

Kan urologer lära sig färgdopplerultraljud av testiklar?

Skrotal exploration vid misstanke om testistorsion bekräftade diagnosen hos bara 9 procent av patienterna i ett västsvenskt material nyligen redovisat av Boman och medarbetare i LT [1]. Detta är en betydligt mindre andel jämfört med liknande publicerade material och med de 33 procent testistorsion som förelåg vid akut skrotal exploration i en nyligen genomförd irländsk studie refererad i artikeln [2]. Att akutoperera 9 »i onödan« för att hitta en torsion är naturligtvis otillfredsställande.

Färgdopplerultraljud

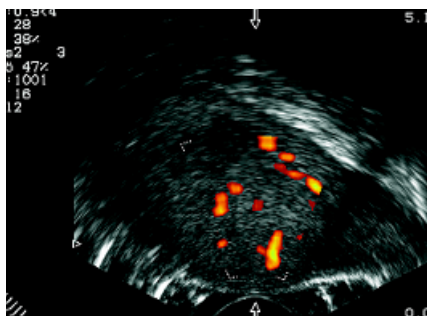
Mot bakgrund av data i litteraturen menar Boman och medarbetare att färgdopplerultraljud skulle förbättra den preoperativa diagnostiken, åtminstone för de patienter där misstanken om testistorsion inte är mycket stark och där exploration bör komma till stånd utan fördröjning. Författarna menar vidare att andelen negativa explorationer skulle kunna reduceras med en selektiv användning av färgdopplerultraljud. Med ökade möjligheter för radiologisk utredning och intervention ökar emellertid behovet av radiologisk expertis, medan tillgången är begränsad och vissa urologkliniker idag därför t ex inte längre har möjlighet till daglig röntgenrond.

God tillgång på transrektalt ultraljud

Tillgången på utrustning för transrektalt ultraljud vid urologmottagningar i Sverige kan generellt sägas vara god, med ett ökat användande i takt med att allt fler patienter blir föremål för PSA-provtagning. De flesta av dessa ultraljudsapparater är utrustade med en rektalprob med variabel frekvens (5–7,5 MHz) som lämpar sig för testikelultraljud, och de flesta av dessa har färgdopplerfunktion som standard; många har även power-dopplerultraljud. Dylig utrustning finns idag tillgänglig vid åtminstone tjugotalet kliniker i Sverige (källa: B-K Medical).

Värdefull undersökning

Vi upplever det värdefullt att utföra akut skrotalundersökning med rektalprob på urologmottagningen av patienter med skrotala smärtor, där ingen stark misstanke om testistorsion föreligger. Identifiering av cirkulation i testikeln och eventuell hyperemi i epididymis sekundärt till epididymit kan ge stöd för att avstå från exploration. Oftast föreligger en normal kontralateral testikel som intern kontroll för den ovane (icke-radiologen/urologen) som ett stöd i ultraljudsdiagnostiken. Med ökad medvetenhet om metodens tillgänglighet och med riktad



Hyperemi i testikel med testikelcancer hos man som söker med molvärk i höger testikel.



Rektalprob för transrektalt ultraljud.

utbildning av urologer tror vi att metoden kan användas för att minska andelen akuta skrotala explorationer där torsion inte föreligger.

Fredrik Liedberg

specialistläkare

fredrik.liedberg@skane.se

Bengt Uvelius

överläkare;

*båda vid urologkliniken,
Universitetssjukhuset i Lund*

Replik:

Där utrustning eller kunskap saknas fordras bra samarbete med röntgenkliniken

Det är, som Liedberg och Uvelius skriver, sannolikt ett väl så bra alternativ att den läkare som initialt ser patienten utför en färgdopplerundersökning.

En stor andel av patienter med akut insättande skrotala smärtor kommer emellertid till sjukhus där de undersöks av allmänkirurger eller urologer som inte har tillgång till den utrustning som behövs och som inte heller vet hur man gör en färgdopplerultraljudsundersökning. Det är då angeläget att ha ett bra samarbete med respektive röntgenklinik och att man där utvecklar och underhål-

ler sin kompetens för färgdopplerultraljud vid akuta skrotala smärtor.

Hans Hedelin

*FoU-centrum och urologkliniken,
Kärnsjukhuset Skövde
hans.hedelin@vgregion.se*

Robert Dahlberg

kirurgkliniken, Lidköpings lasarett

Hans Boman

kirurgkliniken, Alingsås Lasarett

Hur skulle ni själva göra?

Diskussionen mellan Peter Nilsson och Arne Melander-Gunnar Ågren om primärprevention (LT 8/2005, sidorna 576-9 och LT 10/2005, sidorna 783-5) är naturligtvis högintressant för mig som allmänläkare. Peter Nilssons inlägg tycker jag präglas av måttfullhet, sunt förnuft och kunnsighet. För min egen del har hans inlägg bringat en hel del klarhet i detta komplexa område.

Med anledning av deras argumentation vill jag fråga Melander-Ågren: Om någon av er befanns ha följande riskprofil: blodsocker upprepade 6,0–6,5, blodtryck 160/95–100, upprepade total kolesterolvärden 6,5–6,8, pappa haft »ålderssocker« och flera på hans sida fick stroke när de var kring 75 år.

Handen på hjärtat – förutom att förbättra er livsstil, skulle ni verkligen av-

stå från blodtrycksmedicin och statin? I så fall, är ni då medvetna om vilken risk ni skulle ta?

För min del är det i alla fall ingen tvekan. Jag skulle be min doktor skriva

ut enalapril och simvastatin om han inte själv föreslog det.

Kurt Hedlund

*allmänläkare, Vällingby läkarhus
kurt.hedlund@mailbox.swipnet.se*

Replik:

Ändrad livsstil saknar biverkningar och ger höjd livskvalitet

II Det är möjligt att Peter Nilssons kommentar med anledning av vårt inlägg »Prevention på villovägar« kan uppfattas som måttfull, förnuftig och kunnig. Samtidigt var den dock helt irrelevant som kritik och analys av vårt inlägg och den NEPI-rapport som inlägget refererade [1]. Dessa gällde nämligen den låga effektiviteten av primär prevention med läkemedel vid lindrig, okomplicerad hypertoni eller hyperkolesterolemi hos i övrigt friska människor utan andra riskfaktorer. Hedlund gör samma misstag som Peter Nilsson: båda tar upp något annat än vad saken gäller.

Hedlunds patient är inte frisk

Den individ Hedlund beskriver är för det första inte frisk; han har typ 2-diabetes (blodsocker upprepat >6,0). Han har dessutom herediterat för samma sjukdom och för en av dess risker (stroke). Därtill har han högt total kolesterol och ett blodtryck som tyder på att han torde ha hela det metabola syndromet (vi får förmoda att han har bålftema, insulinresistens och nedsatt fibrinolys också). Därför ska han behandlas, och det ordentligt.

Om vederbörande är rökare skulle vi lägga mycken energi på att få honom

rökfri. Sedan skulle vi försöka påverka hans livsstil i övrigt. Om våra ansträngningar inte var tillräckligt framgångsrika skulle vi efter moget övervägande ordinera 12,5 mg klortalidon (om det funnits kvar i Sverige; nu får vi nöja oss med 12,5 mg hydroklortiazid), eftersom detta visats vara särskilt gynnsamt mot makrovaskulär sjukdom hos diabetiker med hypertoni [2].

Sannolikt skulle vi efter en tid komplettera detta med 20 mg enalapril, vilket också skulle motverka den eventuella hypokalemi och därmed sammanhängande glukosökning (sannolikt dock helt ofarlig) som klortalidon/hydroklortiazid kan, men inte måste, åstadkomma. Om hans kolesterol envisas med att ligga över 6,5 skulle vi ordinera pravastatin eller atorvastatin, den förra den enda statin som har dokumenterad primärpreventiv effekt hos medelålders män [3], den senare med dokumenterad nytta just hos diabetiker [4].

Emellertid skulle vi samtidigt bekymra oss om vilka långsiktiga negativa konsekvenser denna odokumenterade trippelmedicinering skulle kunna ha, särskilt som den lätt skulle kunna bli en kvadrupelmedicinering om även met-

formin aktualiseras. Det är bekymmer av ett slag man slipper med adekvat livsstilsomläggning.

Den stora skillnaden mellan att lägga om levnadsvanor och att behandla med läkemedel är att förändrade levnadsvanor också bidrar till en förhöjd livskvalitet. Tyvärr saknas starka ekonomiska intressen som marknadsför en hälsosam livsstil på ett adekvat sätt.

Arne Melander

professor, chef för NEPI

Gunnar Ågren

generaldirektör, Statens folkhälsoinstitut

Referenser

1. Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. Nepi-Rapport 2004.
2. Melander A. Kamrater! Någon jävla ordning får det vara på blodtrycksområdet! Läkartidningen 2005; 102:1068-70.
3. Shepherd J, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, McKillop JH, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.
4. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HAW, Livingstone SJ, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the collaborative atorvastatin diabetes study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96.

Jag känner stort förtroende för sjukhusledningens förmåga att hantera sammanslagningen av KS och Huddinge

II Läkartidningen 17/2005 (sidan 1302) refereras till en debatt som jag medverkade i i samband med Stockholms läkarförenings årsmöte. Under debattens gång blev jag hårt ansatt av läkare som var missnöjda med personalsituationen på Karolinska sjukhuset.

Min uppfattning är att det finns skäl för oss politiker att ta personalens missnöje på allvar. Det är självfallet så att fusionen mellan Huddinge och Solna samt besparingsbetingen medför förändringar som orsakar missnöje. Om det missnöjet kvarstår under längre tid så måste politiken ingripa.

Verksamhetsmässiga skäl

Efter debatten blev jag intervjuad av Läkartidningens utsända. Jag måste dock säga att jag blir något upprörd över hur mina uppfattningar refereras i tidningen.

I artikeln hävdas att jag ser endast ekonomiska motiv till sammanslagningen. Det är riktigt att jag blev beskyldd för att ha den uppfattningen i debatten, vilket jag förnekade. Jag anser att det finns såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga skäl till varför fusionen är lämplig. Min övertygelse är att universitetssjukhusverksamheten i Stockholm tjänar på fusionen av Huddinge och Solna.

Förtroende för ledningen

Artikeln låter antyda att jag inte skulle känna förtroende för sjukhusledningen. Det påståendet gör mig beklämd och förbannad. I synnerhet som jag i intervjun underströk att jag känner stort förtroende för sjukhusledningen och det svåra arbete som den utför. Jag underströk dessutom att jag är övertygad om att sjukhusledningen kommer att kunna

hantera det missnöje som helt naturligt uppstår under förändringsprocessen.

Dag Larsson

*landstingsråd (s),
Stockholms läns landsting
dag.larsson@politik.sll.se*