

När skall navelbräck remitteras till specialist?

ABC-artiklarna i Läkartidningen har sannolikt stor genomslagskraft när exempelvis allmänläkarna väljer ut vilka patienter som kommer att remitteras vidare till specialist. Det är därför särskilt viktigt att budskapen som presenteras är korrekta. Jag vill därför kommentera ABC-artikeln om främre bukväggsbräck av författarna Almqvist och Montgomery i Läkartidningen 26–27/2006 (sidorna 2054–6) och då speciellt avsnittet om navelbräck. Det står utan angivande av någon referens att »navelbräck hos vuxna har en relativt hög risk för inklämning, och de flesta anser att de bör opereras«.

En noggrann allmänläkare uppmanas således indirekt att remittera alla patienter med navelbräck till kirurgspecialist för operation. Vilken allmänläkare vill väl ta ansvar för denna relativt höga inklämningrisk? Men stämmer detta?

Jag har i över 30 års tid tagit flitigt som kirurgjour vid olika stora och små sjukhus i Sverige och Norge och känner inte alls igen artikelns beskrivning i min praktiska verksamhet. Så där värst ofta opererar jag inte inklämda navelbräck, och sällan är det skadad tarm som behöver åtgärdas.

Om prevalenssiffran 2 procent stämmer i artikeln går det omkring fler än 2 000 människor i Jönköping med navelbräck. Av dessa opererade vi förra året 34 patienter; i många fall gjordes elektiva polikliniska ingrepp hos patienter med ganska diffusa symptom. Sannolikt hade flera av dessa framför allt kosmetiska bekymmer.

Endast tre patienter fick diagnosen inklämt navelbräck. En av dessa opererades dessutom elektivt. Inga inklämda tarmslyngor rapporterades. Detta ger en inklänningsfrekvens kring 0,1 procent årligen – dessutom utan tarmskada eller större allvarlig komplikation. Är detta verkligen så högt att »... de flesta anser att de bör opereras«? Hur många inklämda ärrbräck skulle dessa 2 000 patienter få i framtiden om vi opererade alla navelbräck i Jönköping?

Nej, en bättre konklusion i ABC-artikeln vore att i stället stötta allmänläkarna med att navelbräck ofta är ett tämligen harmlöst tillstånd, som inte nödvändigt-

vis behöver remitteras. De som har besvär får givetvis gärna komma till kirurgen för operationsbedömning. De som däremot mår bra kan allmänläkaren ge lugnande besked om att utsikterna är mycket goda att de skall slippa komplikationer i framtiden.

»Profylaktisk« operation hos dessa människor är inte att rekommendera. Skulle oturen ändå vara framme kan vi lika gärna åtgärda dessa få sällsynta patienter akut.

Erik Svartholm
överläkare, kirurgiska kliniken,
Länssjukhuset Ryhov,
Jönköping

Replik:

Asymtomatiska behöver inte opereras

Vi tackar för Erik Svartholms kommentarer kring vår artikel om bukväggsbräck, och det är roligt att artikeln blivit så noggrant genomläst. Nedan presenteras bakgrunden till påståendena avseende navelbräck.

Prevalensen navelbräck hos vuxna anges till 2 procent (Velasco M, et al, Hernia. 1999;4:233-9). Samme författare anser också att alla navelbräck hos vuxna (även asymtomatiska) skall opereras på grund av relativt stor morbiditet och mortalitet i samband med akut kirurgi för navelbräck.

Mortaliteten anges i denna översiktartikel kunna uppgå till 25 procent i samband med inkarceration. Detta bygger

på ett arbete av Hjaltason från 1981 (Acta Chir Scand. 1981;147:263-7). Samme författare anger också att 17,7 procent av alla patienter med navelbräck drabbas av inklämning.

Det är möjligt att vi formulerat oss otydligt, men vi anser, liksom dr Svartholm, inte heller att asymtomatiska patienter med navelbräck måste opereras.

Martin Almqvist
ST-läkare
martin.almqvist@skane.se

Agneta Montgomery
docent, överläkare;
båda vid kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Ska vi ladda dosetten med anticirrospiller?

I Läkartidningen 20/2006 (sidorna 1594–7) kunde man läsa att en viss celltyp i levern nu är identifierad som ansvarig för utvecklingen av levercirros. En viktig orsak till detta tillstånd är den explosionsartade epidemin av fetma, som först leder till steatos och därefter vidare till cirros, vilket också betonas i artikeln. I artikeln spekulerar författarna över den nytta som ett framtida läkemedel skulle ha från folkhälsosynpunkt eftersom levercirros är ett stort globalt morbiditets- och mortalitetsproblem.

Men skall vådan av vårt förhållnings-sätt till mat – hur svårt det än kan vara att sluta »gå i kylskåpet« – lösas på artificiell väg? Skall vi tillåta oss att kunna

leva livsfarligt med överätning i kombination med ett stillasittande liv och sedan förvänta oss att bli räddade av ett nytt, skattesubventionerat läkemedel?

Detta inlägg skall inte betraktas som forskningsfientligt; att förstå och styra över cellaktiveringen är en fascinerande intellektuell utmaning. Vad gäller behandling av överviktsrelaterad steatos och den påföljande risken att utveckla cirros känns det dock här som att gå inte över ån efter vatten utan runt en hel ocean, när det »endast« handlar om att påverka kvantitet och kvalitet på den föda som passerar munhålan samt att mer nyttja den muskulatur som vi fått oss till skänks. I dagsläget verkar det

vara lättare att styra över cellaktivering än över kroppsaktiveringen.

Om ett läkemedel i framtiden kommer att bli aktuellt finns också risken att den finstämda biologiska balansen rubbas och andra, nya medicinska problem ser dagens ljus – jämför effekterna av de läkemedel som utvecklades för cox-2-hämning!

När BMI stiger mot 35, kommer vi då i framtiden att ladda dosetten med inte bara lipid-, blodtrycks- och glukossänkande mediciner utan även anticirrospiller?

Peter Benno
leg läkare, Stockholm
Peter.Benno@endoskopienheten.se

»Värme­slag« kan vara mitokondriesjukdom

Med stort intresse läste jag Schötts och medarbetares artikel om ansträngnings­utlöst värme­slag (Läkartidningen 26–27/2006, sidorna 2050-3). Det aktuella fallet har slående likheter med pediatri­kens Reye-syndrom och ännu mer med de mitokondriella fettoxidationsrub­bningarnas akuta kriser.

Det är mer än sannolikt att grundproble­met även i det aktuella fallet finns i mi­tokondrierna, och cellnekrosen (i mus­kel-, lever- och eventuellt CNS-celler) föregås av en omfattande findroppig steatos. Detta förorsakas troligen av en akut upplösning i mitokondriernas inre membransystem (mitochondrial per­meability transmission, MPT) [1]. Detta i sin tur uppstår på grund av den akuta (ansträngningsutlösta) anaeroba mil­jön, som leder till förändrad mitokond­riell redox-status, upphävd oxidativ fos­forylering och brist på glutation.

De flesta svenska barnläkare tror att Sverige har varit fritt från Reye-fall. Detta är fel – vi ser cirka ett fall per år. Det är sannolikt inte heller rätt att vux­na inte kan drabbas (1980-talets nord­amerikanska epidemi hade även tonårs-

fall) [2]. Man anser numera att HELLP-syndrom är »de gravidas Reye« [3].

Det var bara en av samtliga värnplikti­ga som deltog i övningen som drabba­des. Varför just han? Kanske var han ovanligt dåligt tränad, men möjligtvis var han ovanligt benägen till MPT. Kan­ske är han heterozygot för någon beta­oxidationsrubbing och hade även en »lämplig« låggradig virusinfektion. Hade han konsumerat NSAID-liknande naturmedel/grönsaker?

Vad ger detta för praktiska slutsatser?

1. Att övriga NSAID-preparat (sali­cylat, ibuprofen) och en lång rad antiepileptika är ännu värre än par­acetamol, eftersom de är ökända Reye-utlösare.
2. Att antioxidantbehandling borde prövas (kväveoxidens roll är omdis­kuterad) [4].
3. Att beslut om levertransplantation är extremt svårt, eftersom den mikro­vesikulära steatosen fortfarande kan vara reversibel (biopsi är oftast omöjlig på grund av extrem koagula­tionsrubbing). En del mitokondri­ella rubbningar som involverar både

lever och CNS (t ex Alpers syndrom) försämras påtagligt efter transplan­ta­tion.

4. Däremot får MARS (molecular ad­sorberent recirculating system) anses vara lämplig terapi, trots att metoden fortfarande inte är evidensbaserad.

Antal Németh

docent, barn­gastroenterologen,
hepatologi och nutrition,

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
antal.nemeth@ki.se

REFERENSER

1. Zorov DB, Juhaszova M, Sollott SJ. Mitochondri­al ROS-induced ROS release: an update and re­view. *Biochim Biophys Acta*. 2006;1757:509-17.
2. Belay ED, Bresee JS, Holman RC, Khan AS, Shahriari A, Schonberger LB. Reye's syndrome in the United States from 1981 through 1997. *N Engl J Med*. 1999;340:1377-82.
3. Sims HF, Brackett JC, Powell CK, Treem WR, Hale DE, Bennett MJ, et al. The molecular basis of pediatric long chain 3-hydroxyacyl-CoA de­hydrogenase deficiency associated with maternal fatty liver of pregnancy. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1995;92:841-5.
4. Brown GC, Borutaite V. Nitric oxide, cytochrome C and mitochondria. *Biochem Soc Symp*. 1999;66: 17-25.

Landsomfattande analys av rekryteringsläget för alla specialiteter behövs

Varför har vi läkarbrist på så många håll i Sverige, särskilt i län utan universitet? Tydligt är vi sämre än många europis­ka länder beträffande tillgänglighet och köer!

Jag antar att Socialstyrelsen följer upp läkarnas val av specialitet med koppling till födelseår och att man fort­löpande gör prognoser om tillgång på specialister för de närmaste fem-tio åren och att rapporter finns tillgängliga även för region och län.

Jag vill att Läkarförbundet bildar eller aktiverar en ständig resurs för att hålla denna information vid liv och att man återkommande rapporterar i Läkartid­ningen minst halvårsvis.

Saknas det återväxt inom en given spe­cialitet måste man från ansvariga – stat och landsting – besluta om stimulansåtgärder för rekrytering som fungerar al­ternativt styra om patienter till funge-

rande verksamhet inom eller utanför landet.

Inte kommer det att bli lättare att re­krytera för landsorts- och länskliniker när nu även ST-läkare vid universitets­klinikerna blir tillsvidareanställda.

Lars Hetta

specialist i lungmedicin och allergologi,
Boden; nybliven pensionär, konsult
på Sunderby sjukhus
lars.hetta@telia.com

Abortextremist i läkarförpackning!

Tomas Seidal, överläkare, docent och verksamhetschef på Länssjukhuset i Halmstad, har nu i flera nummer av Läkartidningen delgivit oss sin syn på abort. Han är tydligen inte lika ivrig att skylta med titeln ordförande i förening­en »JA till livet« i Läkartidningen, som nämnda förening är att få skylta med dr Seidals titlar, för att vinna trovärdighet i debatten.

Med vetskap om Tomas Seidals enga­gemang i den extrema kristna högern inser man snart att han knappast före­träder många i professionen. Snarare bör man se till det faktum att han före­träder den svenska delen av den globala »pro life«-rörelsen, vars rabiata inställ­ning till abort lett till mord på kolleger som utfört det uppdrag som är läkarens: Att göra gott.

Martin Sandelin

AT-läkare,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
martin.sandelin@akademiska.se