

riell postmenopausal ålder, och man har därför diskuterat om östrogenbortfall skulle kunna vara med i patogenesen. Man har dragit paralleller till t ex reumatoid artrit, som också har en ökad debutfrekvens i klimakteriet.

I alla dessa situationer är det emellertid ett bortfall av östrogen som angivits som orsakande faktor och där östrogenbehandling har rekommenderats. Tamoxifen används i bröstcancerbehandlingen som ett antiöstrogen och blockerar det mer effektiva östrogenets verkan på bröstcancercellerna.

Vad man dock skall vara medveten om är att tamoxifen också har en svag egen östrogen effekt som t ex märks i form av en ökad endometriehyperplasiefrekvens och en ökad risk för utveckling av endometrie-cancer vid långtidsbehandling. Detta gäller framför allt de kvinnor som har en låg egen östrogenproduktion och där det inte finns någon potent östrogen att blockera för tamoxifen, utan där tamoxifen snarast fungerar som ett östrogen. Man har också kunnat påvisa östrogenreceptorer i ligament och bindväv. Dessa studier har framför allt gjorts runt könsorganet och i lilla bäckenet, men med stor sannolikhet finns även receptorer i andra delar av kroppens bindväv.

Jag tror därför att man skall tänka sig tamoxifeneffekten som en östrogen effekt snarare än en antiöstrogen effekt, och detta öppnar ju för möjligheter till en ny behandling för dessa kvinnor med fibromyalgi. Just nu pågår en studie vid Akademiska sjukhuset i Uppsala där dessa frågeställningar bearbetas.

Torbjörn Bäckström
professor, institutionen för
obstetrik och gynekologi,
Umeå universitet

Flexibelt fiberendoskop användbart vid komplicerade anestesiingrepp

I Läkartidningen 51–52/95 redogörs för ett ansvarsärende där en patient med en larynx-tumör ådragit sig en neurologisk skada på grund grav hypoxi i samband med anestesiinledning. Patienten visade sig, efter

tillförsel av insomningsmedel och muskelrelaxantium, ha ett närmast totalt stopp i glottisnivå, som man ej lyckades passera med trakealtub. Man lyckades ej heller erhålla fri luftväg med maskventilation.

Att helt förlora kontrollen över patientens luftväg som i det aktuella fallet är kanske den mest dramatiska situation en anestesilog kan ställas inför, och incidenten varierar i olika studier mellan 0,01 och 2/10 000 anestasier [1], dvs frekvensen i Sverige torde ligga någonstans mellan 1 och 100 per år.

Som anestesilog måste man göra allt för att inte hamna i denna situation. Socialstyrelsens vetenskapliga råd, Magna Andreen, redogör på ett klargörande sätt i sex punkter för hur man skall agera för att förhindra att sådana uppkommer.

Vi tycker dock att två aspekter kan kommenteras.

Har glömts bort

För det första har ett användbart hjälpmedel glömts bort i sammanhanget, nämligen det flexibla fiberendoskopet. Med detta kan man klara flertalet svåra intubationer, och det ger dessutom intubatören/skopisten möjlighet att utvärdera luftvägen innan patienten sövs och tillförs muskelrelaxantia, vilket i flertalet fall, i likhet med det aktuella, varit det som lett fram till katastrofen. Fiberoptisk intubation är den tveklöst mest skonsamma intubationstekniken vid s k »vakenintubation» (dvs intubation under lokalanestesi med eller utan sedering) [1]. Denna teknik har länge varit förbehållen öron-, näs- och halsspecialisten, men har under senare år alltmer övergått i anestesilogens händer.

Vid en enkät till landets samtliga anestesikliniker under 1993 visade det sig att vid ungefär hälften av de 83 kliniker som besvarade enkäten fanns anesthesiologisk kompetens för fiberoptisk intubation. Dock är denna kompetens begränsad till ett fåtal händer på varje ställe.

Det är vår absoluta övertygelse att den måste spridas till samtliga anestesiloger och att den skall ingå som en del i specialistutbildningen i anesthesiologi, vilket den gör sedan många år t ex i USA.

För det andra vill vi, i likhet

med det vetenskapliga rådet, understryka vikten av att operatör och anestesilog konfererar inför fall som det aktuella, och noggrant planlägger anestesi och ventilationssätt. Det är med ett sådant samarbete man uppnår optimal säkerhet vid dessa komplicerade ingrepp.

Michael Lagerkranser

docent, överläkare,
anestesi- och intensiv-
vårdskliniken,

Richard Kuylenstierna
docent, överläkare,
öron-, näs- och halskliniken,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Litteratur

1. Benumof JL. Management of the difficult adult airway. With special emphasis on awake tracheal intubation. *Anesthesiology* 1991; 75: 1087-110.

Replik:

Viktigt inse problemet i förväg

Fiberoptisk vakenintubation under lokalanestesi med eller utan sedering är en synnerligen attraktiv, alternativ teknik vid »den svåra luftvägen». Det är, som kommentatorerna uttrycker, önskvärt att alla anestesiloger behärskar tekniken och att den finns tillgänglig på samtliga anestesikliniker.

Förtrogenhet med fiberoptisk vakenintubation bör absolut ingå i varje anestesilogers specialistutbildning. Anestesi- och öronkliniker, Karolinska sjukhuset, håller gemen-

samt, sedan ett par år tillbaka regelbundet, utmärkta kurser i denna teknik. Nuvarande och blivande specialister i anesthesiologi rekommenderas varmt denna utbildning.

I det aktuella fallet var dock inte fiberoptisk vakenintubation ett realistiskt alternativ, eftersom förtrogenhet med tekniken inte förelåg på kliniken. Det primära vid handläggningen av alla former av »svår luftväg» är att inse problemet i förväg och planera tillvägagångssättet beträffande anestesi och operation utifrån förutsättningarna, så att risken att förlora kontrollen över patientens luftväg undviks. Här är ett nära samarbete mellan operatör och anestesilog avgörande för säkerheten precis som kommentatorerna påpekar. Ett annat viktigt moment i handläggningen är att inte slå ut eller dämpa spontanandningen. Denna grundregel gäller i lika hög grad för fiberoptisk vakenintubation som för annan intubationsteknik vid inskränkningar i luftvägen.

Magna Andreen

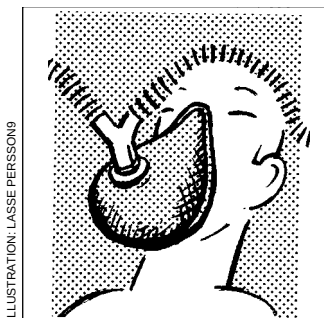
docent,
medlem av Socialstyrelsens
vetenskapliga råd

Hur man kan bli av med doktorn En ädel historia

Före Ädel-överenskomsten fanns inom nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm fyra långvårdssjukhus, samtliga differentierade med rehabiliteringsenheter, dagvård, sjukhemsavdelningar etc. Chefsöverläkareformen gjorde det självklart att det fanns en geriatriker som chef för varje klinik. Det medicinska arbetet sköttes med hjälp av flera specialist- och underläkare.

När Ädel-reformen genomfördes 1993, koncentrerades geriatriken till två enheter, Karolinska och Löwenströmska sjukhusen, organiserade i sjukvårdsområdets bassjukvård. Två av långvårdssjukhusen togs helt över till kommunal sjukhemsverksamhet, ett tredje sjukhus levde kvar med blandat huvudmannaskap. 1994 inlemdes de geriatriska kliniker administrativt i akutsjukvården.

Samtidigt ledde sparkrav på akutsjukvården till att antalet vårdplatser inom geriatriken



»Ett annat viktigt moment i handläggningen är att inte slå ut eller dämpa spontanandningen.