

Cancerspecifika dödligheten vid koloncancer påverkas inte av operationsvolymen

II Kirurgisk stordrift som garanterat för bästa operationsresultat är ett omhuldat argument för ytterligare koncentration av svensk sjukvård. Bevisen utgörs huvudsakligen av stora genomgångar av databaser från amerikanska sjukhus och försäkringssystem. I en aktuell artikel ifrågasätter Jeffrey Meyerhardt och medarbetare om komplexa sjukdomsförlopp, som t ex efter cancerkirurgi, kan korrekt utvärderas om inte detaljerad kunskap om tumörens biologi och behandlingens utformning finns med för analys.

Författarna grundar sina resultat på en blindad genomgång av protokollen från en stor amerikansk multicenterstudie om adjuvant kemoterapi efter radikal koloncancerkirurgi (INT-0089). Studien, som pågick mellan 1988 och 1992, visade inga signifikanta skillnader i cancerspecifik överlevnad mellan de olika behandlingsarmarna (som vardera innehöll nästan 1 600 patienter). Alla patienter följdes noggrant postoperativt, och genomsnittlig uppföljningstid var 9,4 år efter operation. Detta talar för att åtminstone 95–98 procent av återfallen i cancer hamnat i observationsperioden.

Resultaten vad avser »overall« och cancerspecifik överlevnad har sedan relaterats till sjukhusens operationsvolym. För att få en rättvisande bild av operationserfarenheten på sjukhusen plockade man ur Medicares databas ut det totala antalet kolorektala canceringrepp som utförts på respektive enhet. Jämförelsen gjordes således inte med det relativt begränsade ingrepp som utförts inom ramen för själva studien.

Detaljerna i redogörelsen för de statistiska beräkningarna kan referenten inte evaluera, men författarna konkluderar att studien gör det möjligt att med mer än 90 procents styrka kunna upptäcka en 5-procentig skillnad i överlevnad.

Sjukhusens operationsvolymerna delades in i tre olika tertialer: låg, medium och hög. Sammanlagt 1 078 olika sjukhus deltog i studien, och efter justering av delpopulationer inom samma sjukhus (ett statistiskt fenomen som enligt en annan artikel i samma tidskriftsnummer orsakat många felaktiga slutsatser om högvolumssjukhusens fördelar) hamnade 530 bland lågvolumssjukhusen, 334 i medium och 214 i högvolumsgruppen.

Kaplan–Meier-analys av cancerspecifik överlevnad visade nästan identiska kurvor för de tre sjukhustyperna. Femåriga, cancerfria överlevnaden var 63,0, 63,0 och 63,9 procent för hög-, medium, respektive lågvolumssjukhusen. Om ris-

kration justerades för ålder, kön, ras, preoperativ status, förekomst av tarmobstruktion och tarmperforation vid operationen, tumörens differentieringsgrad och förekomst av peritoneala cancerknottror blev värdena 1,0, 1,0 och 1,03 ($P>0,2$).

Om man däremot gjorde Kaplan–Meier-analys av »overall survival« för de tre sjukhustyperna var lågvolumssjukhusens värden signifikant ($P<0,05$) lägre än medium- och högvolumssjukhusen (67,3- vs 63,8-procentig femårsöverlevnad). Dessa skillnader kvarstod även vid en justerad riskratioberäkning. Förklaringen borde därför ligga utanför den specifika cancerbehandlingen.

Andelen svarta och övriga färgade var 2–3 gånger större på lågvolumssjukhusen än på sjukhusen med högre volym. En trolig förklaring till lågvolumssjukhusens till synes sämre resultat kan således vara att de i betydligt större utsträckning tar hand om underklassens färgade medborgare, vilka enligt alla tillgängliga studier har en väsentligt kortare livslängd och en väsentligt högre sjuklighet än den vite amerikanen.

Författarnas slutsats är att patienter som opereras för koloncancer på lågvolumssjukhus i USA löper större risk att dö under en 10 års observationsperiod, men att detta inte beror på skillnader i recidiv av cancersjukdomen. Den cancerkirurgiska kvaliteten har således varit oberoende av operationsvolymerna.

Denna välgjorda studie bevisar inte att antalet operationer är oväsentligt för operationens utgång. Men den strör en smula grus i den väloljade propagandamaskin som ständigt påstår att volymstudier redan visat att hög koncentration av kirurgisk behandling är den enda möjliga framtiden. Meyerhardt och medarbetare hävdar helt enkelt att kirurgisk sjukvård är alltför komplex för att beskrivas enbart i enkla operationsnumeriska termer.

Man kan därför förutse att den här studien inte kommer att refereras av Socialstyrelsen, de svenska kirurgiprofessorerna eller tjänstemännen i Östergötlands läns landsting.

Johannes Järhult

johannes.jarhult@lj.se

Meyerhardt JA, et al. Association of hospital procedure volume and outcomes in patients with colon cancer at high risk for recurrence.

Ann Intern Med 2003;139(8):649-57.

Rykande färskt om SSRI under graviditet

II Att ansvara för behandlingen av gravida eller nyförlösta kvinnor med psykiska störningar är en grannlaga uppgift. Många frågor ställs av oroliga, drabbade mödrar och deras familjer: »Är det farligt för barnet om jag tar medicin?« »Vad kan hända om jag inte gör det?«

Hur skall farmakologiska, psykologiska och sociala behandlings-



Margaretha Bågedahl-Strindlund

medicinsk redaktör

strategier samordnas för att behandlingen skall bli optimal?

I veckans nummer av LT belyses en viktig aspekt av detta pussel. I en gedigen översiktsartikel om behandling med nya antidepressiva läkemedel under graviditet och vid amning får vi klarhet i kunskapsläget beträffande effekterna på barnen av exponering för dessa läkemedel.

För den som ytterligare vill förkovra sig i detta viktiga men svårnavigerade område rekommenderas läsning av Katherine Wisners och medarbetares utmärkta artikel [N Engl J Med 2002;347(3):194-9]. Denna uppsats kan ses som något av »Clinical guidelines« vad gäller behandling av postpartum-depression.

En annan klinisk nära och informativ uppsats som bygger på en fallbeskrivning är skriven av Victoria Hendrick och Lori Altshuler [Am J Psychiatry 2002;159(10):1667-73]. Den belyser handläggning av patienter med återkommande depressioner, underhållsbehandling med SSRI-preparat och graviditetsönskan.

För den som trots denna rejäla dos kunskap i ämnet ändå känner läslust föreslår jag fördjupning genom läsning av en rykande färsk översiktsartikel om »Postpartum psychiatric disorders«, baserad på de senaste fem årens artikelflöde inom området. Författaren är Ian Brockington, alltså en av världens namnkunnigaste på detta område. [Lancet 2004;363(9405):303-10].

Margaretha.Bagedahl@lakartidningen.se