

Færre bør operere abdominale aortaaneurismer

Høyt behandlingsvolum og høy kvalitet gir lavere dødelighet ved elektive operasjoner for abdominale aortaaneurismer.

Da Senter for medisinsk metodevurdering utredet «Pasientvolum og behandlingskvalitet» i 2001, ble det konkludert med at en av de få prosedyrer hvor det var en dokumentert sammenheng mellom høyt behandlingsvolum og høy kvalitet, var operasjon for abdominalt aortaaneurisme (1).

En ny studie basert på 3 900 planlagte operasjoner for abdominalt aortaaneurisme inkluderte et randomisert utvalg fra 536 sykehus i 22 amerikanske stater i 1997 (2). Sykehus hvor det ble gjort under 35 operasjoner årlig, ble definert som lavvolumsykehus. Tilsvarende ble kirurger som gjorde færre enn ti inngrep for abdominalt aortaaneurisme, årlig definert som lavvolumkirurger. Kirurgene ble også gruppert etter type: generell kirurg, karkirurg eller thoraxkirurg.

Dødelighet i sykehus var 4,2 % for alle pasientene. Det var signifikant lavere dødelighet blant pasienter som var blitt behandlet ved sykehus og av enkeltkirurger med høyt behandlingsvolum. Pasienter operert av kar- og thoraxkirurger hadde

signifikant lavere dødelighet enn pasienter operert av generelle kirurger. Pasienter operert av karkirurger med høyt volum og ved sykehus med høyt volum hadde en dødelighet på under 2 %, mens pasienter operert av generelle kirurger med lavt volum hadde en dødelighet på over 6 %.

En svakhet ved studien er at man har brukt dødelighet i sykehus og ikke 30 dagers mortalitet som endepunkt. Likevel bekrefter og forsterker studien tidligere funn av sammenheng mellom volum og kvalitet for operasjoner for abdominalt aortaaneurisme. I Norge utføres årlig om lag 300 slike operasjoner, fordelt på 25 sykehus. Dette er ikke forsvarlig. Antall sykehus hvor dette gjøres bør trolig være lavere enn ti.

Steinar Solberg

steinar.solberg@rikshospitalet.no
Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Pasientvolum og behandlingskvalitet. SMM-rapport nr. 2–2001. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2001.
2. Dimick JB, Cowan JA, Stanley JC, Henke PK, Pronovost PJ, Upchurch GR. Surgeon speciality and provider volumes are related to outcome of intact abdominal aortic aneurysm repair in the United States. *J Vasc Surg* 2003; 38: 739–44.

God døds-kvalitet når døende slutter å spise?

Å slutte å spise har vært diskutert som et uvanlig alternativ for pasienter som vil fremskynde døden.

I Oregon, der legeassistert selvmord er legalisert, ble et spørreskjema sendt til samtlige sykepleiere (n = 429) som arbeidet ved hospice. De ble bedt om å beskrive det seneste tilfellet der en pasient sluttet å spise og drikke i den hensikt å forkorte livet (1).

307 sykepleiere beskrev 102 tilfeller i løpet av fire år. De bedømte retrospektivt bl.a. symptomer, livskvalitet og såkalt døds-kvalitet i de to siste ukene pasienten levde. Den totale døds-kvaliteten ble vurdert på en nidelt skala. Medianverdien var 8, dvs. en meget god døds-kvalitet. Forfatterne konkluderer med at pasientene vanligvis dør en «god død» innen to uker etter at de stopper næringsinntaket.

– Sykepleierne ble bedt om å huske opptil fire år tilbake i tid om pasientens og sine egne subjektive opplevelser. Dette medfører at resultatene sannsynligvis er svært usikre, sier professor i palliativ medisin Stein Kaasa ved NTNU.

– Vi vet heller ikke hvorfor pasientene sluttet å spise. For de fleste pasientene i livets slutfase blir appetitten betydelig redusert, og dette betraktes som en naturlig del av dødsprosessen. Ut fra vår kliniske praksis er både eutanasi og det at pasientene aktivt slutter å spise, et nærmest ikke tilstedeværende problem. Nesten alle pasienter ønsker å leve så godt og så lenge som overhodet mulig, dersom de får tilfredsstillende symptomlindring, pleie og omsorg. Omfanget av det «å sulte seg til døde» er svært usikkert, trolig er det store nasjonale variasjoner.

– Studien har også betydelige etiske implikasjoner. I en eldreomsorg som er mer og mer presset både med hensyn til kompetanse og ressurser, vil problemstillingene kanskje i nær fremtid også bli mer aktuelle i Norge, sier Kaasa.

Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med* 2003; 349: 359–65.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter:
Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes erlend.hem@basalmed.uio.no

Liten risiko for trombose etter flyreise

I en studie fra Vest-Australia har man sammenholdt antall sykehusinnleggelse for dyp venetrombose i årene 1981–99 med pasientopplysninger om lange flyreiser i samme periode (*BMJ* 2003; 327: 1072–5).

Kliniske data for 5 400 pasienter ble gjennomgått. Forfatterne påviste en overhyppighet av dyp venetrombose de første 14 dagene etter flyreise. I dette tidsrommet fikk 46 australiere og 200 ikke-australiere påvist dyp venetrombose. Relativ risiko for de australske pasientene var 4,2 (95 % KI 2,9–5,4), hvorav tre firedeler av tilfellene kunne settes i sammenheng med selve flyreisen.

Risikoen for dyp venetrombose hos flypassasjerer er svært liten, mindre enn i befolkningen generelt. Dette skyldes nok at de som begir seg av sted på flyturer, har bedre helse enn de som holder seg hjemme.

Iglebehandling ved gonartrose

Innen folkemedisin har igler vært brukt ved behandling av flebitt og lokalinfeksjoner. Flere vasoaktive og antiinflammatoriske stoffer er påvist i iglespytt, blant annet histaminliknende substanser, proteinasehemmere, hyaluronidase og hirudin.

I et randomisert, men ikke-blindt forsøk fikk 24 pasienter med gonartrose påsatt 4–6 igler over sine vonde kneledd (*Ann Intern Med* 2003; 139: 724–30). Iglene falt av spontant etter ca. 70 minutter. 27 kontrollpasienter med samme grad av kneartrose fikk lokalbehandling med diklofenak i 28 dager. Smertene ble kvantitativt vurdert ved hjelp av en visuell analog skala.

De første sju dagene angav iglebehandlede signifikant mindre smerte enn dem som brukte diklofenakgel. Ved studiens slutt og etter tre måneder angav de bedre funksjon og mindre stivhet i kneet, sammenliknet med kontrollpasientene.

Svakheten ved undersøkelsen er manglende blinding. Selv om forventningene var større hos deltakere som fikk iglebehandling, hevder forfatterne at effektforskjellen gikk tydelig i favør av denne metoden.

Senfølger ved barnekreft

Kvinner som hadde kreft som barn og som samtidig er lavt utdannet, har større risiko for å få fysiske, psykiske eller funksjonelle problemer som voksne (*JAMA* 2003; 290: 1583–92). Ca. 9 500 voksne som hadde hatt kreft før 21 års alder i 1970–86, ble sammenliknet med ca. 2 900 av pasientenes søsken. Senfølger var vanlig og forbundet med å være kvinne, ha lav utdanning, lav inntekt og visse kreftformer.