

rar hur varje cell i kroppen mår och fungerar.« I en sådan värld har man inte tid för så mycket annat än att begrunda sin riskprofil med utgångspunkt i sitt DNA, sin personlighet, sina levnadsvanor m m. Jag är inte säker på att Socialdepartementet med detta har visat en väg fram till den lyckans utopi som avslutar rapporten. Snarare har man öppnat en genväg till hälsodefascismen sådan den gestaltas i Julia Zehs aktuella roman »Corpus delicti«.

**Det finns ett tyst antagande** i rapporten: Empati och mänsklig lycka uppstår (nästan) av sig själva som en effekt av de tidsvinster som en ökad industrialisering av vården kan tänkas ge. Viss instrumentell träning kan behövas!

Jag tror att det är fel: Empati uppstår i mänskliga möten, och trots den förfärliga omslagsbilden med en leende gammal kvinna omkramad av en empatisk vårdare finns inga verkliga möten gestaltade i texten. Där råder en instru-

mentell syn på människa, sjukdom och vård, gestaltad med ett instrumentellt språk.

Själv är jag böjd att tro att det kan vara bättre att leva sitt liv, än att drunkna i riskkalkyler. Amish-folkets starkt begränsade liv med häst och vagn känns fritt jämfört med Socialdepartementets ansiktslösa utopi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**APROPÅ!** Tre studier om trombektomi vid akut stroke

## Mycket begränsad relevans för dagens verksamhet

**D**en 6–8 februari 2013 publicerade New England Journal of Medicine tre randomiserade studier av endovaskulär behandling vid stroke [1–3]. Ingen av studierna visade en fördel med sådan behandling jämfört med rutinbehandling. Det vore dock fel att dra slutsatser från dessa studier när det gäller trombektomi vid akut stroke i Sverige i dag.

**I dag bedrivs trombektomi** huvudsakligen vid Karolinska universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Skånes universitetssjukhus. Cirka 250 trombektomier görs årligen, och till grund för beslut om trombektomi ligger, förutom kliniska indikationer, påvisandet av blodpropp i något av hjärnans större kärl med datortomografisk angiografi. De mekaniska instrument som används i dag är främst sk stent retrievers, rörformade metallnät som vecklas ut i blodproppen och fastnar i den, varefter proppen avlägsnas. Det finns flera likartade stent retrievers på marknaden. Två randomiserade studier som jämförde stent retrievers och MERCI, ett äldre korkskruvsliknande instrument, har visat signifikant fördel med stent retrievers [4, 5].

**De nu aktuella studierna,** IMS-3, SYNTHESIS och MR RESCUE, startade för många år sedan (2006, 2008 respektive 2004) och använde äldre instrument. IMS-3 planera-

des att omfatta 900 patienter, men fick avbrytas efter sex år och drygt 600 patienter.

I IMS-3 och SYNTHESIS randomiserades patienter utan att man visste om de hade blodpropp eller inte. I den endovaskulära armen sprutade man in kontrast i samband med ingreppet och fann då ibland en blodpropp som var åtkomlig för trombektomi, ibland inte. I det första fallet användes i regel MERCI eller ett annat äldre instrument, Penumbra. I det senare fallet gavs trombolysläkemedel i artären. Cirka hälften av patienterna i den endovaskulära armen i IMS-3, och över hälften av patienterna i SYNTHESIS, fick läkemedelsbehandling i artären, inte mekanisk trombektomi.

**När det gäller SYNTHESIS** finns flera problem som gör att slutsatserna kan bli missvisande. Den grupp patienter som randomiserades till kontroll, intravenös trombolys, fick denna omedelbart. Gruppen som randomiserades till endovaskulär behandling fick i genomsnitt vänta en timme på behandling, oftast trombolysmedel i artären. Något förenklat kan man alltså beskriva studien som en jämförelse mellan tidig och fördröjd trombolysbehandling. Det är väl känt att tiden till behandling är avgörande för resultatet. Att denna studie inte visar någon fördel med endovaskulär behandling är närmast förväntat och säger inte någonting om trombektomi med stent retrievers.

**MR RESCUE avsåg att** klarlägga om endovaskulär behandling gav bättre resultat än standardbehandling vid nedsatt blodflöde i hjärnan utan att en hjärninfarkt ännu inträffat, så kallad penumbra. Under åtta år, mellan 2004 och 2011, inkluderades endast 118 strokepatienter med påvisad blodpropp; 58 procent av dem hade penumbra. Totalt 34 patienter med penumbra samt 30 utan randomiserades till endovaskulär behandling med äldre instrument, och 34 patienter med penumbra och 20 utan randomiserades till standardbehandling. Det är värt att notera att andelen patienter där man lyckades återställa blodflödet var mycket låg i båda grupperna och att de endovaskulära behandlingarna inleddes sent, mer än sex timmar efter insjuknandet. Möjligen markerar penumbraförekomst i detta sena skede en grupp patienter som har god prognos oavsett behandling, vilket författarna för fram i diskussionen. Slutsatsen blev att endovaskulär behandling inte visats vara bättre än standardbehandling, penumbra eller ej.

**Beteckningen »randomiserad«** har en berättigat positiv värdeledning, men är ingen garanti för god studiedesign. De tre studierna har mycket begränsad relevans för dagens trombektomiverksamhet. Författarna till de tre studierna framhåller att resultatet kan bli annorlunda med den nya generationen in-

strument, som visat sig överlägsna äldre [4, 5]. Nya studier som jämför tillägg av trombektomi med stent retrievers till rutinbehandling vid påvisad blodpropp i hjärnans stora kärl är nödvändiga och på väg.

**Nils Wahlgren**

professor, överläkare, nils.wahlgren@karolinska.se

**Tommy Andersson**

överläkare, med dr

**Staffan Holmin**

professor, överläkare; samtliga vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet och neuroradiologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

### REFERENSER

1. Ciccone A, Valvassori L, Nichelatti M, et al; the SYNTHESIS Expansion Investigators. Endovascular treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. Epub 6 feb 2013.
2. Broderick JP, Palesch YY, Demchuk AM, et al; the Interventional Management of Stroke (IMS) III Investigators. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. *N Engl J Med*. Epub 7 feb 2013.
3. Kidwell CS, Jahan R, Gornbein J, et al; the MR RESCUE Investigators. A trial of imaging selection and endovascular treatment for ischemic stroke. *N Engl J Med*. Epub 8 feb 2013.
4. Saver JL, Jahan R, Levy EI, et al; SWIFT Trialists. Solitaire flow restoration device versus the Merci Retriever in patients with acute ischaemic stroke (SWIFT): a randomised, parallel-group, non-inferiority trial. *Lancet*. 2012;380:1241–9.
5. Nogueira RG, Lutsep HL, Gupta R, et al; TREVO 2 Trialists. Trevo versus Merci retrievers for thrombectomy revascularisation of large vessel occlusions in acute ischaemic stroke (TREVO 2): a randomised trial. *Lancet*. 2012;380:1231–40.