

Smärta lång tid efter operation för bröstcancer

Många kvinnor som opereras för bröstcancer upplever smärta kring och i det opererade området flera år efter ingreppet. Det visar en studie som presenteras i tidskriften JAMA.

Studien har gjorts på ett danskt material och omfattar 3 253 danska kvinnor som opererades för unilateral primär bröstcancer under 2005 och 2006. Under våren och sommaren 2008, alltså omkring två år efter ingreppet, svarade kvinnorna på ett formulär med frågor om huruvida de upplevde smärta från det opererade området. Det visade sig att så många som 1 543 av de 3 253 kvinnorna, vilket motsvarar 47 procent, angav att de upplevde smärta i området vid uppföljningen. Smärtan graderades i en 10-gradig skala där 10 (precis som i VAS-skalan) var värsta tänkbara smärta. Poäng mellan 8 och 10 definierades som svår smärta. Av samtliga som angav smärtproblem graderade 13 procent den som svår, medan 39 procent graderade den som medelsvår/moderat, vilket betydde en poäng på 4–7 på den 10-gradiga skalan. Resterande 48 procent angav smärtan som lätt, dvs 1–3 poäng.

Att ha genomgått mastektomi var korrelerat med högre sannolikhet för svår smärta. Likaså var axillutrymning



Illustration: Paul Brown/SBL/IBL

Nästan hälften av deltagarna i den aktuella studien uppgav att de hade smärta från det opererade området två år efter ingreppet.

och om patienten vid sidan av det kirurgiska ingreppet även genomgått strålbehandling faktorer som var korrelerade med högre risk för svår smärta. Yngre patienter graderade överlag smärtan som värre än äldre. Värt att notera i övrigt är att 20 procent av alla kvinnor som angav smärta uppgav att de sökt läkare för smärtan under de senaste tre månaderna. Vid sidan av att 47 procent

av kvinnorna angav smärtproblematik angav en större grupp, 58 procent av samtliga, att de led av känselstörningar i och kring det opererade området. Det var vanligare med känselstörningar hos kvinnor som var unga och som genomgått mastektomi. Däremot var inte känselstörningar vanligare bland kvinnor som strålbehandlats vid sidan av det kirurgiska ingreppet.

Det är känt sedan tidigare att upp mot hälften av de kvinnor som opereras för bröstcancer drabbas av smärta i området i efterförloppet. Faktorer som ålder, socioekonomisk status samt pre- och postoperativ smärta i direkt anslutning till ingreppet har hittills visats påverka risken att drabbas av smärta efter en bröstcanceroperation. Den aktuella studien visar att denna smärta tenderar att bli långvarig för många patienter. Varför vissa kvinnor drabbas av långvarig smärta efter att ha opererats för bröstcancer är inte känt i detalj, konstaterar författarna, som vill se fler studier inom fältet.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

JAMA. 2009;302(18):1985-92.

Ännu oklart om rektalcancer kan opereras laparoskopiskt

Vid kirurgi för rektalcancer är den laparoskopiska metoden (titthålskirurgi) kontroversiell. I en nyligen publicerad spansk randomiserad studie från universitetssjukhuset i Murcia jämfördes laparoskopisk och öppen operation av rektalcancer. Vad gäller komplikationer, andel med bevarad tarmkontinuitet och långtidsöverlevnad förelåg inga skillnader.

Mellan 2002 och 2007 randomiserades 204 patienter till öppen eller laparoskopisk metod och opererades av samma kirurgiska team. Patientgrupperna var jämförbara, och de laparoskopiska operationer som fick konverteras till öppen operation (8 procent) analyserades enligt behandlingsintentionen i den laparoskopiska gruppen.

Studiens viktigaste resultat var att det med en uppföljningstid på i medeltal knappt tre år inte förelåg några skillnader mellan grupperna vad gäller risk för lokalt canceråterfall (lokalrecidiv), risk för fjärrmetastaser eller långtidsöver-

»Vid kirurgi för rektalcancer är den laparoskopiska metoden ... kontroversiell.«

levnad. Det var heller ingen skillnad avseende andel med bevarad tarmkontinuitet (ca 75 procent) eller avlastande stomi (ca 60 procent). Laparoskopisk operation medförde något mindre blödning, längre operationstid och tendens till kortare vårdtid än öppen operation. För postoperativa komplikationer inklusive läckage i tarmskarven, akut omoperation och död inom 30 dagar förelåg inga skillnader. Författarnas konklusion är att rektalcancerkirurgi kan utföras laparoskopiskt men att detta kräver stor erfarenhet av både laparoskopisk och öppen rektalcancerkirurgi. För att bekräfta resultaten i den egna studien efterlyser författarna också större randomiserade studier.

Detta är en vetenskapligt och i praktiken väl genomförd studie. Styrkan är

randomiseringen. Svagheter är att endast ett sjukhus deltagit, att uppföljningstiden, som författarna också påpekar, är för kort och att förekomst av ärrbräck inte redovisats. Det kan noteras att det redovisade komplikationspanoramats och andelen patienter med någon typ av komplikation är mycket jämförbara med resultaten från det svenska rektalcancerregistret (SRCR). En skillnad i utfall är dock den högre andelen patienter som erhöll bevarad tarmkontinuitet i den spanska studien. Författarnas önskemål om större studier som jämför laparoskopisk och öppen rektalcancerkirurgi kommer att uppfyllas då flera sådana studier pågår, varav en, COLOR II [Dan Med Bull. 2009;5(2):89-91], nyligen randomiserade sin tusende patient av 1 275 planerade.

Peter Matthiessen

överläkare, kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset, Örebro

Lujan J, et al. Br J Surg. 2009;96(9):982-9.