

blematik, besvärlig skilsmässa, kamratsvårigheter, skolproblem, störning i identitetsutveckling m m. Bakom dessa bekymmer finns ofta föräldrar som inte orkar eller kan vara föräldrar då de själva balanserar nära gränsen för att orka med sig själva. Kanske har även de en ohållbar arbetssituation – antalet långtidssjukskrivna och utbrända ökar ju dramatiskt inom alla sektorer i samhället.

Mitt uppe i tankarna kring min egen arbetsmiljö konfronterar jag med rapporter om okontrollerat våld bland unga, inte sällan riktat mot gamla. Det är ständiga beskrivningar av meningslös skadegörelse, ett rått språkbruk bland barn och ungdomar, och nu senast våldsamma demonstrationer med allvarligt våld både från demonstranter och från polis.

Vi tycks vara på väg åt fel håll

Med detta i åtanke tycker jag att vi verkar vara på väg åt fel håll. Detta för mig tillbaka till mina tankar om existentiella frågor. *Vad ska vi göra med våra liv?*

En biolog skulle säga att vi ska fortplantera oss och föra släktet vidare, men det är då viktigt att avkomman – våra barn – kan inlemmas i samhället. Just nu tvivlar jag på att det går.

En teolog eller psykolog skulle nog ha andra svar, men jag tror inte de skulle lugna mig.

Ökad vanmakt och stress?

Om mina intryck stämmer, liksom larmrapporterna från olika delar av samhället, så tyder det på en ökad vanmakt och stress i samhället. Det är då lite märkligt att det inte förs en debatt om det och en analys angående orsakerna.

Har det med kravet på ständig tillväxt att göra?

Leder de gigantiska skillnaderna i levnadsvillkor mellan och inom länder till frustration både hos oss rika och hos de fattiga?

Kontakt med andra

Min tanke – och förhoppning – med detta inlägg är att få kontakt med andra som har liknande funderingar och att med hjälp av andra försöka få tillstånd en debatt med en tvärvetenskaplig ton och ett brett deltagande. Jag hoppas och tror att det går att påverka utvecklingen.

Tomas Engvall

barnläkare, Norrtälje

barnläkarmottagning, Norrtälje sjukhus

Tomas.Engvall@nts.sll.se

Sympatikuskirurgi – hur mycket biverkningar är godtagbara?

II Åter har biverkningar efter sympatektomi för handsvett tagits upp i Läkartidningen. Som vanligt påpekar professor Lars Räf [1], expert i Patientskadenämnden, att höga krav måste ställas på informationen till patienterna före operation. Som vanligt slätar Boråskliniken [2] över biverkningarna, nu redan i undertiteln – »Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar«.

Tidigare i år har två ytterligare dokument getts spridning: Patientinformation från Borås lasarett [3] samt Sammanställning av en enkätundersökning, från Föreningen för sympaticusopererade [4]. Innehållet i dessa fyra dokument uppvisar avsevärda skillnader.

Liten patientförening

Föreningen för sympaticusopererade (FfSo) är en liten patientförening på drygt 200 personer utan statsbidrag och utan egen tidning. Föreningens enkät har besvarats av 151 personer, 87 män och 64 kvinnor, opererade mellan 1972 och 1999.

Av de 151 personerna har 123 genomgått endoskopisk operation, 12 öppen kirurgi, 1 elektrolytisk blockad, och 2 endoskopisk + öppen kirurgi. Vanligaste indikation var handsvett 89 st, armsvett 33 st, rodnad 31 st, ansiktssvett 14 st.

Flertalet svarande i FfSos enkät anser att informationen före operation varit överslättande eller otillräcklig.

Antal utförda operationer

Uppgifter om antalet utförda operationer är motsägelsefulla. Drott och medarbetare [2] anger att 2 992 patienter opererats under åren 1989–1998 på Borås lasarett och Carlanderska sjukhuset i Göteborg (299 per år).

Men enligt Patientinformationen [3] har de sedan starten 1987 opererat fler än 5 000 patienter. Det skulle innebära att man under åren 1987–1988 och 1999–2000 opererade minst 2 008 patienter, dvs 500 per år. Är det verkligen möjligt?

Patientinformationen måste bli lidande

Enligt Räf [1] har endotorakal sympatektomi (ETS) utförts på mer än 4 000 patienter vid kirurgiska, neuro-, plastisk- och toraxkirurgiska kliniker över hela landet.

FfSo [2] räknar upp 29 sjukhus i Sverige, varav Borås + Carlanderska svarar för 52 procent av fallen. När ingreppet sprids över så många kliniker, blir det svårt att få en överblick över biverk-

ningarna, och patientinformationen måste bli lidande.

Hyperhidros

Räf räknar upp olika komplikationer i samband med ETS, med särskild tonvikt på »kompensatorisk svettning«, tyvärr i överslättande ordalag: »I de första rapporterna från Claes och medarbetare (1993) angående ETS omnämns inte denna komplikation, men i senare större sammanställningar av patientmaterialet har problemet tagits upp.«

Av denna formulering leds man att tro att »kompensatorisk svettning« ej beskrivits tidigare. Men i en annan artikel samma år citerar Boråsgruppen [5] arbeten från 1975 till 1993 med kompensatorisk svettning i 39–74 procent, och i sitt eget material 56 procent.

Dessutom citerar man en avhandling från 1950 [6], där Inga Lindgren fann att vänstersidig ganglionektomi för angina pectoris ledde till torrhet på vänster sida ovanför fjärde revbenet, men bålsvett på höger sida.

Så någon överraskning utgör inte den »kompensatoriska svettningen«. Det är också klart att den uppträder både efter öppen kirurgi och efter endoskopisk kirurgi. FfSo [4] redovisar bland 151 svar 145 med svettningar på bålen (bröst, rygg), 130 med svettningar på ben och 106 med svettningar efter matintag.

Missvisande uttryck

»Kompensatorisk svettning« är egentligen ett missvisande uttryck, eftersom svettningen inte bara framkallas av värme utan även av måltider (gustatoriskt). Den är alltså inte nödvändig för kroppens värmebalans, snarare tvärtom. Ett bättre uttryck vore *svettning i icke denerverade områden* (hyperhidrosis in non-denervated areas).

Som exempel kan nämnas ett fall beskrivet 1940: »... a young gynaecologist who in 1930 fell on a fragment of glass and severed the volar superficial branch of his left ulnar nerve. ... developed a considerable and most unpleasant reflex hydrosis over the whole body. ... The general hyperhydrosis receded only gradually, with the regeneration of the small cutaneous nerve« [7]. Även små skador på sympatikusk kan ge utbredda effekter.

Konsekvenser för livskvaliteten

Drott och medarbetare [2] redovisar förekomst av olika typer av livskvalitetsrelaterade konsekvenser av ansikts-

rodnad och effekter av ETS-operation. För ansiktsrodnad ledde besvären redan före operation till sjukpension i 1,5 procent [2; Tabell II], men inga ytterligare fall efter operationen.

Tyvärr redovisar de inte motsvarande tal för svettoperationer, och i Patientinformation [3] nämns inte risken för sjukpension över huvud taget.

FfSo [4] anger däremot att efter operationen har 25 personer tvingats byta arbete på grund av biverkningar, 14 har blivit arbetslösa, 6 är deltidssjukskrivna, 19 är, heltidssjukskrivna, 4 har deltidspension, 12 har heltidspension.

Alternativ behandling

Räf [1] citerar Socialstyrelsens bedömning att biverkningarna efter sympatektomi gör det nödvändigt att först pröva andra behandlingsmetoder, och att en ingående medicinsk utredning krävs innan beslut tas till operativt ingrepp.

Vi har själva rapporterat fall där

svettningar upphört efter amalgamsanering [8]. Sammantaget anser vi att informationen till patienterna behöver förbättras. Personligen anser vi också att tandanamnes och tandstatus bör ingå i den medicinska utredningen, och att amalgamsanering bör erbjudas i första hand.

Fredrik Berglund

med dr, Sollentuna

fred.berglund@swip.net.se

Erik Berglund

med dr, Göteborg

Referenser

1. Räf L. Komplikationer vanliga efter operation mot handsveit och ansiktsrodnad. Tera-pieffekten måste vägas mot risken för biverkningar. Läkartidningen 2001;98:1764-5.
2. Drott C, Claes G, Rex L, Dalman P, Göthberg G, Fahlén T. Långtidsresultat efter operation mot handsveit och ansiktsrodnad. Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar. Läkartidningen 2001;98:1766-72.

3. Claes G, Drott C, Göthberg G, Dalman, Rex L. Patientinformation avseende operation mot svår handsveit, ansiktssveit och ansiktsrodnad. Borås: Borås lasarett, kirurg-kliniken 2001-01-08 (3 sidor).

4. FfSo. Sammanställning av enkätundersökning. Utförd bland sympaticusopererade som drabbats av biverkningar efter operation. Föreningen för sympaticusopererade 2001-03-29 (24 sidor).

5. Drott C, Göthberg, Claes G. Endoscopic procedures of the upper-thoracic sympathetic chain. A review. Arch Surg 1993;128: 237-41.

6. Lindgren I. Angina pectoris, a clinical study with special reference to neurosurgical treatment. Acta Medica Scandinavica 1950; suppl 243.

7. Guttmann L. The distribution of disturbances of sweat secretion after extirpation of certain sympathetic cervical ganglia in man. J Anat 1940;74:537-49.

8. Berglund F, Berglund E. Sympatektomi eller amalgamsanering för handsveit. Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 2000;109:252

Replik:

Kompensationssveitning är en bieffekt, men ingen komplikation

II Vi instämmer helt i bröderna Berglunds åsikt att patienter skall vara noggrant informerade inför kirurgiska ingrepp. I vår information betonar vi vikten av att prova icke kirurgisk behandling innan operation övervägs samt att operation bör reserveras för individer med svårt handikappande besvär av handsveit eller ansiktsrodnad. Detta är även Socialstyrelsens rekommendation.

Bröderna Berglund anger att vi inte skulle ha nämnt komplikationen kompensationssveit i våra tidiga publikationer. För det första är kompensationssveitning en bieffekt och ej en komplikation. Vi angav redan 1992 och 1993 att 55 procent av patienterna rapporterade ökad sveitning på icke denerverade områden [1, 2].

Patienterna informeras nog

I denna uppföljning, som omfattade 130 patienter, var det emellertid ingen som angav att kompensationssveitningen var av allvarlig natur. Uppföljningen var relativt kort, och i senare studier har vi påvisat att kompensationssveitning i vissa fall kan utgöra ett större problem än det indikationsgivande tillståndet, vilket vi noggrant informerar de som är intresserade av ETS-operation om [3].

De flesta är nöjda

Trots att många patienter upplever besvärande kompensationssveitning är en överväldigande majoritet nöjda med operationsresultatet. Vi håller med om

att kompensationssveitning är en något missvisande term och att sveitning på icke denerverat område är bättre. Emellertid är »compensatory sweating» en internationellt etablerad benämning.

Anekdotiska fall ingen grund

Bröderna Berglund ifrågasätter våra operationssiffror. Dessa är korrekta men operationerna är utförda av fem kirurger på flera sjukhus. Vad gäller bröderna Berglunds rekommendation om amalgamsanering som behandling av handsveit krävs tyngre vetenskaplig dokumentation än enstaka anekdotiska fall.

Christer Drott

docent, överläkare

christer.drott@vgregion.se

Göran Claes

docent, överläkare;

båda vid kirurgiska kliniken,

Borås lasarett

Referenser

1. Claes G, Drott C, Göthberg G. God effekt och få komplikationer med minimalt invasiv endoskopisk kirurgi vid handsveit. Läkartidningen 2002;99:1477-8.

2. Claes G, Drott C, Göthberg G. Endoscopic electrocautery of the sympathetic chain. A minimally invasive way to treat palmar hyperhidrosis. Scand J Plast Reconstr Surg 1993; 27:29-33.

3. Drott C, Claes G, Rex L, Dalman P, Göthberg G, Fahlén T. Långtidsresultat efter operation mot handsveit och ansiktsrodnad. Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar. Läkartidningen 2001; 98:1766-72.