

## Dexametason före laparoskopisk operation – intressant studie

■ I en studie i *Annals of Surgery* provar T Bisgaard och medarbetare hypotesen att förbehandling, istället för postoperativ behandling, med 8 mg dexametason påverkar postoperativ smärta och/eller trötthet baserad på att glukokortikosteroider ger smärtlindring och verkar antiemetisk, antiinflammatorisk och immunmodulerande.

Ättioåtta placebo-randomiserade relativt friska patienter som genomgått okomplicerad laparoskopisk kolecystektomi studerades dubbelblindt. Behandling medförde signifikant lägre grad av subjektivt upplevd smärta och trötthet postoperativt dag 1, färre episoder av kräkningar och svårt illamående timmarna efter operationen, och 6 mg/l lägre CRP-nivåer. Med dessa fynd och avsaknad av negativa effekter av behandlingen framför författarna att denna behandling är till nytta för patienterna.

Den här undersökningen är intressant på flera sätt. Studien ger stöd för att en dämpning av även ett mindre inflammatoriskt svar kan vara till nytta för viktiga och relevanta delar av återhämtning efter laparoskopisk kirurgi.

Behandling före operationens start kan vara en av orsakerna till att den har effekter. Epidural bedövning som startas före operation och preoperativ metabol förberedelse är andra exempel på behandlingar som har betydande effekter när de ges före operationens start.

**Svagheten i Bisgaards arbete** ligger i att flertalet utfallsparametrar är av subjektiv karaktär, vilket försvårar statistisk bearbetning av det postoperativa förloppet. Författarna har då valt att slå samman VAS-mätningar av smärta över tid, en metod som är ytterst tveksam, eftersom variabeln inte har en parameter. De

positiva fynden är endast signifikanta vid ett enda av en rad mätillfällen för såväl smärta som trötthet. Detta gör att bilden av effekten inte är riktigt så klar som den hade varit om detta kunde ha konfirmerats vid upprepade tillfällen.

Sammantaget är dock detta en mycket intressant studie, inte minst då den visar att det finns utrymme för att göra situationen bättre för patienter som genomgår även mindre kirurgiska ingrepp.

**Olle Ljungqvist**

*olle.ljungqvist@ersta.se*

*Bisgaard T, et al. Preoperative dexamethasone improves surgical outcome after laparoscopic cholecystectomy: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Ann Surg 2003;238(5):651-60.*

## Minst sju dagars vila och symtomfrihet för idrottare efter hjärnskakning

■ Ett inte alltför sällsynt praktiskt problem är hur man skall se på hjärnskakningar i samband med idrott, exempelvis fotboll och ishockey: När kan den skadade börja idrotta igen? När är den kumulerade effekten så stor att man måste avråda från fortsatt idrottande?

Amerikansk fotboll är avsevärt mycket mer brutal än svensk, men därifrån finns ändå mycket kunskap att hämta, användbar för svenska förhållanden. Två välgjorda, stora studier (2 905 respektive 1 631 spelare studerades prospektivt under tre år), är presenterade i samma nummer av *JAMA* plus en kommentar till de båda [1-3]. Där visas att den (amerikanske) fotbollsspelare som haft en hjärnskakning löpte en signifikant större risk att få ytterligare en hjärnskakning än de spelare som inte haft någon.

Ju fler hjärnskakningar de haft, desto längre tid tog det innan de blev symtomfria (mediantid 4 dygn). Av dem som samma säsong fick mer än en hjärnskakning fick 92 procent nästa inom 10 dagar. Risken att få hjärnskakning var åtta gånger större vid match än på träning per timme räknat. Det förelåg endast ett svagt samband mellan spelposition i laget och risk för skada. De som fortsatte idrotta direkt efter slaget mot skallen hade signifikant fler symtom än de som avbröt spelandet [1].

I en jämförelse mellan dem som haft hjärnskakning och dem utan hade inte

bara de som blivit skadade mer subjektiva symtom, utan de hade också nedsatt kognitiv funktion och balansproblem – genomsnittligt var problemen borta efter 7, 6 respektive 4 dagar. Vid undersökning efter 3 månader kunde inte några bestående skador påvisas. Det påpekades särskilt att för att hjärnskakningsdiagnosen skulle kunna ställas krävdes inte medvetlöshet men väl ändrat medvetande direkt efter skadan [2].

**I den redaktionella kommentaren** [3] understryks att det finns en stor interindividuell variation vid hjärnskador – få andra mänskliga organ uppvisar en så stor variabilitet på en »standardiserad« skada som just hjärnan. Detta gör att det är osannolikt att ett strikt behandlingsprotokoll skulle vara tillräckligt för alla, trots att det sannolikt skulle leda till att många överbehandlades. Fyra slutsatser kan dock dras:

- Den idrottsutövare som får en hjärnskakning får inte fortsätta idrotta.
- Idrottsutövaren får inte delta i idrott förrän symtomfrihet är uppnådd i vila och vid ansträngning.
- En person med hjärnskakning skall behandlas av en person som är väl förtrogen med denna typ av skada.
- Vid ökande symtom skall patienten till sjukhus för bedömning.

**Kommentar:** Om risken att få en ny hjärn-

skakning är större för den person som tidigare haft en hjärnskakning än för den som inte haft det, kan det tolkas på ettdera av två sätt. Antingen spelar man på ett särskilt riskfyllt sätt om man får hjärnskakningar eller så skadas man redan av den första hjärnskakningen så mycket att man riskerar att få nya. Eftersom risken är störst för nya skador kort efter en skada bör fotbolls- och handbollsspelare, ishockeyspelare, ryttare, cyklister, utförsåkare med flera avstå från sin idrott tills de är symtomfria, dock minst sju dagar.

**Åke Andrén-Sandberg**

*ake.andren-sandberg@chsa.med.gu.se*

1. Guskiewicz KM, et al. Cumulative effects associated with recurrent concussion in collegiate football players. *The NCAA concussion study. JAMA 2003;290:2549-55.*

2. McCrea M, et al. Acute effects and recovery time following concussion in collegiate football players. *The NCAA concussion study. JAMA 2003;290:2556-63.*

3. McKeag DB. Understanding sports-related concussion. *Coming into focus but still fuzzy. JAMA 2003;290:2604-5.*