

Strålbehandling vid cancer hos barn ökar risken för efterföljande malignitet

Svensk frontlinjeforskning

Garwicz S, Anderson H, Olsen JH, Dollner H, Hertz H, Jonmundsson G et al, for the Nordic Society for Pediatric Hematology and Oncology and the Association of the Nordic Cancer Registries. Second malignant neoplasms after cancer in childhood and adolescence: A population-based case-control study in the 5 nordic countries.

Int J Cancer 2000; 88: 672-8

II Barn och ungdomar med cancer löpte, enligt vår tidigare populationsbaserade nordiska studie (Olsen et al, *BMJ* 1993; 307: 1030-6), 3,6 gånger större risk att utveckla en ny cancer jämfört med en normalpopulation.

Risken var störst för patienter som behandlades i den senast undersökta perioden, 1975-1987, vilket kunde tolkas

som att intensiv kombinerad behandling med strålning och cytostatika utgjorde en riskfaktor för utveckling av sekundär malignitet.

För att utröna vilka enskilda faktorer som var väsentliga genomförde vi nu en fall-kontrollstudie inom en nordisk kohort av 25 120 patienter, yngre än 20 år vid första cancerdiagnosen under perioden 1960-1987. Andra cancer (»second malignant neoplasm« - SMN) diagnostiserades under tiden 1960-1991. Analysen omfattade 234 fall och 678 kontroller matchade för kön, ålder, kalenderår för diagnos och uppföljningstid.

Strålbehandling gav en relativ risk på 4,3 (95 procents konfidensintervall, 3,0-6,2) för utveckling av SMN inom det bestrålade området. Risken var störst för barn yngre än 5 år och ökade med strålningsdosen och uppföljningstiden. Kemoterapi potentierte signifikant riskerna med strålning, särskilt under de första 10 åren, men medförde som ensam behandlingsmodalitet ingen ökad

risk. Hereditära faktorer var viktiga för utveckling av SMN, oberoende av behandling.

Med den moderna aggressiva behandlingen av barn med cancer uppnås goda resultat och det blir allt viktigare att undvika sena komplikationer.

Studien understryker behovet av begränsning av strålbehandling, under förutsättning att behandlingsresultatet inte försämras.

Stanislaw Garwicz

Stanislaw.Garwicz@pedi.lu.se

Fler kranskärlsinterventioner = bättre resultat?

II När det gäller kranskärlsinterventioner har samband mellan volym (årligt antal ingrepp/operatör och/eller enhet) och resultat visats i flera studier. Föreliggande studie från Portland analyserar detta samband i en patientpopulation där en större andel genomgått någon form av intervention (PCI), oftast PTCA med stent.

De 167 208 patienter som analyserades tillhör Medicare; en population som är äldre och sjukligare än genomsnittet. Medelåldern var 74 år, 66 procent var män, 58 procent stentades. Endpoints var 30-dagarsmortalitet (för populationen i sin helhet 3,3 procent), behov av akut kranskärlskirurgi (CABG; 1,9 procent) och kombinationen av dessa utfall (5,0 procent).

För operatörer med liten volym (definierat som <30 procedurer/år) var risken i samband med CABG större än för operatörer med stor volym (>60 procedurer/år), men mortaliteten justerad för case-mix skiljde sig inte statistiskt mellan dessa grupper. Mortaliteten var dock högre vid lågvolymscentra (<80 procedurer/år) än vid högvolymscentra, 2,3 procent vs 3,2 procent, $P < 0,001$. Mönstret var detsamma vid subgruppsanalys

av de patienter som fått stent. Riskerna var konstant låga för operatörer med >75 ingrepp/år och för centra med >300 ingrepp/år.

I Sverige kan behovet av PCI inte tillmötesgå; det görs färre PCI/år än i flera europeiska länder. Fortsatt decentralisering och geografisk spridning av verksamheten har förespråkats. Mot detta skall vägas de risker som kan förknippas med små volymer. Riskerna skall minskas genom systematisk kvalitetskontroll, bättre och mer målinriktad utbildning av operatörerna inklusive certifiering och utökat nationellt samarbete.

I dag är det få svenska enheter som skulle klassificeras som lågvolymsenheter enligt Portlandstudien; med beräknad expansionstakt torde denna situation bestå. Dessutom är det osannolikt att man vid nya enheter tidigt skulle börja med högriskinterventioner som PCI vid akut hjärtinfarkt, vilket i den amerikanska studien var vanligare vid lågvolymsenheter.

PCI är i grunden en mogen metod, och den nationella inlärningskurvan kan förväntas vara flack. Formeln mer =

bättre gäller inte med nödvändighet vid våra nya koronarinterventionsenheter.

Christian Olsson

christian.olsson@thorax.uas.lul.se

McGrath PD et al. Relation between operator and hospital volume and outcomes following percutaneous coronary interventions in the era of the coronary stent.

JAMA 2000; 284: 3139-44

Nilsson T et al. Kateterburen diagnostik och behandling av kranskärlssjukdom.

Läkartidningen 2001; 98(4): 303-5

Skriv kort!

Bidrag till Nya rön får omfatta högst 200 ord