

# Kollageninjektion intraanalt minskar fekal inkontinens

**BJS** Fekal inkontinens indelas ofta i traumatisk, neurogen eller idiopatisk beroende på fynd vid utredning. För traumatisk inkontinens, exempelvis förlösningsskada, är kirurgi med sfinktersutur eller sfinkterplastik förstahandsalternativ.

För övriga grupper finns ingen behandling riktad direkt mot orsaken till symtomen. Det finns dock ett antal behandlingsalternativ, alltifrån enkel analplugg till stimulerad gracilisplastik, att välja mellan. Sakralnervsstimulering är en metod som utvecklats de senare åren och nu fått större spridning. Intresset för lokal behandling av analkanalen och sfinktrarna har ökat, och flera studier har publicerats de senaste åren.

**Stojkovic och medarbetare** från Leeds har studerat effekten av injektion med syntetiskt bovint kollagen på symtom och anorektal fysiologi vid fekal inkontinens. Patienterna behandlades under generell anestesi med injektion av 5 ml kollagen cirkumferentiellt i analkanalen ovan linea dentata. Totalt ingick 73 konsekutiva patienter med fekal inkonti-

nens, varav 37 även undersöktes med manometri efter behandling. Vid uppföljning efter 8 veckor (n=37) utvärderades sfinkterfunktionen. Ingen effekt på vilo- eller kniptryck påvisades. Efter ett år (median) sågs en signifikant reduktion av inkontinenspoäng för hela gruppen, och vid subgruppsanalys var den signifikant förbättrad även för patienter med idiopatisk inkontinens.

**Förbättringen av inkontinensen** var oberoende av om inkontinensen var lätt eller svår före behandlingen. Patienter över 60 år hade bättre effekt av behandling än yngre. Tjugo patienter fick upprepade injektioner. Komplikationsfrekvens efter behandlingen framkommer inte. Yt-

.....  
**»Efter ett år (median) sågs en signifikant reduktion av inkontinenspoäng för hela gruppen, och vid subgruppsanalys var den signifikant förbättrad även för patienter med idiopatisk inkontinens.»**

terligare behandlingsmetoder vid fekal inkontinens är välkomna.

**I denna studie** har bovint kollagen använts, vilket kräver allergitest före behandling. Nedbrytningstiden uppges till ca 18 månader, vilket medför att det sannolikt behövs återkommande injektioner för att bibehålla effekten. Användning av andra ämnen för injektion kan förbättra detta, och flera andra studier pågår. Behandlingen bör också kunna ske utan anestesi vid t ex mottagningsbesök (jämför sklerosering av hemorrojder). Frågan om indikationen för injektionsterapi ska vara enbart idiopatisk inkontinens kan studien inte besvara, då övriga subgrupper är för små för en bra bedömning. Ytterligare studier behövs, och i slutändan randomiserade studier, för att placera in injektionsbehandling bland övriga behandlingsalternativ.

**Urban Karlbom**  
 docent, överläkare, kirurgi,  
 Akademiska sjukhuset, Uppsala

Stojkovic SG, et al. Intra-anal collagen injection for the treatment of faecal incontinence. Br J Surg. 2006; 93:1514-18.

## Bättre långtidsresultat efter sluten hemorrojdektomi

**BJS** Resultaten efter kirurgisk hemorrojdektomi har ansetts som goda. Randomiserade studier har belyst korttidsparametrar som postoperativ smärta, komplikationer, läkningstid och sjukskrivningstid. Återfallsfrekvens och förändringar i anal funktion har belysts i mindre utsträckning.

Vid en retrospektiv långtidsuppföljning efter Milligan-Morgans (öppna) hemorrojdektomi har vi funnit försämring av anal kontinens hos minst 10 procent och återfall hos 33 procent av patienterna. Fergusons (slutna) hemorrojdektomi, där såren efter excision sys ihop och primär läkning kan förväntas, har

.....  
**Fergusons (slutna) hemorrojdektomi, där såren efter excision sys ihop och primär läkning kan förväntas, har teoretiska fördelar ...**

teoretiska fördelar jämfört med öppen kirurgi. Det är därför som denna randomiserade studie har genomförts.

**225 patienter randomiserades** (115 till Milligan-Morgans operation och 110 till Fergusons). Postoperativ smärta registrerades med VAS-skala i totalt två veckor. Förändringar i kontinens mättes med Millers skattningsskala före och ett år efter ingreppet. Klinisk kontroll utfördes efter en månad och ett år. Huvudeffektmått var postoperativ inkontinens. Sekundära effektmått var postoperativ smärta, sårsläkningsstid, patienttillfredsställelse och återfall.

Ingen skillnad i postoperativ smärta observerades, och inga svåra postoperativa komplikationer noterades. Vid en månadskontrollen var 71 procent i Fergusongruppen läkta och 57 procent i Milligan-Morgangruppen (P=0,06). Sjukskrivningstiden var 17 respektive 15 dagar. Efter ett år rapporterade Fergusongruppen eventuellt mindre inkontinens

(P=0,07) och större tillfredsställelse med resultaten (P<0,05) än Milligan-Morgangruppen. Inga anala stenoser noterades. Återfallsfrekvensen var densamma i båda grupperna (15,6 respektive 17,6 procent).

I en nyligen publicerad metaanalys från Cochranesamarbetet, där slutgiltiga resultat efter hemorrojdekirurgi har jämförts med resultat efter staplad anopexi för hemorrojder, rapporteras bättre slutresultat efter kirurgisk excision.

Av de konventionella metoderna förefaller Fergusons operation ha vissa fördelar jämfört med Milligan-Morgans operation och kan därför rekommenderas.

**Helgi Örn Jóhannsson**  
 överläkare, kirurgkliniken,  
 Falu lasarett

Jóhannsson HÖ, et al. Randomized clinical trial of the effects on anal function of Milligan-Morgan versus Ferguson haemorrhoidectomy. Br J Surg. 2006; 93(10):1208-14.

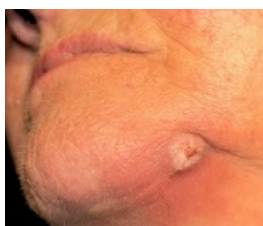
## Käkbensnekros av bisfosfonater kan förebyggas men inte botas

Sedan några år är det känt att bisfosfonater kan ge käkbensnekros som biverkan vid behandling av bl a skelettmetastaserande cancer och multipelt myelom. Författarna till en artikel i BMJ vill nu uppmärksamma läsarna på att riskerna att drabbas av denna läkemedelsbiverkan kan minskas endast genom förebyggande åtgärder. Patienter planerade för bisfosfonatbehandling bör undersökas av tandläkare innan preparatet sätts in.

Bisfosfonatassocierad käkbensnekros är relativt ovanligt och har en incidens på ca 1–10 procent. När väl nekroser uppstår blir de svårbehandlade och vårdkrävande. Riskfaktorer för nekrosutveckling är bristande munhygien, tandlossnings sjukdom, tandextraktioner och oralkirurgi i kombination med långvarig bisfosfonatbehandling.

Författarna rekommenderar att patienter som skall behandlas med bisfosfonater först genomgår tandläkarundersökning för att om möjligt undvika ett oralt ingrepp senare. Utsättning av bisfosfonatbehandling och långtidsbehandling med antibiotika i kombination med viss debridering kan begränsa nekrosen, men ingen behandling kan bota tillståndet. Patienterna skall informeras noggrant om risk–nytta med bisfosfonatbehandling och kunna samtycka till eller avböja en behandling.

Bisfosfonatassocierad käkbensnekros är ett tillstånd som tenderar att öka. I Stockholm finns idag över 50 patienter med denna biverkan. Majoriteten (ca 80 procent) är myelompatienter, som erhållit bisfosfonater intravenösat (zoledronat och/eller pamidronat). Det finns dock även några patienter med nekros



Ovan: Typisk lokalisation för käkbensnekros. Till vänster: Extraoral fistel, vanligt när tillståndet funnits länge.

som fått bisfosfonater peroralt (alendronat) mot osteoporos. Det är osäkert om utsättning av bisfosfonat (som författarna föreslår) har någon effekt på redan utvecklad nekros, då halveringstiden för dessa preparat är mycket lång.

Det är också troligt att det finns ett samband mellan bisfosfonaternas potens och risken för käkbensnekros. Självklart har bisfosfonater goda behandlingseffekter, men det är viktigt att känna till denna biverkan och förskriva preparaten på strikta indikationer. Patienten måste informeras.

**Fredrik Jarnbring**  
ST-tandläkare, käkkirurgi, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge

Landis BN, et al. Osteonecrosis of the jaw after treatment with bisphosphonates is irreversible, so the focus must be on prevention. *BMJ*. 2006;333:982-3.

## H pylori Napoleons baneman?

Var det en *Helicobacter pylori*-infektion som ledde till den forne franske kejsarens död? Napoleon Bonapartes dödsorsak har blivit en omdebatterad fråga bland historiker och sedermera även medicinska forskare. Det har hävdats att Napoleon, som avled 1821 på Sankta Helena, dog av cancer i ventrikel och tunntarm. Men än mer dramatiska förklaringar, i alla fall ur ett historiskt perspektiv, har föreslagits, t ex arsenikförgiftning eller medveten medicinsk felbehandling.

En fallstudie i *Nature* försöker kasta ljus över det snart 200-åriga mysteriet. Det är forskare från USA, som utifrån historisk dokumentation, bl a Napoleons obduktionsprotokoll och dagens medicinska kunskap inom onkologi, kommit fram till att denne sannolikt avled av ett karcinom som sträckte sig över 10 cm från cardia till pylorus. Tumören klassificeras som stadie IIIa (T3N1M1), och den orsakades av en *H pylori*-infektion snarare än av hereditär predisposition (vilket ibland har föreslagits), konstaterar forskarna. Föga förvånande hade tumörer av den typen dålig prognos för snart 200 år sedan.

**Anders Hansen**  
AT-läkare, Stockholm

*Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2007;4:52-7.



Dödsorsaken var nog inte arsenikförgiftning, inte heller medveten felbehandling men kanske *H pylori*-orsakad cancer.

Foto: Science Photo Library

## Kina åter drabbat av syfilis

Efter att ha varit i det närmaste utrotad som sjukdom i Kina tycks syfilisen ha återvänt och sprids nu snabbt i landet. Det varnar kinesiska forskare för i en studie som presenteras i *Lancet*. Under första halvan av 1900-talet spreds syfilis i Kina och nådde epidemiska proportioner. Kommunistregimen satsade på 1950-talet stora resurser för att få bukt med problemet, och ansträngningarna bar frukt. Massscreening och fri behandling bidrog till att syfilis på 1960-talet i princip var utrotad. Men nu tycks sjukdomen alltså ha återvänt. Forskarna har studerat nationella data över sexuellt

överda sjukdomar. Det visar sig att incidensen av syfilis ökat från 0,2 fall/100 000 invånare 1992 till 6,5/100 000 år 1999, vilket motsvarar en årlig ökning på mer än 70 procent. Vad som även ökat kraftigt är fallen av kongenital syfilis.

Orsakerna till ökningen står, enligt forskarna, främst att finna i den omvandling som det kinesiska samhället utsatts för. Globalisering och ekonomiska reformer har resulterat i inkomstskillnader, som i sig är grogrund för prostitution, spekulerar de. Att sjukdomen i det närmaste varit utrotad har resulterat i att unga människor inte har något som helst

naturligt skydd mot smittan, vilket också tros ha bidragit till spridningen. Författarna konstaterar att behovet av en nationell handlingsplan nu är akut. En sådan bör bland annat inkludera masscreening, något som införts i vissa regioner av landet och som visade sig effektivt när sjukdomen »utrotades« förra gången för snart 50 år sedan.

**Anders Hansen**  
AT-läkare Stockholm  
anders.hansen@sciencecap.se

*Lancet*. 2007;369:132-8.