

Äntligen! Nytt program för adrenala incidentalom

»Äntligen«! utropar nog många kolleger runt om i landet när vi nu begåvats med ett nytt vårdprogram för handläggning av knölar upptäckta en passant i någon av binjurarna, adrenala incidentalom (se artikeln av Andreas Muth et al i veckans nummer av Läkartidningen).

Det har gått drygt 20 år sedan föregående program [1], och mycken ny kunskap har sedan dess ackumulerats, dels inom radiologin där förbättrad teknik och erfarenhet tillåter långt bättre diagnostik, dels om adrenala incidentaloms epidemiologi och naturförlopp. Även om rutiner vid adrenala incidentalom säkert successivt ändrats på många kliniker runt om i landet, är det mer än välkommet med ett stadfast program där också grunden för rekommendationerna redovisas så tydligt.

Adrenala incidentalom har studerats ingående de senaste decennierna, i ökande grad i och med att bukdiagnostik med DT eller MR blivit vanligt vid diverse bukrelaterade symtom. I ca 5 procent av samtliga sådana undersökningar kan en uppmärksam radiolog påvisa en (radiologiskt) signifikant förändring i någon av binjurarna, och siffran stiger med patientens ålder.

Detta innebär att den som remitterar en patient för bukundersökning kan »tvingas« ta ställning till ett adrenalt incidentalom och dess eventuella påverkan på patientens hälsa. Det radiologiska utlåtandet



Jan Zedenius, professor, överläkare, patientområde bröst, endokrina tumörer och sarkom, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
● jan.zedenius@ki.se

är därför av stor vikt, och histopatologiska diagnoser (»benigt adenom«) ska inte ställas den vägen.

En viktig del av vårdprogrammet är således: Hur ska ett adekvat utlåtande utformas, där varje adrenalt incidentalom kräver (minst) remittentens ställningstagande till om vidare utredning kan gagna patienten?

Vem ska utreda adrenala incidentalom? Remissvar på bukradiologi kan ju landa hos många olika discipliner. Klokt nog anges att det måste formars av lokala förutsättningar. De flesta patienter med adrenala incidentalom remitteras till endokrinologiska enheter, men oavsett är det viktigt att varje remittent vet vart man ska vända sig för att få adekvat, multidisciplinär bedömning; att avskrivna adrenala incidentalom helt från uppföljning kan tarva konferensbeslut, vilka i längden borde bli kostnadseffektiva.

Många incidentalomstudier visar en hög andel av endera hormonproducerande eller maligna tumörer, och frekvensen adenalektomi blir då relativt sett hög. Verkligheten ser annorlunda ut; det är i själva verket en försvinnande liten del av alla adrenala incidentalom som behandlas med kirurgi. Den övervägande majoriteten kan avskrivas direkt efter (binjureinriktad) radiologi och basal biokemi. Det nya vårdprogrammet har förtjänstfullt förenklad dessa algoritmer: enklare provtagning (t ex inga urinsamlingar), renodlad radiologi (inga beräkningar av kontrastmedelsursköljning [washout]) och avskrivning enligt tydliga kriterier.

Detta innebär, jämfört med tidigare strategier, sannolikt lägre sjukvårdskostnader och mindre ackumulerad stråldos till patienterna, utan att vi för den skull riskerar att missa viktiga tillstånd. Men det är framför allt hormonproducerande tumörer vi då avser; inga incidentalomprogram i världen har visat sig innebära någon positiv effekt på incidens av eller prognos för binjurebarkscancer [2].

Återstår då inga frågetecken? Jodå:

- Måste feokromocytom verkligen utslutas biokemiskt om förändringen radiologiskt är förenligt med fettrikt barkade-

»Detta innebär ... sannolikt lägre sjukvårdskostnader och mindre ackumulerad stråldos till patienterna, utan att vi för den skull riskerar att missa viktiga tillstånd.«

nom? I stort sett inget feokromocytom ser ut så.

- Måste man utesluta subkliniskt Cushingsyndrom vid total avsaknad av metabola eller andra kliniska symtom? Och är kortisol >50 nmol/l efter dexametasonhämningstest optimal gräns för subkliniskt Cushingsyndrom? Det blir många falskt positiva test att ta ställning till.
- Är 4 cm rätt gräns för ställningstagande till kirurgi?

Jag tror att vårdprogrammets tydliga regler, där undantag inte ska göras i den basala utredningen, är en eftergift åt det faktum att om man inför flexibilitet och tolkning redan på initial nivå, riskerar viktiga delar att »glömmas«. Bättre att alla gör lika, och då kan vi dessutom lära oss med tiden. Men om vi ska lära av programmet, måste vi också registrera. Ytterligare ett register - vem orkar ta tag i den heta potatisen?

Detta nya vårdprogram är pragmatiskt utformat, baserat på aktuell evidens och syftar till att identifiera adrenala incidentalom med klinisk signifikans till låg kostnad och risk. Det kommer att leva länge. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:ETTI

HUVUDBUDSKAP

- Drygt 20 år har gått sedan vi i Läkartidningen kunde läsa om ett handlingsprogram för adrenala incidentalom.
- Nu har vi fått ett nytt nationellt program. Det innehåller riktlinjer för förenklad biokemisk och radiologisk utredning samt vägledning för att kunna avskriva vidare granskning av flertalet incidentalom.
- Programmet torde leda till lägre strålbekastning och minskade kostnader.
- Det vilar på aktuell evidens och lär leva länge. Men bör vi inte ha ett prospektivt register för att utvärdera det?

REFERENSER

1. Ahrén B, Werner S. Adrenala incidentalom diagnostiskt dilemma. Nya riktlinjer för utredning och behandling. Läkartidningen. 1996;93:3041-5.
2. Kutikov A, Mallin K, Canter D, et al. Effects of increased cross-sectional imaging on the diagnosis and prognosis of adrenocortical carcinoma: analysis of the National Cancer Database. J Urol. 2011;186:805-10.