Skonsammare alternativ till sympatikotomi önskvärt

Biverkningarna efter handsvettsoperation vanligare än man tidigare trott

Transtorakal endoskopisk sympatikotomi (TES) är ett ingrepp som under senare år fått stor uppmärksamhet i medierna, främst som behandling av hyperhidros men också för socialt handikappande ansiktsrodnad, »facial blushing». Operationen har presenterats som en mycket effektiv behandling och som ett mindre ingrepp med mycket liten risk för komplikationer och biverkningar.

Stort mörkertal

Det är därför värdefullt att Göran Claes, som i hög grad bidragit till att metoden introducerats i Sverige, och Lars Räf nu i Läkartidningen 8/99 tagit upp problemet om komplikationer och biverkningar mot bakgrund av det ökande antalet anmälningar till Patientförsäkringen (PSR). Tjugofem anmälningar avseende behandling med TES hade inkommit till PSR under perioden 1993–1997, men utan tvivel har antalet anmälda fall väsentligt ökat; efter två uppmärksammade TV-program har jag som sakkunnig för PSR under senhösten 1998 handlagt ett tjugotal sådana anmälningar.

Jag är övertygad om att det dessutom finns ett stort mörkertal av allvarliga biverkningar, vilket framgår bl a av att patienter som anser sig ha lidit svår skada av TES-behandling bildat en förening.

TES-behandling har fått stor spridning och utförs nu på ett flertal sjukhus, liksom inom privat verksamhet. Det har förekommit ett par dödsfall, vilket har föranlett Socialstyrelsen att uttala att ingreppet endast skall utföras av läkare med toraxkirurgisk erfarenhet.

Vanliga biverkningar

Den vanligaste biverkningen är kompensatorisk svettning på bålen samt s k gustatorisk svettning. Det har hävdats att endast 2–3 procent av patienterna drabbas av kompensatorisk svettning i sådan grad att den utgör ett väsentligt handikapp. Vid en genomgång av litteraturen från senare år framgår det emellertid att denna biverkning i själva verket förekommer hos majoriteten av patienterna, och i uttalad (»severe») grad hos så många som ca 25 procent [1].

Även i Boråsgruppens material är tydligen denna biverkning vanlig och uppges vara »to some degree disturbing» hos inte mindre än 60 procent av patienterna [2], i en annan studie »severe» hos 43 procent [3]. I en studie från Wien rapporterades att andelen nöjda patienter efter ett år minskade från ca 90 procent till 68 procent till följd av i första hand kompensatorisk svettning [4]. Denna biverkning, som således av många patienter upplevs som mycket besvärande, är tydligen väsentligt vanligare än vad som framgått av tidigare rapporter.

Horners syndrom

Horners syndrom förekommer inte sällan under den första postoperativa fasen, men blir bestående endast hos enstaka patienter; i några studier uppges detta dock förekomma hos ända upp till 9 procent [5]. Mot bakgrund av att sympatikotomi omfattande andra gangliet effektivt påverkar sympatikustonus i ansiktet är det närmast förvånande att inte ögats sympatiska innervation i större omfattning kommer till skada.

Smärta

Claes och Räf diskuterar även smärta som en relativt vanlig biverkning. I de svåraste fallen är denna smärta lokaliserad till armen, och beskrivs som en obehaglig och djup, ofta brännande smärta. Dessutom rapporterar flera av dessa patienter upplevelse av överkänslighet som synes överensstämma med allodyni och dysestesi.

Det förefaller i dessa fall således röra sig om ett neuropatiskt smärttillstånd. I vissa fall är smärtan begränsad till de översta interkostalnervernas utbredningsområde, och orsaken kan då möjligen vara värmespridning till torakala nervrötter.

Claes och Räf har antagit att smärta i armen skulle vara en följd av ogynnsamt läge under ingreppet. Jag håller denna förklaring för mindre sannolik. Utbredningen av såväl smärta som sensibilitetsstörning är som regel inte segmentellt begränsad. Som beskrevs redan 1927 av bl a Kuntz [6] finns det utbredda förbindelser via de grå postsynaptiska kommunikanterna från de övre torakala ganglierna till plexus brachialis.

Det är väl känt att en störning av balansen mellan somatisk och sympatisk innervation kan vara förenad med svåra neuropatiska smärttillstånd, som vanligen brukar betecknas som sympatikusberoende smärta eller sympatisk reflexdystrofi (RSD).

Det finns skäl även att påminna om s k postsympatektomismärta, en fruktad komplikation till öppna sympatek-

Författare

BJÖRN MEYERSON
professor emeritus, Stockholm.

Översikt eller medicinsk kommentar?

Många av Läkartidningens läsare följer utvecklingen inom olika områden i internationella specialtidskrifter och böcker. Om nya rön är av så stor betydelse att stora läkargrupper i Sverige borde informeras om dem kanske en medicinsk kommentar eller kort översikt i Läkartidningen är motive-rad.

Redaktionen sätter stort värde på artiklar där flera aktuella arbeten jämförs och sammanfattas så att kliniskt viktiga slutsatser kan dras, likaså på översikter som speglar spännande utveckling inom en specialitet eller ett ämnesområde.

Skriv eller ring gärna innan du skriver en artikel av denna typ!

tomier, som tidigare ofta utfördes som behandling vid vissa neuropatiska smärttillstånd.

Mot bakgrund av att neuralgisk smärta i PSR-materialet är en relativt vanlig och besvärande biverkning förefaller den vara ofullständigt dokumenterad i litteraturen. I en studie från Korea [7] rapporterades »kausalgi» hos 13 procent av patienterna, och »neuralgi» hos 10 procent i en studie från Israel [5].

Operation mot ansiktsrodnad olämplig för unga patienter

Socialt handikappande ansiktsrodnad har kommit att bli en allt vanligare indikation för TES [8]. Ingreppet utförs i princip på samma sätt som på indikationen hyperhidros. Resultaten anges vara mycket gynnsamma och biverkningsfrekvensen låg.

Detta patientmaterial skiljer sig emellertid i ett väsentligt avseende från hyperhidrospatienterna i och med att ingreppet har utförts även på anmärkningsvärt unga patienter – i Boråsmaterialet ända ned till 15 år! [9]. Detta är förvånande, då det ju rör sig om ett neurodestruktivt ingrepp. Operationen omfattar vidare den del av sympatiska gränssträngen/ganglierna som är av central betydelse för den autonoma kardiovaskulära kontrollen [10]. Möjligheterna till regeneration och funktionell restitution är uppenbarligen mycket begränsade.

Starka skäl ifrågasätta irreversibelt ingrepp

Det finns enligt min uppfattning starka skäl att ifrågasätta ett sådant destruktivt och irreversibelt ingrepp på en växande individ, hos vilken det autonoma nervsystemet ännu ej nått full mognad; indikationen är dessutom relativ, nästan »kosmetisk». Det rör sig faktiskt om ungdomar som ännu ej passerat puberteten, och autonoma funktioner är i hög grad relaterade till bl a den endokrina mognaden. Man måste också ta hänsyn till den psykosociala anpassningsförmågan, som knappast är fullt utvecklad förrän en bit över 20-årsåldern. Detta gäller i hög grad ett symtom som ansiktsrodnad!

Hur minska risken för biverkningar?

Går det då att minska risken för biverkningar vid TES? Ingreppet utförs genom radikal destruktion medelst elektrokoagulation av ganglier och gränsstrång; en mer skonsam metod vore önskvärd för att möjliggöra viss regeneration. Kanske en enkel, skarp avskärning av gränssträngen skulle räcka. Man kan även tänka sig att försöka blockera sympatikusutflödet med s k »nerve crush». I fall av palmar hyperhidros skulle ingreppet möjligen kunna inskränkas till den dominanta sidan.

Aquilonius och Naver rapporterade i Läkartidningen 35/98 [11] om sina erfarenheter av behandling av palmar hyperhidros med lokala injektioner av botulinumtoxin. Resultaten har varit så goda att man med rätta kan hävda att sådan behandling i dessa fall alltid skall prövas innan ett neurodestruktivt ingrepp övervägs. Behandlingen har även visat sig effektiv vid axillär hyperhidros [12].

Endast starka indikationer

Utan tvivel är TES en värdefull och effektiv behandling av symtom som för många patienter innebär ett stort lidande med vittgående konsekvenser. Med nu använd teknik är ingreppet emellertid irreversibelt och innebär en relativt hög risk för allvarliga biverkningar. Det skall därför utföras endast på starka indikationer, med detaljerad och nyanserad preoperativ information. Endast patienter i vuxen ålder skall komma i fråga.

I varje enskilt fall måste ovillkorligen en avvägning ske mot möjligheten till icke-destruktiv behandling med botulinumtoxin.

Referenser

1. Andrews BT, Rennie JA. Changes in the severity and distribution of sweating following thoracoscopic sympathectomy. 2nd international symposium on thoracoscopic sympathicotomy, 1997: 24 (Abstract).
2. Rex LO, Drott C, Claes G, Göthberg G, Dalman P. The Borås experience of endoscopic thoracic sympathicotomy for palmar, axillary, facial hyperhidrosis and facial blushing. Eur J Surg Suppl 1998; 580: 23-6.
3. Lai YT, Yang LH. Chio CC, Chen HH. Complications in patients with palmar hyperhidrosis treated with transthoracic endoscopic sympathectomy. Neurosurgery 1997; 41: 110-5.
4. Zacherl J, Huber E, Imhof M, Plas EG, Herbst F, Függer R. Long-term results of 635 thoracoscopic sympathicotomies for primary hyperhidrosis: the Vienna experience. 2nd international symposium on thoracoscopic sympathicotomy, 1997; 27 (Abstract).
5. Kopelman D, Hashmonai M, Ehrenreich M, Assalia A. Thoracoscopic sympathectomy for palmar hyperhidrosis. 2nd international symposium on thoracoscopic sympathicotomy, 1997: 20 (Abstract).
6. Kuntz A. Distribution of the sympathetic rami to the brachial plexus. Arch Surg 1927; 15: 871-7.
7. Kim KT, Kim HM, Lee IS. Thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis. 2nd international symposium on thoracoscopic sympathicotomy, 1997: 18 (Abstract).
8. Drott C, Claes G, Olsson-Rex L, Dalman P, Fahlen T, Göthberg G. Successful treatment of facial blushing by endoscopic transthoracic sympathicotomy. Br J Dermatol 1998; 138: 639-43.
9. Claes G, Drott C, Dalman P, Rex L, Göthberg G, Fahlén T. Behandling av ansiktsrodnad med endoskopisk torakal sympatikotomi. 85 procent av patienterna nöjda, men biverkningar finns. Läkartidningen 1998; 95: 3660-2.
10. Papa MZ, Schneiderman J, Tucker E, Bass A, Drori Y, Adar R. Cardiovascular changes after bilateral upper dorsal sympathectomy. Ann Surg 1986; 204: 715-8.
11. Aquilonius SM, Naver H. Ny behandlingsprincip vid svåra svettningsbesvär. Injektioner av botulinumtoxin kan ersätta nervavskärning. Läkartidningen 1998; 95: 3658-9.
12. Buchara KO, Park DM, Jones JC, Schutta HS. Botulinum toxin: a possible new treatment for axillary hyperhidrosis. Clin Exp Dermatol 1996; 21: 276-8.