

Thomas Mätzsch, docent, överläkare, kliniken för kärlsjukdomar Malmö–Lund, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
(thomas.matzsch@kir.mas.lu.se)

SBU-rapporten om blodpropp

En riktig tungviktare

■ Det är ett gediget arbete som lagts fram av SBUs 16-hövdade projektgrupp för »Blodpropp – förebyggande, diagnostik och behandling av venös tromboembolism (VTE)«, en riktig tungviktare – slutrapportens arbetsmaterial väger över tre kg i två volymer! Rapportens encyklopediska natur gör den kanske inte lämplig för sträckläsning, men som sammanställning av data från litteraturen och för den som söker referenser är den en veritabel guldgruva.

Trots rapportens fullständighet måste man komma ihåg att området VTE är föremål för en expansiv och snabb utveckling och att flera nya läkemedel ligger i stöpsleven, bl a orala trombinhämmare. Detta medför att nya aspekter på profylax och behandling av tromboembolisk sjukdom troligen kommer att innebära behov av revision av kommande riktlinjer redan inom en mycket snar framtid. Detta obeaktat utgör rapporten ett mycket väsentligt fundament inför kommande arbete, som dock måste ske med bibehållen kontinuitet.

I Sverige spenderar vi inom sjukvården en dryg halv miljard kronor på venös tromboembolism till en läkemedelskostnad (för hepariner) av ca 160 miljoner kronor. Även om 542 miljoner kronor är mycket pengar utgör det bara 2,5 promille av den totala sjukvårdskostnaden. Icke desto mindre klargör det faktum att 11 000 personer varje år vårdas på sjukhus för VTE, och att antalet läkarbesök i öppen vård till följd av detta uppskattas till ca 40 000 per år, att problemet med VTE är högst påtagligt. De hälsoekonomiska effekterna är avsevärda och i vissa avseenden kan de ibland kännas lite »onödiga«, då verksam och effektiv profylax finns.

God tradition av trombosprofylax i Sverige

I Sverige kan vi sedan lång tid tillbaka vara stolta över en god tradition av trombosprofylax i samband med operationer, många gånger med ortopedier som vägledande. Denna tradition har vid internationell jämförelse haft något av en frontlinjepregning med egen forskning och snabb acceptans av nya metoder, framför allt farmakologisk behandling, och har inte alltför mycket tyngts av diskussioner kring tänkbara komplikationer av mer teoretisk än praktisk betydelse. Därmed inte sagt att en otillbörlig bekymmerslöshet fått råda. Inställningen från klinikerns sida har i stället huvudsakligen varit pragmatisk och präglad av sund riskmedvetenhet med patientens bästa för ögonen.

I takt med den ökade internationaliseringen har detta i viss mån ändrats, och vi har fått diskussioner om bl a risker för heparininducerad trombocytopeni (HIT) och spinala hematom

Se även artikeln på sidan 3590 i detta nummer.

vid kombinationen regional lumbal anestesi och trombosprofylax med (låg-molekylärt) heparin. Dessa aspekter är väl täckta med speciella kapitel i rapporten. Vad som är slående är bristen på kvalitet på den vetenskapliga dokumentation som ligger till grund för dessa diskussioner. Problemet trombosprofylax och ryggbedövning avhandlas mycket grundligt (kapitel 1.7), men efter genomläsning ställer man sig osökt frågan på vilken grund gällande rekommendationer och riktlinjer egentligen vilar. Så länge detta säkerhetstänkande inte har dogmatiska undertoner kan och skall de naturligtvis accepteras och följas, men i det ögonblick de börjar gälla lös-gjorda från patientens individuella förutsättningar och behov av trombosprofylax beträds en farlig väg där regler börjar leva sitt eget liv och gälla utan anknytning till faktiska risker. Här välkomnas en fortsatt diskussion i avsikt dels att behålla och höja den allmänna medvetenheten hos inblandade specialiteter, dels att förhindra etableringen av ett rotlöst, fritt flytande regelverk där den en gång så välmentade eftertanken glömts bort.

Magert om HIT och laparoskop

HIT, en komplikation som märkligt nog diskuteras (och diagnostiseras) mycket i tysk- och franskspråkiga områden, men som bara ytterst sällan konstateras i Sverige, har också ägnats ett kapitel. Här kan dock inga försök till incidensundersökningar spåras, inte heller anges vid vilka gränser trombocytopeni skall anses föreligga. I stället konstateras bara lakoniskt att tillståndet är beskrivet och vilka motåtgärder i form av farmakologisk behandling av heparinoider som är aktuella. Måhända är detta mot bakgrund av den rapporterade sällsyntheten relevant, men det försvårar möjligheten att sätta in HIT i dess rätta kliniska sammanhang, till skillnad från de flesta andra problemområden som nagelfarits.

Som kliniker inom en opererande specialitet efterlyser jag i rapporten en mer systematisk behandling av de aktuella frågeställningar som ådrar sig ökande uppmärksamhet inom vårt område. Jag tänker exempelvis på frågan om huruvida trombosprofylax är indicerad vid laparoskopisk kirurgi. I den mån det överhuvudtaget går att ge ett svar är det inbakat på flera ställen i textmassan, vilket gör det svårt att spåra. En punkt

ANNONS

ANNONS

under slutsatser i kapitlets början hade välkomnats. Trots avsaknaden av data uppger SBU i sin sammanfattning att det finns en »viss risk för trombos även inom den snabbt ökande laparoskopiska kirurgin«, vilket på mig verkar något förbryllande, eftersom det enda jag kunnat återfinna i rapporten om detta var uppgiften att en studie i syfte att besvara frågan avslutats i förtid till följd av den utomordentligt låga incidensen.

När sätta in profylax?

När det gäller frågan om trombosprofylax skall initieras preoperativt eller om den kan startas postoperativt finns detta upptaget som en punkt under slutsatserna. Man konstaterar här att lågmolekylärt heparin insatt postoperativt ger färre blödningskomplikationer, men att det i övrigt är likvärdigt med preoperativt insatt lågmolekylärt heparin som profylax. Värderingen av denna slutsats utifrån dokumentationens kvalitet och bevisvärde får dock bara betyget 3, dvs svagt stöd. Här finns helt klart ett stort behov av forskningsinsatser för ytterligare klarläggning, vilket även skulle föra diskussionen kring ryggbedövningens risker vid trombosprofylax framåt.

En annan angelägen punkt för framtida forskning är att få frågan om behovet av förlängd profylax efter kirurgi besvarad. Även detta finns med som en punkt under slutsatser, och även här har bevisvärdet konstaterats vara svagt, och då endast vid malign sjukdom.

Vid ortopedisk kirurgi har, förvirrande nog, bevisvärdet angetts till 2 (dvs måttligt stöd efter elektiv höftproteskirurgi), samtidigt som det i nästkommande punkt anges att förlängd profylaxperiod med lågmolekylärt heparin minskar risken för asymtomatisk ventrombos, och då blir bevisvärdet 1, dvs starkt vetenskapligt stöd. Troligen är detta endast ett korrekturfel i arbetsmaterialet men överensstämmer med att det på många kliniker redan är etablerad praxis med förlängd profylax efter den numera allt kortare sjukhusvistelsen. Överhuvudtaget framgår det klart att svaret på flera av de ortopediska frågeställningarna om trombosprofylax har tilldelats högsta bevisvärdet, till skillnad från övriga opererande specialiteter där besvarade frågeställningar mestadels har lägre betyg.

Farliga förenklingar

Ett delproblem, som också rör frågan om optimal tid för profylax, är hur länge den konventionellt initierade profylaxen skall pågå. Parallellt med allt kortare vårdtider har det tydligen varit frestande, och även blivit allt vanligare, att bara ge profylax under sjukhusvistelsen, vilket numera många gånger innebär betydligt kortare tid än fem till sju dagar. Nästan alla studier, och därmed vetenskaplig dokumentation, har däremot gjorts just med sikte på cirka en veckas behandling.

Den glidning som skett enligt mottot »bättre lite än inget«, och som lett till att många patienter fått »en skvätt« profylax under endast en till två dagar, är därmed lika ovetenskaplig som den kanske är frestande. Här är risken stor att förenklingen/besparingsivern missriktas och blir till ett skott i foten. Möjligen kunde detta (miss?)bruk av trombosprofylax ha fått större uppmärksamhet än den tillmätta i rapporten.

Begränsningar

I ett nästintill monumentalt arbete som det föreliggande är det naturligtvis oundvikligt med begränsningar. En självpåtagen begränsning i rapporten utgörs av det faktum att behandling vid ytlig tromboflebit/trombos inte tas upp för granskning, vilket kanske är förstäeligt. Icke desto mindre upplevs det som lite snopet. Detta har man tydligen varit medveten om i arbetsgruppen, eftersom området är inkluderat som ett appendix i rapporten.

Som kliniker som ofta konfronteras med dessa frågeställ-

ningar upplever jag det likafullt otillfredsställande att inte finna några moderniserade uppgifter om behandling av dessa så vanliga åkommor, framför allt som kunskapsbasen för idag etablerade åtgärder upplevs som högst bristfällig, exempelvis den ofta rekommenderade höga underbindningen vid migrerande tromboflebit, behandling av flebiter med hirudoidsalva jämfört med NSAID-geler osv. Här handläggs ofta patienterna i enlighet med (gammal!) beprövad erfarenhet, men var är vetenskapen?

Här hade funnits ett gyllene tillfälle att sprida åtminstone lite ljus i dunklet.

Underlag för nationella riktlinjer

SBU:s sammanfattning och slutsatser lyfter i allt väsentligt fram de viktigaste punkterna i rapporten. I några fall blir jag dock lite konfunderad. Så anger man exempelvis klart och tydligt att patienter med cancer behöver intensivare förebyggande insatser under längre tid, en värdering som rapporten tilldelar endast svagt respektive måttligt vetenskapligt stöd.

Diskrepanserna, om än kanske små, avseende värderingen av trombosprofylaktiskt behov vid laparoskopisk kirurgi har redan nämnts. En liten märklighet, snarast av kuriositetskaraktär, är också framhävandet av långa flygresor som en av de många riskfaktorer som styr utvecklingen av VTE. Denna fråga har förvisso diskuterats, men i rapporten fastslås faktiskt ganska entydigt att frågan om det s k ekonomiklassyndromets incidens kvarstår att lösa.

I övrigt finner jag sammanfattningen utgöra en på det hela taget insiktsfull värdering av rapportens massiva data. Till sammans har de alla förutsättningar att utmynna i användbara, praktiskt orienterade och kunskapsbaserade nationella riktlinjer.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.