

de diabetes, relaterade till målen i S:t Vincent-överenskommelsen, samlas i ett register på landstingsnivå. Med stöd av detta kan vi skapa ett forum för dialog och analys mellan berörda kliniker och primärvården. Basala data för demografi och behandling, aggregerade på länsnivå, kan sedan levereras till NDR, avidentifierade med avseende på personnummer och vårdgivaridentitet.

Stärk processtänkandet i kvalitetsutvecklingen hos de enskilda vårdgivarna! Arbetet med att formulera målen för sin egen verksamhet och därifrån sätta upp kriterier och bland dem välja ut indikatorer på god kvalitet, att mäta, värdera och vid behov förändra, dvs att själv tillsammans med kolleger och medarbetare vandra kvalitetshjulet runt, är nyckeln till framgångsrik kvalitetsutveckling. Själva indikatorn är där en färskvara och mätningen ett medel och inte ett mål.

Referenser

1. Svensk förening för diabetologi och Styrgruppen för nationella diabetesregistret. Nationella diabetesregistret, protokoll. Utskick till landets diabetologer, 22 november 1995. [Stencil]. Göteborg: Diabetescentrum, Sahlgrenska sjukhuset, 1995.
2. Garpenby P, Carlsson P. Nationella vårdregister har ej funnit sin form. Granskning visar värdet av kvalitetskontroll. Läkartidningen 1994; 91: 2509-11.
3. Lundberg V, Stegmayr B, Asplund K, Eliasson M, Huhtasaari F. Diabetes as a risk factor for myocardial infarction: population and gender perspective. J Intern Med. Under publ.
4. Stegmayr B, Asplund K. Diabetes as a risk factor for stroke. A population perspective. Diabetologia 1995; 38: 1061-85.
5. Falkenberg M, Apelqvist J, Rosenqvist U, Lithner F. Fotsår hos diabetiker. Förebyggande åtgärder minskar antalet amputationer. Läkartidningen 1993; 47: 4221-4.

Kongressrapport från WHO's magcancer-möte

TVIST OM FRAMTIDA TNM-KLASSIFIKATION

Vid WHO's tolfte magcancer-möte i Seoul redovisades dessvärre inga större genombrott. Anekdotiska fall av lång överlevnad efter resektion av begränsad levermetastasering vid magcancer börjar dock rapporteras.

1997 års upplaga av TNM-klassifikationen riskerar bli en krånglig kompromiss. Kommitteens förslag mötte nämligen protester från Japan.

H pylori anses nu definitivt som ett karcinogen, men dess förekomst har inte alltid ett klart samband med magcancer – t ex har kvinnor lägre cancerincidens men är smittade lika ofta som männen. Det tycks som om tidpunkten för smitta är av betydelse, och män förefaller ofta smittas i yngre år. Fortfarande anses bakterien dock varken vara nödvändig eller tillräcklig för uppkomst av cancer eller ventrikellymfom [1].

Diagnostik och utredning

Inga diagnostiska genombrott redovisades på magcancer-mötet, men tyska ventrikeltumörgruppen förordar cytostatikabehandling av tumörer i framskridet skede före operation. Detta mot bakgrund av den stora andelen icke radikalopererade patienter med ventrikeltumör och den dåliga effekten av postoperativ cytostatikabehandling, både vid manifest sjukdom och efter till synes radikal operation.

För att välja ut lämpliga fall för cytostatikabehandling respektive direkt operation görs undersökning med laparoskopiskt ultraljud, inspektion av bursa omentalis och buksköljning för cytologi. Förfarandet bör bespara obotliga patienter med ringa besvär onödiga laparotomier, och eftersom nutritiva gastro- och jejunostomier kan anläggas laparoskopiskt, kanske även obstruktion vid obotlig tumör kan åtgärdas utan laparotomi.

Preoperativ laparoskopi skall därför utvärderas i anslutning till vårdpro-

gramarbetet i Stockholm-Gotlandregionen.

Kirurgin fortsätter att individualiseras med ett spektrum av ingrepp, från endoskopiska mukosektomier till utvidgade resektioner och körteldissektioner.

Den lämpligaste omfattningen av körteldissektionen vid begränsad makroskopisk spridning är omtvistad. Japanerna föredrar utvidgad dissektion (D2 eller mer) medan man i väst ofta gör mindre dissektioner (D1). Hittills har två små studier från Hong Kong respektive Kapstaden [2, 3] jämfört begränsad och utvidgad dissektion utan att finna övertygande skillnader.

Två större studier pågår för närvarande i Nederländerna och Storbritannien och för första gången släpptes nu data från Nederländerna. Holländarna fann att utvidgad körteldissektion gav bättre överlevnad om dess högre operationsmortalitet räknades bort. En stor del av operationsdödligheten ansåg man nämligen bero på de numera onödiga resektionerna av pankreasvansen för att få med körtlar utmed arteria lienalis.

Några stora nyheter avseende strålning och cytostatika presenterades inte. Peritonealmetastaseringen är fortfarande ytterst svårbehandlad, trots försök med peritonektomi och hyperterm cytostatikasköljning av buken. Muntligt beskrivna fall av lång överlevnad efter resektion av begränsad levermetastasering på grund av magcancer börjar där emot nu ansamlas.

TNM-indelningen av körtelmetastaseringen har under japansk inverkan grundats på metastasernas läge: inom respektive utanför 3 cm från tumören men fortfarande utmed definierade re-

Författare

PETER GUNVÉN

docent, överläkare, kirurgiska kliniken

CARLOS RUBIO

högskolelektor, överläkare, patologiska avdelningen; båda Karolinska sjukhuset, Stockholm.

gionala kärl t o m truncus coeliacus (N1 respektive N2, mer avlägsna metastaser räknas som fjärrmetastaser, M1).

På grundval av upptäckten att antalet metastaser snarare än deras läge bestämmer prognosen, föreslår TNM-kommittén att metastaser i 1–6 körtlar klassas som N1, metastaser i 7–15 körtlar som N2, metastaser i fler än 15 körtlar som N3. T1–3, N3 skulle grupperas i stadium IIIB, och T4, N3 i stadium IV. Japanerna protesterade och det finns risk för att TNM-upplagan 1997 blir en krånglig kompromiss, grundad på både antal och läge av metastaserna (N1a, b, c osv).

Svenska rön

Kan vi från lågincidensländer bidra med något i dessa sammanhang? Ventrikelcancer är vanligare i många Stilla-havsländer än i områdena runt Atlanten, och de stora skillnaderna i diet har tilldragit sig stort intresse i sammanhanget. Studier av ett stort antal ventrikelresektat från ursprunglig Stilla-havsbe-folkning och från migranter till Stilla-havsländerna från Atlantområdet visade icke-neoplastiska slemhinneförändringar (intramukosala cystor, intestinal metaplasi, atypiska mitoser med mera) i Stilla-havsområdet men bara undantagsvis i Atlantområdet. Skillnaden blev ännu större när man jämförde ventriklar med cancer av intestinal typ – den till synes epidemiologiskt variabla, i motsats till den diffusa typen – från de båda områdena [4, 5].

Inom kirurgin rapporterades att intraoperativt ultraljud kan ersätta preoperativ datortomografi i de fall där symtom ändå framtvingar laparotomi. Strategin påverkade operationstaktiken för 8 procent av KS-patienterna, inräknat dem där makroskopiska tumörfynd gjorde undersökningen onödig, och tilllät bl a resektioner av två solitära levermetastaser med 17 och 37 månaders tumörfri överlevnad.

Referenser

1. Gunvén P, Öst Å, Klein G. Bota lymfom med antibiotika? Läkartidningen 1996; 93: 767-8.
2. Robertson CS, Chung SCS, Woods SDS, Griffin SM, Raimos SA, Lau JT et al. A prospective randomized trial comparing R1 subtotal gastrectomy with R3 total gastrectomy for antral cancer. Ann Surg 1994; 220: 176-82.
3. Dent DM, Madden MV, Price SK. Randomized comparison of R1 and R2 gastrectomy for gastric carcinoma. Br J Surg 1988; 75: 110-1.
4. Rubio CA, Stemmermann G. Geographic variations in the phenotype of ciliated gastric cells. J Environm Pathol 1993; 12: 93-9.
5. Rubio CA, Pisano R, Lorens P, Duarte I. A comparative study between the gastric mucosa of Chileans and other dwellers of the Pacific basin. Jpn J Cancer Res 1996; 87: 117-21.

Vitamin B₁₂-variant vid cyanidförgiftning

HYDROXOKOBALAMIN NYTT EFFEKTIVT MOTGIFT

Hydroxokobalamin, som är en form av vitamin B₁₂, är en effektiv och snabb antidot vid behandling av cyanidförgiftning. Den har få biverkningar och kan användas även i situationer där cyanidförgiftning misstänks men inte omgäende kan verifieras, t ex vid exponering för brandrök.

Cyanidförgiftning är en allvarlig förgiftning med hög dödlighet. Effektiv behandling med motgifter bör tillsammans med optimal understödande behandling sättas in så snart som möjligt.

En av de vanligaste orsakerna till cyanidförgiftning är inandning av brandrök. Cyanidförgiftning enbart eller i kombination med kolmonoxidförgiftning är en relativt vanlig orsak till tidig död hos brandoffer [1]. Förtäring av cyanidföreningar och inandning av cyanväte ger mycket allvarliga förgiftningar.

Viktigt med tidig behandling

Förutom understödande behandling av vitala funktioner (andning, cirkulation, korrektion av acidosis m m) samt tillförsel av 100 procent oxygen är tidig antidotbehandling av stor betydelse för utgången. I Sverige har tidigare funnits tillgång till motgifter som amylnitrit, natriumtiosulfat och koboltedetat (Kelocyanor). Amylnitrit och natriumtiosulfat har dock begränsad effektivitet och koboltedetat är behäftad med egen toxicitet. En annan substans med bättre egenskaper är hydroxokobalamin (en form av vitamin B₁₂) som, liksom koboltedetat, komplexbinder cyanidjoner under bildandet av cyanokobalamin, en ofarlig för-

ening, som sedan utsöndras med urinen. Cyanokobalamin är den aktiva substansen i flera vitamin B₁₂-preparat. Effektiviteten av hydroxokobalamin vid akuta cyanidförgiftningar är dokumenterad såväl i djurförsök [2, 3] som i kliniska studier [4-8].

Laktacidosis förhindras

Utveckling av laktacidosis är vanlig vid cyanidförgiftningar; denna process förhindras vid tillförsel av hydroxokobalamin [9]. Hydroxokobalamin har sedan länge varit tillgängligt för behandling av B₁₂-brist men nödvändig dos vid cyanidförgiftningar är tusenfaldigt högre, varför tidigare registrerade preparat ej kunnat användas. En lämplig beredning har i många år funnits i Frankrike. Sedan hösten 1996 är detta preparat tillgängligt även i Sverige. Finns hydroxokobalamin tillgängligt för omedelbart bruk behöver inte koboltedetat eller amylnitrit lagerhållas längre. Natriumtiosulfat bör dock fortfarande användas som komplement till hydroxokobalamin, dock inte vid brandröksexponering.

Cyanväte kan bildas ur många material som utsätts för hög temperatur. Vid pyrande bränder i diverse material (ull, bomull, silke, vissa plaster som t ex melamin och polyuretan) bildas cyanväte. Gasen är lättflyktig, och risk för inandning av cyanväte vid bränder föreligger främst om exponeringen skett i ett slutet utrymme.

Diagnostiska kriterier. Någon laboratoriemässig metod för påvisande av cyanidförekomst finns inte allmänt tillgänglig för akut bruk; diagnosen blir därför byggd på indicier. Cyanidförgiftning bör misstänkas hos brandoffer som är eller har varit medvetlösa och/eller har kardiell instabilitet med hypotension, befunnit sig i ett slutet utrymme samt har sot i näsa, mun eller svalg. Behandling med hydroxokobalamin bör då ges så snart som möjligt, helst redan på skadeplatsen.

Dosering. Vid säkerställd eller misstänkt cyanidförgiftning: Initialt ges 5 g hydroxokobalamin (barn 70 mg/kg) löst i 100 ml steril vatten som infusion under 15–30 minuter. Vid kvarstående symtom ges ytterligare 5 g hydroxoko-

Författare

MARK PERSONNE
biträdande överläkare

PER KULLING
biträdande överläkare; båda vid Giftinformationscentralen, Stockholm.