

handling av kokainism och spelmissbruk, i studier där avancerad statistisk analys inte tyder på att dessa effekter skulle vara sekundära till en sänkt alkoholkonsumtion [för referenser se 6].

Naturligtvis finns det flera störfaktorer som skulle kunna förklara att disulfiram tycks vara bättre än såväl naltrexon som acamprosat, men enligt vår bestämda uppfattning kan dessa inte motivera ett avfärdande av disulfiram som en viktig komponent i ett behandlingsprogram för alkoholister.

På grundval av ovanstående vill vi därför uppmana de ansvariga för Läkemedelsboken, Klockan samt Beroendekurserna vid KI att omvärdera sin negativa inställning till disulfiram och, inte minst för patienternas skull, skyndsamt göra de förändringar som krävs för att man ska vara vetenskapligt och kliniskt trovärdiga.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. De Sousa A, De Sousa A. A one year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2004;39:528-31.
2. De Sousa A, De Sousa A. An open randomized study comparing disulfiram and acamprosat in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2005;40:545-8.
3. De Sousa A, De Sousa J, Kapoor H. An open randomized trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:460-3.
4. Laaksonen E, Koski-Jännes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosat in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2008;43:53-61.
5. Diehl A, Ulmer L, Mutschler J, Herre H, Krumm B, Croissant B, et al. Why is disulfiram superior to acamprosat in the routine clinical setting? A retrospective long-term study in 353 alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 2010;45:271-7.
6. Barth KS, Malcolm RJ. Disulfiram: an old therapeutic with new applications. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2010;9:5-12.

Peritoneal karcinos kan ha lika god prognos som primär koloncancer och bör handläggas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet

■ När man som ung kirurg konfronterades med en buk med peritoneal karcinos var detta det mest »inoperabla« man kunde tänka sig, och den seniora kirurgens budskap var alltid att man skulle sy ihop, möjligen göra någon palliativ kirurgi och eventuellt överväga cellgiftbehandling. Vi vet i dag att detta är fel och att utvecklingen har sprungit ifrån detta synsätt.

Vissa typer av peritoneal karcinos inom gruppen pseudomyxoma peritonei (PMP) har de facto minst lika god prognos som primär koloncancer [1], och även mindre gynnsamma former har ungefär samma prognos som resektabla levermetastaser [2, 3]. Det är därför nedslående att höra att patienter i vissa delar av Sverige, sannolikt av främst ekonomiska skäl, förvägras kurativt syftande behandling.

Vi är medvetna om att det föreligger en brist på randomiserade studier när det gäller karcinos utgången från koloncancer. Det finns däremot en fall-kontrollstudie från vårt eget centrum [4], och även en kontrollerad studie där patienter med peritoneal karcinos utgående från kolorektal cancer randomiserades till peritonektomi plus hyperterm intraoperativ cytostatika- (HIPEC) eller till systemisk cytostatikabehandling, där både kort- och långtidsuppföljning visade en fördel för det förstnämnda alternativet [(5, 6)]. Våra preliminära data på patienter med PMP sedan 2003 och som är behandlade med makroskopisk radikal kirurgi i kombination med HIPEC visar också en femårsöverlevnad överstigande 90 procent.

Det finns också data som talar för att dominerande pro-

»... vilka argument man har för att neka patienter med en letal sjukdom en behandling som bevisligen leder till långtidsöverlevnad ...«

gnostiska faktorer, vid sidan av histologi, är möjlighet att uppnå radikalitet [7] och omfattning av tidigare kirurgi [3]. Konsekvensen av detta är att vid överraskningsfynd av peritoneal karcinos göra så lite dissektion som möjligt och remittera patienten för senare definitiv behandling.

Det andra argumentet som kan tala mot peritonektomi och HIPEC är morbiditet och mortalitet, men med förbättrad kirurgisk metodik och perioperativ vård har nivåer väl jämförbara med dem vid annan större onkologisk kirurgi kunnat uppnås [8, 9].

En förutsättning för både goda överlevnadsresultat och rimlig postoperativ morbiditet är att vården koncentreras till högspecialiserat centrum, varifrån alla citerade resultat utgår ifrån.

Vi vill ställa frågan om de som förvägrar patienter med peritoneal karcinos effektiv behandling också avstår från att operera primär koloncancer på grund av brist på randomiserade studier? Nekar man patienter leverkirurgi vid operabel levermetastaser på grund av bristfällig evidens eller hög morbiditet? Ska patienter med testis cancer inte erhålla cisplatin grundat på avsaknad av randomiserade studier?

Delar av kirurg-Sverige har förstått utvecklingen och tagit konsekvensen och remitterar drabbade individer till centra där peritonektomi och HIPEC utförs. Vi vill med denna artikel fråga resterande delar vilka argument man

har för att neka patienter med en letal sjukdom en behandling som bevisligen leder till långtidsöverlevnad och i många fall bestående bot. De diagnosgrupper som enligt vår uppfattning bör erbjudas peritonektomi plus HIPEC är pseudomyxoma peritonei, peritoneal karcinos utgången från koloncancer samt abdominellt mesoteliom.

Wilhelm Graf

adjungerad professor, överläkare
wilhelm.graf@akademiska.se

Haile Mahteme

docent, överläkare,
verksamhetsområde kirurgi,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

REFERENSER

1. Smeenk RM, Verwaal VJ, Antonini N, Zoetmulder FA. Survival analysis of pseudomyxoma peritonei patients treated by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Ann Surg*. 2007;245:104-9.
2. Mahteme H, Hansson J, Berglund A, Pahlman L, Glimelius B, Nygren P, et al. Improved survival in patients with peritoneal metastases from colorectal cancer: a preliminary study. *Br J Cancer*. 2004;90:403-7.
3. Verwaal VJ, van Ruth S, van Slooten GW, van Tinteren H, Boot H, et al. Randomized trial of cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2003;21:3737-43.
4. Verwaal VJ, Bruin S, Boot H, van Slooten G, van Tinteren H. 8-year follow-up of randomized trial: cytoreduction and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2008;15:2426-32.
5. Adam R, Frilling A, Elias D, Laurent C, Ramos E, Capussotti L, et al. Liver resections of colorectal metastases in elderly patients. *Br J Surg*. 2010;97:366-76.

läs mer Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>