

## Endovaskulär behandling är visst bättre än öppen kirurgi för många patienter med bukaortaaneurysm

Läkartidningens medicinska kommentar belyste nyligen endovaskulär operation av bukaortaaneurysm (EVAR) [1]. Författarna ger intryck av att tekniken saknar fördelar jämfört med öppen kirurgi för flertalet patienter. Till skillnad från Rabbe Takolander och Peter Konrad tycker vi att det är roligt att konstatera att EVAR är både mindre traumatiskt och tryggare än öppen operation. Detta är enligt vår mening visat i två randomiserade studier med nivå 1-evidens, nämligen den engelska EVAR 1 [2] och holländska DREAM trial [3].

**EVAR 1-studien**, som refererades i Läkartidningen, visar att 30-dagars mortaliteten var 1,7 procent efter endovaskulär och 4,7 procent efter öppen operation av bukaortaaneurysm ( $p < 0,009$ ). Dödligheten har med andra ord reducerats med nästan 2/3. Skillnaden i aneurysmrelaterad mortalitet kvarstod under studiens fyraåriga uppföljningstid. Dessa fina resultat uppnåddes trots att medverkande centrum hade relativt begränsad endovaskulär verksamhet med i genomsnitt ca tio EVAR per år!

**Endast 37 procent** av patienterna uteslöts ur EVAR 1-studien på grund av olämplig anatomi. S k endoläckage (fortsatt perfusion av aneurysmet) påvisades visserligen hos 23 procent av patienterna efter EVAR men krävde oftast ingen behandling. När åtgärd är indicerad kan de flesta endoläckage åtgärdas endovaskulärt, dvs perkutant i lokalbedövning. Reinterventionerna efter öppen aneurysmoperation bestod däremot till 89 procent (32/36) av öppna kirurgiska ingrepp, och allvarliga komplikationer såsom dialyskrävande njursvikt var dubbelt så vanliga. Frekvensen av postoperativa reinterventioner var snarlika i båda grupperna (7 respektive 6 procent).

**Kostnaderna** för den endovaskulära behandlingen var visserligen något högre, men ligger redan i studien på ungefär samma nivå som för öppen operation (10 819 respektive 9 204 euro). Detta trots att medelvärdtiden efter EVAR var exceptionellt lång, nämligen 10 dagar. Vårdtiden efter EVAR är numera hälften så lång och intensivvård behövs sällan, ett perspektiv som gör den nya tekniken kostnadseffektiv redan idag. Ytterligare en faktor som talar för endo-

vaskulär behandling ekonomiskt är att merparten av kostnaden utgörs av själva kärilprotesen (stentgraften) där prisfall förväntas i analogi med vad som varit fallet för andra stentar.

Omkostnaderna i efterföljandet till endovaskulär behandling utgjordes i EVAR 1-studien till stor del av röntgenkontroller. Täta kontroller är numera sällan motiverade på grund av dagens goda behandlingsresultat. Det är riktigt att långtidsresultat efter EVAR saknas ännu och är angelägna, men studiens fyraåriga uppföljning ger viktig information om denna patientgrupp vars medelålder var 74 år.

**Sammanfattningsvis** kan miniinvasiv endovaskulär behandling erbjudas en stor andel av våra bukaortaaneurysmpatienter på goda grunder, inkluderande bl a EVAR 1-studien med lägre sjukdomsrelaterad mortalitet än vid traditionell, transabdominell kirurgi.

**Martin Malina**

docent, överläkare, kärilkirurgiska sektionen, kärilkliniken samt endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
martin.malina@med.lu.se

**Linus Blohmé**

överläkare, kärilkirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

### Replik:

## EVAR-behandling ett stort framsteg men fakta skall inte övertolkas

Vi har med spänning tagit del av inlägget som är författat av representanter för landets endovaskulära etablissemang. I själva verket hade vi hoppats på ett genmäle angående EVAR 1 och EVAR 2.

**Rent principiellt** är det värt att konstatera att två regelrätt utförda randomiserade studier med nivå 1-evidens kan tolkas på flera olika sätt. På det välrenommerade senaste Charing Cross-mötet kallades fenomenet »cherry picking«. Med andra ord kan lämpliga och passande delar av en undersökning extraheras och framföras som sanning. Ett exempel på detta är mortalitetssiffrorna efter fyra års uppföljning mellan endovaskulära och opererade patienter där skillna-

**Mårten Falkenberg**  
med dr, överläkare, kärilkirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

**Krassi Ivancev**  
professor, endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

**Thomas Larzon**  
överläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro

**Tim Resch**  
med dr, avdelningsläkare

**Björn Sonesson**  
docent, överläkare; båda vid kärilkirurgiska sektionen, kärilkliniken samt endovaskulära sektionen, diagnostiskt centrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

### REFERENSER

1. Takolander R, Konrad P. Endovaskulär teknik vid aortaaneurysm. Resultat av två randomiserade studier. Läkartidningen 2006;103:910-1.
2. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2179-86.
3. Blankensteijn JD, de Jong SE, Prinssen M, van der Ham AC, Buth J, van Sterkenburg SM, et al; Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. Two-year outcomes after conventional or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2005;352:2398-405.

derna i EVAR 1 bevisligen inte varit statistiskt signifikanta [1], i motsats till vad inläggets författare hävdar.

Eftersom även DREAM-studien nämns (som det inte ingick i vår uppgift att referera) kan det vara på sin plats att påpeka att den inte var avsedd att utvärdera resultaten på lång sikt och inte heller har den statistiska kraften att göra det [2].

**De av oss refererade studierna** har varit efterlängtade efter några år av explosiv utveckling av endovaskulär verksamhet. För oss som verkligen tror på metoden (på Södersjukhuset utförs cirka 40 EVAR-ingrepp om året, hälften av alla behandlade aortaaneurysm) innebar

därför resultaten trots allt en viss besvikelse.

Detta överensstämmer också med den allmänna synen som återgivits på det tidigare nämnda Charing Cross-mötet där auktoriteter inom den endovaskulära verksamheten argumenterat kring dessa två studier. I en avslutande omröstning bland de cirka 1 500 kärkirurgererna och endovaskulära interventionalisterna gav 55 procent uttryck för en viss försiktighet för överdriven optimism för EVAR-behandling.

En ytterligare överraskning i studien är livskvalitetsundersökningen där man hade förväntat sig en större glädje för patienten med en enkel och smärtfri lösning för ett livshotande tillstånd. Att vara bunden till sin sjukdom med årliga kontroller bidrar säkerligen till detta faktum.

**Kostnadsaspekterna är** högst väsentliga, och beträffande dessa kan vi referera till

**Kostnadsproblematiken går inte att avfärda med antaganden om framtida prissänkningar på stentgraft. I själva verket är ett motsatt scenario möjligt (...)**

Jack Cronenwett. I sin kommentar till EVAR I påpekade han angående den 3-procentiga skillnaden i mortalitet efter fyra års uppföljning (som inte är signifikant) att denna skillnad fordrade en ökning av de kumulativa sjukhuskostnaderna med 33 procent utan att man fick motsvarande fördel i livskvalitet [3]. De ökade kostnaderna beror naturligtvis till en del på de efterundersökningar som krävs efter EVAR. I dagens läge kan det inte betraktas som etiskt oantastligt att lämna en EVAR-patient utan uppföljning.

**Kostnadsproblematiken** går inte att avfärda med antaganden om framtida prissänkningar på stentgraft. I själva verket är ett motsatt scenario möjligt, nu när vi åtar oss att stentgraftbehandla mera/flera komplicerade aneurysm med ofta specialtillverkade grafter, vilkas kostnader inte haft någon tendens att sjunka.

Även vår bestämda uppfattning är att

en EVAR-behandling är ett stort framsteg för den aktuella patientgruppen. Vi önskar se en vidareutveckling av metoden, men vi tror inte det är till nytta för EVAR-tekniken att övertolka vissa fakta. För det är just fakta vi har refererat, och vi vill understryka att vi värjt oss för journalistiskt inflytande.

**Rabbe Takolander**

docent, överläkare  
rabbe.tokolander@sodersjukhuset.se

**Peter Konrad**

docent, överläkare;  
båda vid kirurgkliniken,  
Södersjukhuset, Stockholm

#### REFERENSER

1. Earnshaw JJ, Murie JA. Mid-term results of endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2005;92:925-7.
2. Lederle FA. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm – Round two. *N Engl J Med* 2005;352:2443-5.
3. Cronenwett JL. Endovascular aneurysm repair: important mid-term results. *Lancet* 2005;365:2156-8.

## Grönare sjukvård målet för konferens i Stockholm

Sjukvårdens lokaler och verksamheter har en betydande miljöpåverkan och medverkar till att förstöra jordens naturliga ekosystem. Förorenad natur innebär också fara för människors hälsa. Den 29–31 maj äger CleanMed Europe rum i Stockholm. Konferensens teman är bland andra kemikalier, grönt byggande, miljöledning samt läkemedel och miljö. Arrangörer är Health Care Without Harm (HCWH), Stockholms läns landsting och Apoteket AB.

**I Bhopal, Indien** träffar jag Gary Cohen, en av initiativtagarna till HCWH och nu dess VD. Vi ses på Sambhavna, den klinik som erbjuder sjukvård åt dem som skadades 1984 då 43 ton metylisocyanat och andra giftiga gaser läckte ut från Union Carbides fabrik. 500 000 människor exponerades och minst 8 000 avled. Mellan 100 000 och 200 000 har permanenta skador.

**HCWH bildades 1996** då den nya kunskapen blev känd om kemikaliers påverkan på foster och dioxiners hormonliknande effekter. Sjukvården med sina förbränningsugnar stod för stora dioxinutsläpp. Nyfödda barn fick ftalater di-

rekt in i blodbanan via infusionsaggregaten.

Förhoppningen var att utbildning av sjukvården skulle leda till förändringar. Organisationen har rönt stora framgångar. Den hippokratiska eden och försiktighetsprincipen har segrat över motståndet från producenterna.

**I USA** har 4 000 sjukhusanslutna förbränningsugnar stängts. PVC-plast och kvicksilver fasas ut allteftersom företagen ser sig tvingade att erbjuda bättre alternativ. Miljövänliga rengöringskemikalier används. Många sjukhus har övergått till nyttig och ekologisk mat. Återanvändning av sjukvårdens datorer har påbörjats. »Den gröna guiden för sjukvården« är den första regelboken för grönt och hälsofrämjande byggande. Nästa område blir läkemedel och miljö.

**Läkarna har varit** den svåraste yrkesgruppen att engagera. Läkarna som



Gary Cohen

grupp har dålig kunskap om sambanden mellan hälsa och miljö.

**Organisationen** har motarbetats av både industrin och myndigheterna. Gary Cohen talar om sin syn på kontrasten mellan USA, där regeringen skyddar den kemiska industrin, och Sverige där regeringen skyddar människors hälsa. I USA är den officiella inställningen »Hur mycket exponering kan vi klara av?« I Sverige frågar sig myndigheterna i stället »Hur mycket exponering kan vi undvika?«

Gary använder uttrycket »shocking« om hur miljöarbete bedrivs i Sverige, som han tycker är som ett Shangri-la jämfört med USA.

För Gary är Bhopal symbolen för kampen för miljö och jämlik hälsa. Bhopalkatastrofen är den kemiska industrins Hiroshima. Vad som ändå väcker hopp är att människor inte har gett upp.

Läs hela intervjun på Läkare för Miljöns webbplats <www.dnsy.se/lfm>.

**Ingrid Eckerman**

Läkare för Miljön,  
Skarpnäck  
ingrid@eckerman.nu

## Det rätta namnet är eksem!

World Allergy Organization (WAO) och European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) föreslår nya allergidefinitioner. Man vill ersätta begreppet eksem med dermatit. Eksem skall få finnas kvar som en sammanhållande beteckning för »Besniers prurigo, barneksem, atopisk dermatit/eksem« [1].

**En patient som kommer** till min mottagning med händer som är röda, svullna, spruckna och som har förgrovad, kliande, fjällande hud har handeksem. En patient med rödfnasig hud i ögonbrynen, kring näsvingar och kanske även i skäggbotten har seborréeksem. Ett barn eller en ungdom med kliande utslag i böjveckan har ett atopiskt eksem.

Jag har svårt att acceptera att en grupp allergologer och en hudläkare med huvudintresse atopi skall få avskaffa begreppet »eksem« och ersätta det med »dermatit«. Yrkesdermatologer och andra hudläkare borde ha blivit rådfrågade. Eksem är ett bra ord. Det har gammal svensk hävd.

### Replik:

## Terminologi i förändring

Vi tackar Torkel Fischer för kommentaren. Nomenklaturförslaget har utarbetats av två internationella arbetsgrupper med flera specialiteter representerade [1, 2]. Bl a medverkade dermatologerna Carla Bruijnzeel-Koomen, Thomas Bieber, Peter Friedmann, Johannes Ring och Hywell Williams.

**Efter flera års diskussioner** med hänsynstagande och kompromissande blev arbetsgruppens förslag beträffande dermatit/eksem det som vi redovisat och som vi velat delge LTs läsare. En internationellt gemensam nomenklatur är avgö-

Det finns enligt min mening ingen anledning att vi i Sverige följer den föreslagna globala nomenklaturen för allergi och slopar vårt väl inarbetade ord eksem. Det är bra att behålla beteckningen eksem för »Besniers prurigo, barneksem, atopisk dermatit/eksem«, men dåligt att utesluta övriga eksem.

**Jag förstår arbetsgruppens oro** för att vi övriga hudläkare skall finna det opåkallat och olyckligt att byta ordet eksem till dermatit. Internationell samstämmighet i nomenklatur kräver inte denna förändring. På svenska heter det eksem.

**Torkel Fischer**

professor em yrkesdermatologi,  
Herräng  
torkel.fischer@ali.se

### REFERENS

1. Johansson SGO, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odebäck P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. Läkartidningen 2006;103:379-83.

rande för god kommunikation och förståelse, inte bara mellan länder och språkgrupper, utan också mellan läkare, forskare, patienter, politiker och nyhetsmedier.

**Carl-Fredrik Wahlgren**

docent, överläkare, hudkliniken,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
Carl-Fredrik.Wahlgren@ki.se

**SGO Johansson**

professor, överläkare,  
avdelningen för klinisk immunologi  
och transfusionsmedicin,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
S.G.O.Johansson@ki.se

### REFERENSER

1. Johansson SGO, O'B Hourihane J, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, ET AL. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001;56:813-24.
2. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004;113:832-6.

## Fler inlägg på webben

■ Vad kom ni fram till om kärnkraften?  
*Johan Fischer*

Replik: Kärnkraften som ensamt alternativ kan inte ersätta oljan  
*Tryggve Årman, Gösta Alfvén, Ingrid Eckerman*

## Förtydligande från SBU om alternativmedicin

I Thomas Flodins debattartikel i LT 18/2006 (sidorna 1452-3) hänvisas till en SBU-rapport som skulle kommentera nyttan av komplementärmedicinska metoder i allmänhet. Det kanske kan vara på sin plats med ett förtydligande.

Nyttan av komplementärmedicinska metoder granskas av SBU på samma sätt som övriga metoder – med fokus på ett specifikt ämnesområde. Exempelvis har det aktuella SBU-projektet om långvarig smärta granskat en rad alternativa eller komplementära metoder.

SBU har således inte publicerat någon rapport som på ett övergripande sätt belyser värdet av sådana metoder, oavsett indikation.

Nina Rehnqvist  
direktör, SBU

## Sluta klanka på privatanställd vårdpersonal

Det är onyanserat att, som Anita Werner gör i Läkartidningen 18/2006 (sidan 1456) antyda att privatanställd vårdpersonal inte anmäler avvikelser. Det är allmänt accepterat att det är ledningens engagemang och attityd i patientsäkerhetsarbetet snarare än ägandeformen som styr hur aktivt en enhet arbetar med avvikelser.

Sluta klanka på privat anställd vårdpersonal! Jag är övertygad om att många privata vårdgivare har en patientsäkerhetskultur och ett engagemang som är minst lika stort som det hos offentliga vårdgivare.

**Björn Zackrisson**

medicinsk chef,  
Capio Sjukvård Norden  
bjorn.zackrisson@capio.se