

Antikoagulantia i tre månader oftast tillräckligt

De flesta patienter som haft venös tromboembolism kan avsluta antikoagulationsbehandlingen efter tre månader, det menar man i en metaanalys i BMJ.

Den optimala längden för antikoagulationsbehandling efter djup ventrombos eller lungemboli är oklar. Det har visserligen visat sig att recidivfrekvensen ökar betydligt om behandlingstiden bland oselektade patienter förkortas från 3–6 månader till 1–1,5 månader. Men de flesta studier har bara jämfört två behandlingstider.

I en metaanalys som kombinerade data från sju randomiserade studier, bla ODAC- och DURAC-studierna, har nu en internationell forskargrupp undersökt vad som kan vara optimal längd på warfarinbehandling. Studierna inbegrep sammanlagt 2925 patienter som hade haft venös tromboembolism en första gång.

Patienterna fick inte ha någon cancersjukdom. INR-målvärdena var mellan 2,0 och 3,0 och uppföljningstiden 10–24 månader. Tromboserna kategoriserades som antingen provocerade (efter en tillfällig riskfaktor som kirurgi, gipsning) eller oprovocerade.

Återfall i djup ventrombos eller lungemboli visade sig vara mindre vanliga efter distal djup ventrombos än efter proximal. Återfallsrisken var däremot ungefär densamma efter proximal djup ventrombos som efter lungemboli men var lägre för provocerad trombos än för oprovocerad. Återfall var vanligare i grupper som behandlats 1–1,5 månader (hazard-kvot 1,52; 95 procents konfidensintervall 1,14–2,02) men densamma om behandlingen avslutades efter 3 månader eller efter ≥6 månader (hazard-kvot 1,19; 95 procents konfidensintervall 0,86–1,65).

Bland dem med provocerad, isolerad distal djup ventrombos var återfallsrisken inte högre med bara 1–1,5 månaders behandling. Bland dem med oprovocerad proximal djup ventrombos eller lungemboli var återfallsrisken något

»Den optimala längden för antikoagulationsbehandling efter djup ventrombos eller lungemboli är oklar.«

Även liten mängd blod i feces ökar risken för koloncancer

Att leta spår efter blod i avföringen är som bekant en metod för att screena för koloncancer. Men kan ett negativt resultat, dvs om avföringen inte visats innehålla tillräckligt med blod för att nå över brytpunkten, ändå säga något om risken för cancer i kolon? Den frågan har en grupp forskare från Taiwan ställt sig.

Forskarna presenterar sina rön i *Lancet Oncology* och visar att även små mängder blod, under de nivåer som vanligen sätts som brytpunkter, kan kopplas till ökad malignitetsrisk under flera år efter den initiala screeningen.

Det immunkemiska iFOBT-testet (immunochemical faecal occult blood test, även känt som faecal immunochemical test/FIT) används ofta vid feces-Hb-screening. En vanlig brytpunkt för vad som betraktas som positivt utslag för Hb i avföringen är 100 ng/ml.

Den aktuella studien är prospektiv och påbörjades 2001. Studien omfattar 45 992 personer mellan 40 och 69 år som screenats för blod i avföringen med iFOBT. Av dessa hade 44 324 negativt resultat, dvs ett Hb som understeg 100 ng/ml. 814 individer hade ett värde på ≥100 ng/ml, men ingen malignitet påvisades vid påföljande koloskopi. 854 individer hade ett värde på ≥100 ng/ml men avböjde koloskopi.

Deltagarna följdes under i genomsnitt 4,4 år, och författarna har tittat på hur många som drabbas av neoplas i kolon. Resultaten kan sammanfattas med att det fanns en korrelation mellan nivån av Hb i avföringen och risken för neoplas även för värden som understeg 100 ng/ml. För gruppen som hade ett värde på 1–19 ng/ml noterades 1,74 neoplasier per 1000 personår. Det ska jämföras med 7,08 per 1000 personår för värden mellan 80 och 99 ng/ml vid screeningen.

Det innebär såldes att malignitetsris-

högre i 3-månadersgruppen än i ≥6-månadersgruppen. Dock kvarstod återfallsrisken som hög oavsett när behandlingen i denna grupp avslutades.

Författarna menar därför att de flesta patienter kan avsluta behandlingen efter 3 månader (ibland efter 1–1,5 måna-

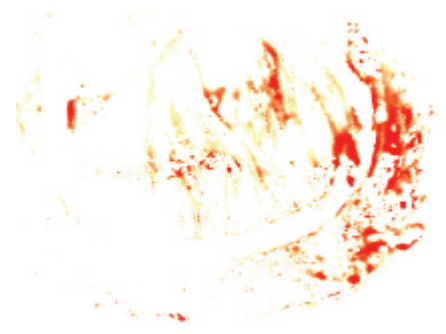


Foto: Colourbox

Utgångsvärdet för Hb i feces, även vid nivåer som anses normala, skulle kunna användas för att dela upp människor i olika riskgrupper för koloncancer, menar artikel-författarna.

ken var drygt tre gånger så hög (hazard-kvot = 3,41) i den sistnämnda gruppen som i gruppen med lägst nivåer av Hb – detta trots att samtliga hade ett Hb som understeg det värde som normalt används som brytpunkt för om någon har blod i avföringen.

Högst cancer risk noterades, kanske inte så förvånande, för individer som haft ett screeningvärde på ≥100 ng/ml men som avböjde koloskopi. Där var risken för neoplas ökad med drygt 8 gånger (hazard-kvot = 8,46) jämfört med individerna med ett screeningvärde mellan 1 och 19 ng/ml. Resultaten står sig även efter att författarna justerat för faktorer som ålder, kön, BMI och hereditet.

Författarna skriver att utgångsvärdet för Hb i feces, även vid nivåer som betraktas som normala, skulle kunna användas för att dela upp människor i olika riskgrupper för koloncancer. Dessa grupper kan sedan följas olika noggrant beroende på risken för malignitet.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Chen LS, et al. *Lancet Oncol.* 2011;12:551-8.
doi: 10.1016/S1470-2045(11)70101-2

der). Vid vissa trombosgrupper är dock risken för återfall hög oavsett när behandlingen avslutas.

Karin Sundström
läkare, doktorand

Boutitie F, et al. *BMJ.* 2011;342:d3036.
doi: 10.1136/bmj.d3036