

är postoperativ lungembolism inte utrotad, även om frekvensen dödlig lungembolism i dag med rutinmässigt införd profylax är mycket låg [1]. En fråga är om förändringar i profylaxrutiner vid Helsingborgskliniken medvetet eller omedvetet medförde en ökad klinisk observans. Diagnosen lungembolism är ju erkänt svår. Man undrar hur det var första halvåret efter profylaxbytet?

Nu är rutinen åter ändrad, så att man återgått till preoperativ profylaxstart men bibehållit tinzaparin. Det är förstas intressant att invänta om lungembolifrekvensen sjunker, även om slutsatser måste vara försiktiga på grund av eventuella tidsmässiga fluktuationer. I en likartad klinisk situation fick K-G Ljungström på Danderyds sjukhus stöd för att dextran minskade risken för postoperativ dödlig lungembolism [2] – ett naturens eget experiment.

**Bytet av substans** från enoxaparin till tinzaparin har rimligen endast marginell, om ens någon effekt. Även om varje lågmolekylärt heparin måste visa sin egen effekt och biverkningsdokumentation finns det egentligen inga data som tyder på kliniska skillnader av vikt. De olika lågmolekylära heparinerna kan betraktas som likvärdiga även om, – det ska villigt tillstås, direkta randomiserade jämförelser i tillräckligt stora kliniska studier saknas.

**Byte från** pre- till postoperativ start är en intressant fråga. När profylaxmetoder började införas var det närmast ett axiom att pre- eller åtminstone peroperativ start var viktig, därför att olika patofysiologiska studier gjorde troligt att en viktig period i trombosutvecklingen är under operationen, med en kombination av venstas och koagulationsaktivering, och i vissa fall också en venskada. På grund av rädslan för blödningar, framför allt i Nordamerika, kom det studier som visar att även

postoperativ start är effektiv [3]. En direkt randomiserad studie mellan pre- och postoperativ start visade ingen skillnad i trombosfrekvens vid elektiv höftkirurgi [4], och en metaanalys av samma författargrupp visade att den optimala starttiden låg mellan någon timme preoperativt till cirka 10 timmar postoperativt [5].

De relativt många studier som nu finns med orala hämmare av faktor IIa eller faktor Xa har visat att postoperativ start är åtminstone likvärdig med preoperativ start av lågmolekylära hepariner [6]. Utan att här ta ställning till de nya substanserna har studierna klart visat att postoperativ start är effektiv.

**En viktig synpunkt** som författarna tar upp är om man kan extrapolera resultat från ortopediska studier till så kallade allmänkirurgiska patienter. Ofta kan man nog det, men frågan har intressant och principiellt studie-teoretiskt intresse, vilket jag ofta påpekat för representanter för profylaxindustrin när det gäller att lägga upp studier.

Det är numer rutin att man börjar ett studieprogram på ortopedisk kirurgi (höft- och knäplastik), där man förvisso har en mycket standardiserad trombosmodell med hög trombosrisk utan profylax.

Detta gör att man kan få profylaxindikationen godkänd relativt snabbt på dessa patientgrupper men inte på högrisk allmänkirurgi, till exempel cancer inom buk och bäcken. Det kan bli en fördrojning på något år. Detta i sin tur kan leda till logistiska problem på operations- och intensivvårdsavdelningar med olika profylax till olika patientgrupper. Det optimala vore säkerligen att parallellt studera olika högriskgrupper inom ortopedi och buk-bäck-enkirurgi.

**Författarna nämner** behovet av förlängd profylax för vissa patientgrupper, och jag är den

förste att hålla med. Dock hade väl en sådan rutin inte påverkat lungemboliotvecklingen hos de refererade patienterna, där alla embolier uppträdde inom 10 dagar postoperativt.

**Profylaxförändringarna** vid Helsingborgskliniken utfördes i enlighet med »nationella riktlinjer« Jag förmodar att här avses Socialstyrelsens riktlinjer för vård av blodpropp/venös tromboembolism 2004. För klarhets skull angavs i dessa riktlinjer valmögjligheten till pre- eller postoperativ start. Däremot tog Socialstyrelsen inte ställning till preparatval – detta är en angelägenhet för lokala vårdprogram.

**David Bergqvist**  
professor emeritus  
i kärllkirurgi, kirurgiska kliniken,  
Akademiska sjukhuset,  
Uppsala  
david.bergqvist@surgsci.uu.se

**REFERENSER**

1. Milbrink J, Bergqvist D. The incidence of symptomatic venous thromboembolic events in orthopaedic surgery when using routine thromboprophylaxis. *Vasa*. 2008; 37:353-7.
2. Ljungström KG. Dextran prophylaxis of fatal pulmonary embolism. *World J Surg*. 1983;7:767-72.
3. Turpie A, Levine M, Hirsh J, Carter C, Jay R, Powers P, et al. A randomized controlled trial of a low-molecular-weight heparin (enoxaparin) to prevent deep-vein thrombosis in patients undergoing elective hip surgery. *N Engl J Med*. 1986;315:925-9.
4. Hull RD, Pineo GF, Francis C, Bergqvist D, Fellenius C, Soderberg K, et al. Low-molecular-weight heparin prophylaxis using dalteparin extended out-of-hospital vs in-hospital warfarin/out-of-hospital placebo in hip arthroplasty patients: A double-blind, randomized comparison. *North American Fragmin Trial Investigators. Arch Intern Med*. 2000;160:2208-15.
5. Hull RD, Pineo GF, Stein PD, Mah AF, MacIsaac SM, Dahl OE, et al. Timing of initial administration of low-molecular-weight heparin prophylaxis against deep vein thrombosis in patients following elective hip arthroplasty: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2001;161:1952-60.
6. Geerts W. Prevention of venous thromboembolism: A key patient safety priority. *J Thromb Haemost*. 2009;7 Suppl 1:1-8.



Läkaren bör trösta och lindra, inte släcka hopp.

»Alltid trösta och lindra ...«

■ En cancersjuk vän fick här omdagen detta besked av sin läkare: »Du lever inte till jul.« Därmed släcktes hans hopp, och humöret gick i botten. Säger man så till en patient? Vi tycker inte det.

**Nisse Simonson** är en klok man och kirurg (en vanlig kombination) som numera skriver böcker. I den senaste, »Varför mår vi så dåligt när vi har det så bra?« (Brombergs; 2008), påpekar han vad alla som kan sin medicinska statistik borde veta: Statistiska medeltal gäller inte för enskilda patienter. Författaren ger flera kliniska exempel på det. Ett fall i vår bekantskapskrets: En kvinna fick i samband med cancerbehandling prognosen två års överlevnad. Det var 1993. Hon lever nu, 16 år senare, i god form till glädje för barn och barnbarn, släktingar och vänner.

**Man bör alltså avhålla sig** från att ge överlevnadsprognoser när svårt sjuka patienter ställer sådana frågor. Man kan, som Nisse Simonson anger, undvika svaret genom att t ex i stället säga att patienten måste komma på täta kontroller de närmaste åren. Nisse Simonson har i sin bok många kloka synpunkter på relationen läkare-patient. Alla kolleger borde läsa boken och ta till sig råden.

**Ulf Lindsjö**  
docent i ortopedisk kirurgi,  
Uppsala  
ulf@lindsjo@hotmail.com

**Folke Nilsson**  
docent i kirurgi, Skanör