

## Preoperativt rökstopp minskar postoperativa komplikationer

■ Det är känt att rökare löper ökad risk att drabbas av postoperativa hjärt-kärl- och sårkomplikationer. Ann Möller och medarbetare vid Bispebjergsjukhuset i Köpenhamn har i *Lancet* publicerat en undersökning av om preoperativ rökavvänjning hade någon effekt på frekvensen av postoperativa komplikationer.

Ett hundratjugo rökande patienter som skulle erhålla knä- eller höftprote-ser randomiserades 6–8 veckor före planerad operation endera till en kontrollgrupp eller till en rökavvänjningsgrupp. Rökavvänjningen bestod av rådgivning och nikotinersättningsmedel samt val att antingen sluta helt eller minska rökningen med hälften. I rökavvänjningsgruppen slutade 36 personer röka jämfört med fyra i kontrollgruppen. Incidensen av olika postoperativa komplikationer

registrerades. Man fann att i rökavvänjningsgruppen var komplikationsfrekvensen 18 procent jämfört med 52 procent ( $P=0,0003$ ) i kontrollgruppen. Framför allt hade rökavvänjningsgruppen färre sårkomplikationer och kardiovaskulära komplikationer. De som slutade röka hade signifikant färre komplikationer än de som fortsatte att röka, medan de som minskade sin rökning inte skilde sig från rökarna.

Den gamla myten att rökarna på grund av sitt nikotinbegär snabbare mobiliseras och därigenom får färre komplikationer kan avlivas. Rökavvänjning har en undanskymd plats i dagens sjukvård sannolikt på grund av att effekterna t ex i form av minskad risk att drabbas av tobaksrelaterade sjukdomar kommer först några år efter rökstopp. Möller

och medarbetares undersökning visar att ett effektivt preoperativt rökavvänjningsprogram kan ge direkta vinster i form av färre postoperativa komplikationer.

Författarna rekommenderar utifrån sina resultat ett preoperativt rökavvänjningsprogram 6–8 veckor inför kirurgi. När blir det lika naturligt att ge rökavvänjningsbehandling preoperativt som att ge trombosprofylax?

**Rune Lundgren**

*Rune.Lundgren.us@vll.se*

*Möller AM, et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002;359:114-7*

## Första nya tbc-vaccinet på 80 år

■ Ett nytt vaccin mot tuberkulos (tbc) har framställts i Oxford för första gången sedan Calmette och Guérin producerade sitt berömda BCG-vaccin på 1920-talet. Preliminära musförsök har visat lovande immunsvaret och fas I-studier har inletts på människa.

Det nuvarande BCG-vaccinet har allvarliga nackdelar. Det skyddar främst barn mot spridning av infektionen från lungan till kroppen i övrigt, men skyddar inte mot själva infektionen i lungan. Dessutom avtar skyddseffekten efter 10–15 år. Därför är ett nytt vaccin som ger bättre och långvarigare skydd mot tbc en trängande global angelägenhet.

Den nya vaccinstrategin, utvecklad

av dr H McShane utnyttjar en tvåstegs- »primer-boost«-princip. Först ges en vanlig BCG-vaccination, och efter ett intervall en booster som innehåller genetiskt modifierat vacciniavirus med en gen från *Mycobacterium tuberculosis*.

Prime-booststrategin använder alltså två olika vacciner som stimulerar immunsystemet med samma proteinantigen från mykobakterierna men presenterat på olika sätt. Test på möss har visat att denna »dubbelvaccination« kraftfullt stimulerade immunförsvaret mot tbc. Reaktiviteten var starkare än summan av de två delkomponenterna. Man framkallar cellmedierad immunitet som ju är effektiv mot tbc. Fas I-försöket kommer

troligen att pågå 2–3 år. Om allt går väl kommer om några år kliniska vaccinationsförsök att ske i tbc-högendemiska områden, troligen i Västafrika. Omfattande fas II- och III-studier krävs varför det troligen tar minst 10 år innan prime-boostvaccinationen mot tbc blir tillgänglig. Även om den nya vaccinstrategin är överlägsen BCG på möss är det fortfarande inte klarlagt vilken och hur långvarig skyddseffekten på människor i klinisk verklighet blir.

**Björn Petri**

*bjornp@mb.ks.se*

*LPS Weekly Newsletter Issue 245*

## Beslut om hjärt-lungräddning på intensivvårdsavdelningar

■ Många intensivvårdspatienter är på grund av sjukdom eller sederling inte kapabla att delta i beslut om behandlingsnivå. Tidiga beslut innan patienterna blir beslutsinkompetenta är därför angelägna. Beslut inom de första 24 timmarna av intensivvården angående hjärt-lungräddning (HLR) undersöktes i en prospektiv studie redovisad i *Lancet*. 2 916 konsekutiva vuxna respiratorbehandlade patienter inkluderades. Femton olika intensivvårdsavdelningar (varav elva var kanadensiska och en svensk, Örebro) i fyra länder deltog.

Ett uttryckligt beslut angående HLR fattades för 318 patienter (11 procent) varav hälften gällde beslut att HLR skulle utföras vid ett eventuellt hjärtstillestånd och hälften att inte utföra HLR.

För övriga 89 procent ansågs icke-beslutet implicera full HLR i händelse av hjärtstillestånd. Faktorer av betydelse var bl a att fler beslut fattades både för patienter som inte var förmögna att delta i beslut och för dem som lades in på IVA under nätter eller veckoslut. Jämfört med Kanada hade den svenska avdelningen signifikant färre beslut att utföra HLR, medan det fanns en icke-signifikant trend till färre ej HLR-beslut.

Författarna diskuterar risken för att det underförstådda beslutet att utföra HLR i de 89 procent av fallen där ett explicit beslut inte finns inte är i enlighet med patientens vilja. Denna risk understryks av att fler beslut tas för ej beslutskompetenta patienter och att icke-kliniska faktorer

som tid på dygnet och i veckan har betydelse.

Om den svenska avdelningen är representativ för Sverige är antalet tidiga beslut lägre än i Kanada. Denna studie pekar på behovet av att vi oftare frågar våra patienter om deras inställning till behandlingsnivå tidigt under sjukhusvistelsen. Klinik- eller sjukhusövergripande riktlinjer och formulär för beslut kan vara ett hjälpmedel för att nå detta.

**Peter Sjökvist**

*peter.sjokvist@karo.ki.se*

*Cook DJ, et al. Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive-care unit: an international observational study. Lancet 2001;358(9297):1941-5*