

## När skall navelbräck remitteras till specialist?

ABC-artiklarna i Läkartidningen har sannolikt stor genomslagskraft när exempelvis allmänläkarna väljer ut vilka patienter som kommer att remitteras vidare till specialist. Det är därför särskilt viktigt att budskapen som presenteras är korrekta. Jag vill därför kommentera ABC-artikeln om främre bukväggsbräck av författarna Almqvist och Montgomery i Läkartidningen 26–27/2006 (sidorna 2054–6) och då speciellt avsnittet om navelbräck. Det står utan angivande av någon referens att »navelbräck hos vuxna har en relativt hög risk för inklämning, och de flesta anser att de bör opereras«.

**En noggrann allmänläkare** uppmanas således indirekt att remittera alla patienter med navelbräck till kirurgspecialist för operation. Vilken allmänläkare vill väl ta ansvar för denna relativt höga inklämningensrisk? Men stämmer detta?

Jag har i över 30 års tid tagit flitigt som kirurgjour vid olika stora och små sjukhus i Sverige och Norge och känner inte alls igen artikelns beskrivning i min praktiska verksamhet. Så där värst ofta opererar jag inte inklämda navelbräck, och sällan är det skadad tarm som behöver åtgärdas.

Om prevalenssiffran 2 procent stämmer i artikeln går det omkring fler än 2 000 människor i Jönköping med navelbräck. Av dessa opererade vi förra året 34 patienter; i många fall gjordes elektiva polikliniska ingrepp hos patienter med ganska diffusa symptom. Sannolikt hade flera av dessa framför allt kosmetiska bekymmer.

Endast tre patienter fick diagnosen inklämt navelbräck. En av dessa opererades dessutom elektivt. Inga inklämda tarmslyngor rapporterades. Detta ger en inklänningsfrekvens kring 0,1 procent årligen – dessutom utan tarmskada eller större allvarlig komplikation. Är detta verkligen så högt att »... de flesta anser att de bör opereras«? Hur många inklämda ärrbräck skulle dessa 2 000 patienter få i framtiden om vi opererade alla navelbräck i Jönköping?

**Nej, en bättre konklusion i ABC-artikeln** vore att i stället stötta allmänläkarna med att navelbräck ofta är ett tämligen harmlöst tillstånd, som inte nödvändigt-

vis behöver remitteras. De som har besvär får givetvis gärna komma till kirurgen för operationsbedömning. De som däremot mår bra kan allmänläkaren ge lugnande besked om att utsikterna är mycket goda att de skall slippa komplikationer i framtiden.

»Profylaktisk« operation hos dessa människor är inte att rekommendera. Skulle oturen ändå vara framme kan vi lika gärna åtgärda dessa få sällsynta patienter akut.

**Erik Svartholm**  
överläkare, kirurgiska kliniken,  
Länssjukhuset Ryhov,  
Jönköping

### Replik:

## Asymtomatiska behöver inte opereras

Vi tackar för Erik Svartholms kommentarer kring vår artikel om bukväggsbräck, och det är roligt att artikeln blivit så noggrant genomläst. Nedan presenteras bakgrunden till påståendena avseende navelbräck.

Prevalensen navelbräck hos vuxna anges till 2 procent (Velasco M, et al, Hernia. 1999;4:233-9). Samme författare anser också att alla navelbräck hos vuxna (även asymtomatiska) skall opereras på grund av relativt stor morbiditet och mortalitet i samband med akut kirurgi för navelbräck.

**Mortaliteten anges** i denna översiktartikel kunna uppgå till 25 procent i samband med inkarceration. Detta bygger

på ett arbete av Hjaltason från 1981 (Acta Chir Scand. 1981;147:263-7). Samme författare anger också att 17,7 procent av alla patienter med navelbräck drabbas av inklämning.

Det är möjligt att vi formulerat oss otydligt, men vi anser, liksom dr Svartholm, inte heller att asymtomatiska patienter med navelbräck måste opereras.

**Martin Almqvist**  
ST-läkare  
martin.almqvist@skane.se

**Agneta Montgomery**  
docent, överläkare;  
båda vid kirurgiska kliniken,  
Universitetssjukhuset MAS, Malmö

## Ska vi ladda dosetten med anticirrospiller?

I Läkartidningen 20/2006 (sidorna 1594–7) kunde man läsa att en viss celltyp i levern nu är identifierad som ansvarig för utvecklingen av levercirros. En viktig orsak till detta tillstånd är den explosionsartade epidemin av fetma, som först leder till steatos och därefter vidare till cirros, vilket också betonas i artikeln. I artikeln spekulerar författarna över den nytta som ett framtida läkemedel skulle ha från folkhälsosynpunkt eftersom levercirros är ett stort globalt morbiditets- och mortalitetsproblem.

Men skall vådan av vårt förhållnings-sätt till mat – hur svårt det än kan vara att sluta »gå i kylskåpet« – lösas på artificiell väg? Skall vi tillåta oss att kunna

leva livsfarligt med överätning i kombination med ett stillasittande liv och sedan förvänta oss att bli räddade av ett nytt, skattesubventionerat läkemedel?

Detta inlägg skall inte betraktas som forskningsfientligt; att förstå och styra över cellaktiveringen är en fascinerande intellektuell utmaning. Vad gäller behandling av överviktsrelaterad steatos och den påföljande risken att utveckla cirros känns det dock här som att gå inte över ån efter vatten utan runt en hel ocean, när det »endast« handlar om att påverka kvantitet och kvalitet på den föda som passerar munhålan samt att mer nyttja den muskulatur som vi fått oss till skänks. I dagsläget verkar det

vara lättare att styra över cellaktivering än över kroppsaktiveringen.

Om ett läkemedel i framtiden kommer att bli aktuellt finns också risken att den finstämda biologiska balansen rubbas och andra, nya medicinska problem ser dagens ljus – jämför effekterna av de läkemedel som utvecklades för cox-2-hämning!

När BMI stiger mot 35, kommer vi då i framtiden att ladda dosetten med inte bara lipid-, blodtrycks- och glukossänkande mediciner utan även anticirrospiller?

**Peter Benno**  
leg läkare, Stockholm  
Peter.Benno@endoskopienheten.se