

Preoperativt erythropoietin och järn reducerar transfusionsbehov vid elektiv kirurgi

II Höftplastik medför ofta behov av blodtransfusioner (i den aktuella studien var bakgrundsprevalensen 39 procent). Artikeln redovisar resultaten av ett 3-årigt samarbetsprojekt mellan 17 kanadensiska sjukhus, där 201 patienter (av totalt 408) med B-Hb <150 g/l randomiserades dubbelblint till preoperativ behandling med järn-polysackaridkapslar, 6 veckor före operationen, 150 mg Fex3 såvida inte besvär föranledde dosreduktion, och erythropoietinjektioner, 4 veckor före operationen, 1 injektion/v av placebo (n=78), 20 000 enheter (n=79) eller 40 000 enheter »epoetin alfa« (n=44). Behandlingen avbröts om B-Hb översteg 150 g/l, respektive systoliskt och/eller diastoliskt blodtryck översteg 200 mm Hg respektive 105 mm Hg. Registrering gjordes av transfusionsbehov,

B-Hb och B-retikulocytantal. Biverkningar bedömdes enligt WHO-kriterier från 1992, främst tromboembolisk sjukdom (djup ventrombos, lungembolism).

Alla patienter kunde följas upp. I fyra fall gavs endast 3 av 4 planerade injektioner som följd av Hb-ökning (3 fall) respektive blodtrycksökning (1 fall). I studiegrupperna föll B-Hb med ca 35 g/l. Blodtransfusionsbehov var i placebo-gruppen 45 procent av fallen, i lågdosgruppen 23 och högdosgruppen 11 procent (ingen statistisk skillnad mellan behandlingsgrupperna). Blodtransfusion utfördes vid B-Hb ca 80 g/l. Prevalensen av tromboembolisk sjukdom var ungefär samma i grupperna, ca 6 procent. Ett fall av lungembolism sågs (i placebogruppen).

Slutsatserna från studien, som före-

faller vara väl tillämpliga på svenska förhållanden, var att behandling med erythropoietin och järn 4 respektive 6 veckor före operationen påtagligt kan reducera – men inte helt eliminera – behovet av blodtransfusioner vid höftplastik utan påtagligt ökad komplikationsrisk. Preoperativ monitorering bör ske av B-Hb och blodtryck. Kostnaderna för behandlingen måste vägas mot reduktionen av kostnader för blodtransfusion och eventuella komplikationer vid/efter transfusion.

Göran Lindstedt

goran.lindstedt.gu@telia.com ;

Jón Karlsson

Feagan BG, et al. Erythropoietin with iron supplementation to prevent allogeneic blood transfusion in total hip arthroplasty. Ann Intern Med 2000;133:845-54

Eradikering av Helicobacter pylori ej indicerat vid NUD

II Om Helicobacter pylori har någon roll i uppkomsten av och symtombilden vid non-ulcer dyspepsi (NUD) har länge varit en kontroversiell fråga. Åtskilliga studier har varit dåligt underbyggda och baserade på små och inte väl definierade patientgrupper. Den aktuella artikeln är en metaanalys av randomiserade och kontrollerade studier.

Sökning i databaser på alla språk identifierade 154 artiklar, varav 7 publicerade studier och 3 sammanfattningsuppfyllde kraven: NUD med dokumentation av såväl symtomen som av H pylori-infektion (kombination av serologi,

urea breath test och/eller histologi), jämförde behandling med 2–4 medel riktade mot H pylori med terapi, som ej innefattade antibiotika eller vismut, var randomiserade och kontrollerade och hade en uppföljningstid på minst en månad efter avslutning av behandlingen. Av dessa hade H pylori-eradikering ej definierats i två studier, och i två andra hade den bedömts två veckor efter avslutad behandling. Av de jämförbara studierna var det en som visade en gynnsam effekt av H pylori-terapi (oddskvot 1,29, konfidensintervall 0,89–1,89). Om denna utslöts fann man statistisk överensstäm-

melse. De tre studier som använde standarddefinitionen på dyspepsi visade entydigt att H pylori-terapi var ineffektiv. Lindring av symtom var i allmänhet samma i de grupper som fått specifik anti-H pylori-behandling respektive kontrollbehandling.

Slutsatsen blev att eradikering av H pylori inte har någon plats i behandling av NUD.

Åsa Ljungh

asa.ljungh@mmb.lu.se

Laine L, et al. Therapy for Helicobacter pylori in patients with nonulcer dyspepsia. Ann Intern Med 2001;134:361-9

Kontinuerlig rotationsterapi för ARDS-patienter ett alternativ till buklägesbehandling

II Buklägesbehandling har under de senaste åren visats förbättra syresättningen hos upp till 80 procent av respiratorbehandlade patienter med svår akut lungskada. Hos vissa patienter kan emellertid buklägesbehandling anses olämplig eller vara svår att genomföra. Kontinuerlig rotationsterapi har använts för att mobilisera strokepatienter. Detta är den första studie som jämför buklägesbehandling och kontinuerlig rotationsterapi för ARDS-patienter. Behandlingen inleddes med att även kväveoxid (NO) tillförs båda grupperna.

Materialiet omfattar 26 respiratorbehandlade patienter, som inkluderades inom de närmaste 72 timmarna efter att

de fått diagnosen ARDS. 12 patienter blev randomiserade till buklägesbehandling och 14 patienter till kontinuerlig rotationsbehandling. Syresättningen förbättrades och shuntens minskade i båda grupperna. I den grupp som behandlades med kontinuerlig rotationsterapi fick vinkeln vid rotation minskas hos tre patienter på grund av cirkulatorisk instabilitet. De buklägesbehandlade patienterna var cirkulatoriskt stabila.

Författarnas konklusion är att för patienter där buklägesbehandling anses omöjlig eller ej tillräddlig kan kontinuerlig rotationsterapi vara ett alternativ som del av behandlingen av ARDS-patienter.

Sängar konstruerade för kontinuerlig

rotationsterapi förekommer oftare i tyskspråkiga länder (artikeln kommer ifrån Wien). Ett alternativ till rotationsbehandling kan vara att i ryggläge använda sandsäckar (motsvarande ca 10 procent av kroppsvikten) på bröstkorgen [Brazzi L et al. Prone position in anaesthesia and intensive care. Care Crit Ill 1999;15:5-10].

Margareta Mure

Margareta.Mure@kirurgi.ki.se

Staudinger T, et al. Comparison of prone positioning and continuous rotation of patients with adult respiratory distress syndrome: Results of a pilot study. Crit Care Med 2001;29:51-6