

Ikke aprotinin ved koronarkirurgi

Bruk av det antifibrinolytiske midlet aprotinin er forbundet med økt dødelighet ved koronarkirurgi.

Aprotinin (Trasylol) er et antifibrinolytisk legemiddel som er tilgjengelig på registreringsfritak i Norge, men det er økende mistanke om at midlet gir bivirkninger hos pasienter som gjennomgår hjertekirurgiske inngrep. Nå har amerikanske forskere vurdert mer enn 10 000 bypassoperasjoner ved ett enkelt senter (1).

På operasjonsdagen fikk 67 % av pasientene aminokapronsyre og 13 % aprotinin, mens resten ikke fikk antifibrinolytisk behandling. Justert dødelighet var 64 % høyere (95 % KI 50–78 %) blant dem som fikk aprotinin sammenliknet med dem som fikk aminokapronsyre. Postoperativ revaskularisering og dialyse forekom også hyppigere i aprotinigruppen.

– Ved Feiringklinikken har vi aldri brukt dette medikamentet ved isolert koronarkirurgi. Det samme er tilfelle ved de store avdelingene rundt om i landet. Noen benytter aprotinin hos koronarpasienter som bruker klopidogetrel, mens ved de øvrige institusjonene brukes cyklokapron til disse pasientene, sier thoraxkirurg Sven M. Almdahl.

– Begrunnelsen for ikke å bruke aprotinin ved koronarkirurgi er risikoen for postoperativ trombose i karprotese og nyresvikt. Det har også vært et prisspørsmål, selv om den høye prisen må ses i sammenheng med redusert transfusjonsbehov.

I Norge benyttes aprotinin fortsatt ved akuttkirurgiske tilstander med økt blødningsrisiko, for eksempel aortadisseksjoner og endokarditter. Også i Danmark og Sverige har medikamentet først og fremst vært brukt på slike indikasjoner. Oppmerksomheten rundt de uheldige effektene er økende, og jeg tror bruken er på retur. De nye resultatene bekrefter en mangeårig bekymring i de thoraxkirurgiske miljøer og bidrar vesentlig til den økende skepsis til bruk av aprotinin ved isolert koronarkirurgi, sier Almdahl.

Geir Jacobsen

geir.jacobsen@ntnu.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Shaw AD, Stafford-Smith M, White WD et al. The effect of aprotinin on outcome after coronary artery bypass grafting. *N Engl J Med* 2008; 358: 784–93.

Kirurgi eller ikke ved spinalstenose?

En ny studie kan tyde på at operasjon er bedre enn konservativ behandling ved spinalstenose.

Mange pasienter med lumbal spinalstenose opereres, men nytten sammenliknet med ikke-kirurgisk behandling har ikke vært dokumentert. I en stor amerikansk randomisert studie der kirurgi og ikke-operativ behandling ble sammenliknet, kom de opererte tilsynelatende best ut (1).

– Dette er en meget verdifull studie. Tidligere har samme forskergruppe publisert tilsvarende resultater ved lumbal skiveprolaps og degenerativ spondylolistese, sier nevrokirurg Øystein Nygaard ved Nasjonalt senter for spinale lidelser, St. Olavs Hospital.

– Det er imidlertid både designmessige og statistiske problemer ved studien. For eksempel fikk pasientene tilbud om å delta i en randomisert delstudie eller en observasjonsstudie etter at de selv hadde valgt behandling. Den betydelige overgangen av pasienter mellom gruppene viser hvor vanskelig det er å gjennomføre randomiserte studier på dette feltet. Resultatene er presentert både hver for seg og slått sammen. Behandlingsintensjonsanalysene er sårbare,

fordi eventuelle effekter blir «visket ut» av overgangen fra en gruppe til en annen, mens analyser foretatt på grunnlag av den faktiske behandlingen, medfører fare for konfundering. Likevel vil man helle til at operasjon hadde effekt, fordi justering for aktuelle konfunderende faktorer ikke syntes å endre funnene i en bestemt retning.

Hovedsymptomet ved nevrogen claudicatio ved spinalstenose er oftest gangsmerter og redusert gangdistanse, men forsøksprotokollen omfattet ikke dette som effektmål. I den randomiserte delstudien var det bare minimal forskjell i rapporterte smerter mellom gruppene, og ingen forskjell i funksjon målt ved Oswestry Disability Index. Forfatterens konklusjon om at kirurgi gir bedre resultat enn ikke-operativ behandling, må ses på bakgrunn av disse forhold, sier Nygaard.

Geir Jacobsen

geir.jacobsen@ntnu.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD et al. Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. *N Engl J Med* 2008; 358: 794–810.

Behandling for hypertensjon

Pasienter med flere ikke-blodtrykksrelaterte komorbide tilstander har mindre sannsynlighet for å få intensivert behandling for ukontrollert hypertensjon.

Det viser en studie av pasientjournaler til 15 459 pasienter med høyt blodtrykk publisert i *Annals of Internal Medicine* (2008; 148: 578–86).

Forfatterne undersøkte effekten av 28 urelaterte tilstander, som artritt og emfysem, på behandlingen av hypertensjon. Jo flere andre tilstander pasienten hadde, jo mindre sannsynlig var det at behandlingen for hypertensjon ble intensivert.

Ny behandling for psoriasis

Et nytt medikament for behandling av moderat til alvorlig psoriasis er sikkert og effektivt, viser en fase 3-studie (*Lancet* 2008; 371: 1337–42).

Forholdet mellom medikamentdose og effekt var nesten lineært. Det tyder på at pasienter kan få mer presis dose, noe som vil minske risikoen for bivirkninger. Medikamentet, ISA247, er en ny type kalsineurinhemmer.

451 pasienter med psoriasis ble randomisert til en av tre forskjellige doser av ISA247 eller placebo to ganger daglig over 12 uker.

Diagnostisering av melanomer

Diametermål er en viktig faktor ved diagnostisering av melanomer. Den anbefalte bruken av diameter > 6 mm som en del av kriteriene for å identifisere suspekterte lesjoner som bør biopseseres er nyttig. Det er konklusjonen i en ny kohortstudie (*Arch Dermatol* 2008; 144: 469–74).

Maksimumsdiameter ble kalkulert for 1 657 suspekterte lesjoner som ble biopsert. 51 % av dem hadde en diameter < 6 mm. 1,5 % av disse ble diagnostisert som invasive melanomer, det samme var tilfellet for 5,1 % av de suspekterte lesjonene med diameter > 6 mm. Av de mindre ble 2,6 % diagnostisert som in situ-melanomer, tilsvarende gjaldt 7,7 % av dem med diameter > 6 mm.

Medisinske nyheter

fra internasjonale tidsskrifter:

Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes erlend.hem@medisin.uio.no