen kan spå om framtiden. Riktlinjen bör dock vara att rekommendera operativ behandling, förutsatt att hänsyn tas till patientens övriga situation och tillstånd. Detta budskap levererade Jonas Rastad klart och tydligt. Göran Åkerström påtalade den kirurgiskt strategiska synpunkten att helst avvakta något med operation i fall av normala kalciumvärden och parathormonnivå som knappt tangerar normalvärdesgränsen.

Reaktionerna från auditoriet under symposiet ger anledning till invändningar. När vi nu, efter decenniernas osäkerhet om hur riktlinjer vid pHPT bör formuleras, kan ge rekommendationer grundade på vetenskapligt framtagen kunskap, framförs att detta är alltför dogmatiskt.

Frågan är vad vi ska grunda våra ställningstaganden på om inte kunskap. Vi har som läkare skyldighet att kritiskt granska vetenskapliga data, och då måste vi också sätta oss in i frågeställningen och läsa den aktuella litteraturen. Tyvärr är det en praktisk omöjlighet att vara uppdaterad i alla ämnen, och vi måste därför både respektera och kunna ta till oss av andras kunskap och erfarenheter.

Förändrade riktlinjer ingav motstånd

Det framgick också under symposiet att bara tanken på att behöva bli mera aktiv vid den aktuella åkomsten än vad som hittills varit brukligt ingav visst motstånd hos några kolleger. En annan synpunkt från auditoriet var att »vi skulle helt omöjligt ha tid och resurser att operera alla fall av pHPT», särskilt då med tanke på att många nu latent fall kanske skulle komma att diagnostiseras i större utsträckning än hittills. Det skulle därför »vara otänkbart» att erbjuda operation med dessa liberala indikationer.

Det är säkert sant att resurser nu saknas, men vår roll som läkare innebär i första hand att formulera vad som från medicinsk synpunkt är optimalt för patienten. En sådan rent medicinsk målbeskrivning kan inte få baseras på vilka pengar landstingspolitikerna skjuter till. Prioritering är en annan fråga och måste hanteras separat. Först när vi kan påvisa ett väldefinierat behov av sjukvård, vid alla diagnoser var för sig, kan prioriteringsdiskussionen bli aktuell.

Målet med sjukvård vid pHPT är tidig behandling för att minska symtom om sådana finns och/eller för att minska risken för nedsatt njurfunktion, och särskilt risken för ohälsa och tidig död i

hjärt-kärlsjukdom. Den direkta vinsten kan bara märkas för patienter med symptomatisk pHPT, men att söka minska effekterna av hjärt-kärlsjuklighet är inget onaturligt. Tvärtom läggs stora resurser på detta redan idag. Det inser man lätt om man bara beräknar kostnaden för livslång hypertoniemedicinering för en enda kanske också symptomfri patient och tänker på hur många som har hypertoni. Det är även fullt möjligt att tidig behandling vid pHPT är kostnadseffektiv.

Medicinsk praxis – på saklig grund

Om tio år kan nya rön ha kommit fram som kan ge skäl till att modifiera riktlinjerna, men tills vidare bör vi ta konsekvenserna av vad vi nu vet.

Det är av etiska skäl vår uppgift som läkare att söka förstå, beskriva, använda och förmedla vad som från medicinsk synpunkt är det bästa för patienterna.

Det är viktigt att vi kan hålla isär vad våra åsikter grundar sig på – objektiv, subjektiv eller pengamässig bas – så att vår medicinska praxis blir så sakligt utformad som möjligt.

Referenser

1. Consensus development conference statement. *J Bone Miner Res* 1991; 6 suppl 2: 9-13.
2. Sosa JA, Powe NR, Levine MA, Udelsman R, Zeiger MA. Profile of a clinical practice: Thresholds for surgery and surgical outcomes for patients with primary hyperparathyroidism: a national survey of endocrine surgeons. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83(8): 2658-65.
3. Hedbäck G, Odén A. Increased risk of death from primary hyperparathyroidism – an update. *Eur J Clin Invest* 1998; 28: 271-6.
4. Floderus B, Cederlöf R, Friberg L. Smoking and mortality: a 21-year follow-up based on the Swedish twin registry. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 332-40.
5. Söreide JA, van Heerden JA, Grant CS, Yau Lo C, Schleck C, Ilstrup DM. Survival after surgical treatment for primary hyperparathyroidism. *Surgery* 1997; 122(6): 1117-23.
6. Hedbäck G, Odén A. Death risk factor analysis in primary hyperparathyroidism. *Eur J Clin Invest* 1998; 28: 1011-8.
7. Hedbäck G, Odén A, Tisell LE. The influence of surgery on the risk of death in patients with primary hyperparathyroidism. *World J Surg* 1991; 15: 399-407.
8. Palmér M, Adami HO, Bergström R, Jakobsson S, Åkerström G, Ljunghall S. Survival and renal function in untreated hypercalcaemia. Population-based cohort study with 14 years of follow-up. *Lancet* 1987; 1: 59-62.
9. Lundgren E, Szabo E, Ljunghall S, Bergström R, Holmberg L, Rastad J. Population based case-control study of sick leave in postmenopausal women before diagnosis of hyperparathyroidism. *BMJ* 1998; 317: 848-51.
10. Joborn C, Hetta J, Rastad J, Ågren H, Åkerström G, Ljunghall S. Psychiatric symptoms and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in primary hyperparathyroidism. *Biol Psychiatry* 1988; 23(2): 149-58.

Summary

Concerning differences of opinion in medical decision making – and on primary hyperparathyroidism
A symposium at the Swedish Society of Medicine's Annual General Meeting in 1999

Gunilla Hedbäck

Läkartidningen 2000; 97: 4127-8.

A recent symposium regarding primary hyperparathyroidism, pHPT, dealt with the issue of surgical treatment versus conservative monitoring. Studies from the past decade showed an increase in mortality for patients with both mild and symptomatic pHPT. There is a direct relationship between risk of death and severity of pHPT, and surgery favorably affects mortality. Patients with untreated mild pHPT show a slow increase in mortality over time. Cardiovascular and neuropsychiatric morbidity were also shown to be ameliorated after surgery. Generally, patients with pHPT benefit from surgery. Some disagreed in spite of substantial data, and advocated a less aggressive approach, yet management must be based on strictly medical reasoning and well-performed studies. Economics may influence what we might accomplish, but must not influence the decision as to what the medical objective should be.

Correspondence: Gunilla Hedbäck, Dept of General Surgery, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SE-413 45 Göteborg, Sweden.

E-mail: tomashe@tripnet.se