

## Blödande ulkus – viktigare förbättra primärbehandlingen än sekundärterapi

■ I åtminstone 30 års tid har artärembolisering varit en inte sällan använd metod att stoppa blödningar i mag-tarmkanalen, kanske mest använd för kolonblödningar. I en artikel i LT 9/2004 (sidorna 768-72) med rubriken »Artärembolisering kan ofta ersätta kirurgi vid blödande ulkus« vill Uppsalagruppen poängtera metodens användbarhet vid ventrikelblödning. Det är lovligt.

### Anekdotiska fall räcker inte som grund

Dock uppstod för mig frågetecken under genomläsningen. Man kan knappast ta några (om än 18 patienter) anekdotiskt beskrivna (lyckade) fall som grund för att göra en nationell policyändring, eller vad menas med att interventionella angiografiska röntgenologer borde finnas (mera) tillgängliga? Detta samtidigt som man på två ställen i artikeln framhåller att förstahandlings är tidig endoskopi med endoskopisk blodstillning vid ulkusblödning.

Replik:

## Vi har pekat på en alternativ terapi för en liten fraktion svårt blödande patienter

■ Vi tackar för Claes Söderlunds intresse och synpunkter på vår artikel och hoppas att vi kan rätta ut några av hans frågetecken.

### Bedömer resultatet som gott

Till skillnad från Claes Söderlund tycker vi att framgångsrik endoskopisk blodstillning hos 59 av 72 (82 procent) blödande patienter är ett gott resultat. Vi håller med om att en del, men långt ifrån alla, blödningsfall kan tjäna på upprepade endoskopiska blodstillningsförsök. Det har vi också praktiserat, men inom ramen för Läkartidningsartikeln fick dessa data ej plats.

Vi tror inte att man inom vanlig klinisk rutinsjukvård, utan tillgång till dygnet runt-tjänstgörande blodstillningsjour, kan komma så mycket längre än drygt 80 procents framgång med endoskopisk hemostas. Som alla vet kan blödningskällan ibland vara svåråtkomlig i en kraftigt deformerad bulb, liksom vid pågående arteriell blödning som stör behandlingen.

### Svårbehandlat sår

Hos patienter där den första endoskopin visar att såret är svårbehandlat har vi istället för upprepade terapi gått direkt på

Antagligen finns väl i Uppsala som annorstädes vissa svårigheter att ha skopister tillgängliga (dygnet runt), eftersom det i snitt tog 19 timmar före endoskopi, och för 20 procent av dem som man försökte behandla endoskopiskt lyckades inte den behandlingen.

Det är vidare välkänt (bla från Hongkong-gruppen) att upprepade endoskopiska terapi leder till fler patienter med permanent hemostas, liksom att patienter som reblöder efter endoskopisk terapi ofta kan behandlas endoskopiskt en andra gång, och då inte sällan med lyckat resultat. Inte heller berättar man hur man gjort sin endoskopiska terapi, har den varit optimal?

### Förbättra primärbehandlingen

Måste inte slutsatsen bli att man i Uppsala (och annorstädes) i första hand borde söka förbättra sin primärbehandling, snarare än sekundärterapi, vare sig den är operation eller embolisering?

angiografisk embolisering vid recidivblödning. Vi vill också påminna om att 5 av våra 18 patienter som behandlades med artärembolisering hade en förnyad blödning efter genomgången Billroth II-resektion för blödning. Fyra av dessa patienter hade blödningskällan i bulbus duodeni och var därmed överhuvudtaget inte aktuella för någon endoskopisk terapi.

Inte ens Hongkong-gruppen hävdar att man har 100 procents framgång med endoskopisk hemostas. Alltså kommer alltid en liten fraktion av svårt blödande patienter fortsättningsvis att behöva blodstillas på annat sätt, dvs med operation. Vi har i vår artikel velat peka på en alternativ terapi för dessa starkt selekterade, svårt sjuka patienter. Vi tycker att våra data kan få tala för sig själv.

### Oetisk

Vi skulle ha svårt att delta i en randomiserad studie enligt Claes Söderlunds förslag. Det är oetiskt att låta en så svårt blödande patient randomiseras till operation när vi vet att vi kan bota patienten med en betydligt enklare procedur som angiografisk embolisering.

Den angiografiska behandlingen har skett på röntgenavdelningen men under

Sedan blir jag orolig för logistiken. En kraftigt blödande patient skoperas ofta (ibland även intuberad) på en operationssal, så att man direkt kan övergå till laparotomi om endoskopisk blodstillning visar sig omöjlig. Var kommer embolisering in här? Skall patienten flyttas kraftigt blödande till ett röntgenlaboratorium i stället för att laparotomeras? Eller menas emboliseringen äga rum på operationssalen?

### Multicenterstudie

Med det tämligen stora antal övre gastrointestinala blödningar som finns på landets större sjukhus borde det inte vara omöjligt att göra en kontrollerad multicenterstudie för att bättre fastlägga emboliseringens plats i terapiarsenalen.

### Claes Söderlund

*docent, sektionschef övre GI-kirurgi, Södersjukhuset, Stockholm  
claes.soderlund@sos.sll.se*

### Mikael Ljungdahl

*med dr, överläkare, kirurgkliniken*

### Rickard Nyman

*docent, överläkare, röntgen*

### Sven Gustavsson

*docent, överläkare, kirurgkliniken; samtliga vid Akademiska sjukhuset i Uppsala*