

Varför var det fel att använda explorativ laparoskopi vid diagnostik av abdominellt lymfom? Det frågade Björn Öjerskog i ett inlägg i Läkartidningen 1/2005 med anled-

ning av ett HSAN-beslut. Här svarar vetenskapliga rådet Ulf Haglund och föredragande läkaren vid HSAN Anders Somell.

Jag skulle starkt förorda ultraljudsledd biopsi

I Läkartidningen 1-2/2005 (sidan 66) har Björn Öjerskog uttryckt kritiska synpunkter samt ställt några frågor med anledning av ett refererat ansvarsärende. Framför allt är Öjerskog negativt inställd till att jag i min egenskap av tillfrågad expert uttryckt att ett av två alternativa tillvägagångssätt skulle vara felaktigt, trots att det inte finns någon randomiserad kontrollerad studie (RCT) av de två tillvägagångssätten att grunda denna uppfattning på.

Öjerskog torde vara medveten om att det olyckligtvis finns relativt få situationer inom kirurgin där sådana studier kan användas som bakgrund för värdering av beslut. Uppdraget i det aktuella ärendet var att avge utlåtande i frågan om patienten behandlats »i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet«. Vetenskap i detta sammanhang är randomiserade studier och andra »evidens«. Många ageranden, som av en enig kår skulle bedömas som felaktiga, har aldrig varit föremål för randomiserade studier. Här kommer beprövad erfarenhet in. Den värderas i en bedömning av HSAN där expertutlåtandet vägs in.

Det aktuella ärendet

I det aktuella ärendet skrev jag att explorativ laparoskopi plus laparoskopisk noggrann genomgång av tunntarmen i hela dess längd var ett onödigt ingrepp förbundet med stor risk. Det var således det kombinerade laparoskopiska ingreppet – tunntarmsexploration plus lymfkörtelextirpation – som avsågs. Instrumentell hantering av tarmen, såsom vid laparoskopisk exploration av tarmen i hela dess längd, har en hög frekvens av allvarliga postoperativa komplikationer. Den uppfattningen stöds bl a av registerdata.

Inget är helt riskfritt; ej heller ultraljudsledd mellannålsbiopsi. Enligt min – och många andras – bedömning är riskerna vid det alternativet dock betydligt mindre. Det sistnämnda förfarandet är rutin på många svenska sjukhus inklusive Akademiska sjukhuset. Men, uppfattningen stöds inte av en RCT – någon sådan finns inte. Tidigare var det inte möjligt för patologen att göra en fullständig lymfomdiagnostik enbart på det material som erhöles vid mellannålsbiopsi. Numera är det fullt möjligt och det finns inget behov av extirpation av hela lymfkörtlar.

För att svara på Öjerskogs fråga om hur man ska gå till väga vid misstanke om lymfom i buken – under förutsättning att olika alternativ alla är applicerbara – vill jag börja med att säga att öppen biopsi i oträngt mål är en förlegad teknik. Traumat är orimligt stort och den postoperativa konvalescensen fördröjer i onödan tiden till dess att behandling kan sättas in.

Ett mindre och enklare ingrepp

I valet mellan ultraljudsledd mellannålsbiopsi och laparoskopisk lymfkörtelextirpation (Obs! utan exploration av tunntarmen) skulle jag starkt förorda ultraljudsledd biopsi. Detta är ett mindre och för patienten enklare ingrepp som leder till samma mål. Ingen narkos, ingen operation, ingen konvalescens, mindre risk

och samma diagnostiska utbyte! Bevisbördan borde ligga hos den som förordar ett större ingrepp. Vi måste använda våra resurser på ett selektivt vis. En viktig faktor är patientens inställning sedan alternativen sakligt beskrivits. Att ett sjukhus saknar egen erfarenhet av den »bästa« får ju inte vara avgörande!

Referatet i Läkartidningen av det aktuella ärendet kan ge intryck av att ärendet var så enkelt att det rörde sig enbart om frågan om laparoskopisk lymfkörtelextirpation eller ultraljudsledd mellannålsbiopsi. Det var det inte.

Ulf Haglund

professor i kirurgi,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
ulf.haglund@akademiska.se

En mängd förhållanden vägs in i beslutet

Björn Öjerskog (BÖ) har i ett inlägg i Läkartidningen 1/2005 (sidan 66) ifrågasatt ett utslag i HSAN – alltid tacksamt – där jag har varit föredragande. Jag vill därför komma med några kompletterande synpunkter. BÖ antar att nämndens utslag helt baseras på vetenskapliga rådets, professor Ulf Haglund, yttrande med fokus huvudsakligen på laparoskopimetoden. Ett referat i Läkartidningen blir emellertid med nödvändighet inte heltäckande; ibland kan nyanser gå förlorade i de ofta långa besluten.

Ofta en hel kedja av händelser

Efter grundlig diskussion i nämnden om ett ärendes detaljer, fattas ett beslut som oftast baserar sig på en hel kedja av händelser. Det är oftast inte så enkelt att det bara är en enda kritiserad åtgärd (kvarglömd tork, fel sida eller organ eller liknande) som bedöms, utan hela det sammanlagda agerandet.

Inget ärende är helt likt ett annat, och i det aktuella ärendet var det alltså inte bara valet av laparoskopi som ifrågasattes utan även andra moment i handläggningen, allt adderat ledande till en katastrof för patienten. Även om besluten i huvudsak är konsekvensneutrala, är ju nämndledamöterna också människor som någon gång inte kan undgå att väga in hur det gått för patienten, i det aktuella fallet blev resultatet av ingreppet förödande.

I många kliniska situationer kan man lösa problem på flera sätt, och det är vanligt att olika bedömare kommer till olika resultat. Det går alltid att få stöd för sin uppfattning hos någon expert medan andra tycker tvärtom. Det är ofrånkomligt att yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd tillmäts en mycket stor betydelse. I en diskussion om vad som i ett enskilt ärende har skötts felaktigt, ursäktligt eller korrekt, tycker jag nog att vetenskapliga råden skall ha tolkningsföreträde, även om jag också för nämnden redovisar en egen mening i frågan.

Att klarlägga det aktuella kunskapsläget i relation till det anmälda agerandet och att bedöma graden av eventuellt fel kan dock ibland vara svårt. Det är därför också möjligt att få frågan prövad ännu en gång genom ett överklagande, något som vad jag tror inte blev fallet i det aktuella ärendet.

Sammanfattningsvis: I HSANs beslut vägs in en mängd förhållanden som inte blir så tydliga då ett ärende kort skall sammanfattas i ett referat. Alla beslut resulterar också i åtminstone en missnöjd part, något man som föredragande får lära sig att acceptera.

Anders Somell

docent, medicinskt sakkunnig på HSAN
anders.somell@telia.com