

Oppdatert på profylakse mot restenose?

De siste årene er det publisert en rekke interessante artikler i Tidsskriftet om perkutan transluminal angioplastikk (PTA) av aterosklerotiske arterier, senest i nr. 13/2002 (1, 2). Restenoseproblemet etter angioplastikk er betydelig, selv ved innsetting av stent etter blokkering (3). I 1990-årene ble det igangsatt forskning på bruk av intravaskulær strålebehandling (intravaskulær brakyterapi; IVBT) som profylakse mot restenose etter angioplastikk (4). Tanken var at ioniserende stråling skulle hemme celleproliferasjonen som finner sted i karveggen etter traumatiserende blokkering. Dyreforsøk viste at tanken var god, og de første randomiserte studiene bekreftet dette. Temaet er omtalt på en god måte av Langberg og medarbeidere (3) og Reitan (5) i Tidsskriftet. I noen av de senere artiklene om angioplastikk er restenoseproblematikken diskutert uten at profylaktisk bruk av strålebehandling er nevnt (1, 2, 6), til tross for interessen dette temaet har i internasjonale fagmiljøer, og det faktum at slik behandling er under utprøving ved flere norske sykehus.

For øvrig kan det se ut som intravaskulær strålebehandling er i ferd med å bli akterutseilt. Bruk av nye stenter dekket med et cytostatikum (sirolimus; rapamycin) har gitt svært lovende resultater, og interesserte kan oppdatere seg på nettsidene til Harvard-universitetet: www.health.harvard.edu/medline/Heart/H0402a.html.

Oslo

Einar Dale

Senter for utdanning og forskning
i stråleterapi
Det Norske Radiumhospital

Litteratur

1. Lied A, Morstøl TH, Vik-Mo H. Koronar angioplastikk hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1266–9.
2. Hem E. Stent best ved akutt hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1324.
3. Langberg CW, Solheim S, Hagen S. Kan strålebehandling redusere frekvensen av restenose etter koronar angioplastikk? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 707–10.
4. Liernann D, Bottcher HD, Kollath J, Schopohl B, Strassmann G, Strecker EP et al. Prophylactic endovascular radiotherapy to prevent intimal hyperplasia after stent implantation in femoropopliteal arteries. Cardiovasc Intervent Radiol 1994; 17: 12–6.
5. Reitan JB. Stråler – bare et kreftspørsmål? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 655.
6. Paulsen D, Kløw NE, Lien B, Fauchald P. Behandling av nyrearteriestenose. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3264–9.

A. Lied og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentaren fra Einar Dale, der han understreker at restenose er eit betydeleg problem etter koronar angioplastikk. Det blir etterlyst tiltak for profylaktisk reduksjon av restenose. I materialet vårt av eldre pasientar vart 11% behandla på nytt pga. restenose (1). Koronar angiografi vart gjort ut frå kliniske kriterium, og basert på andre studiar kan frekvensen av angiografisk restenose ha vore meir enn det dobbelte. På landsbasis blir sannsynlegvis meir enn 500 pasientar behandla for restenose årleg (2).

Stenting har redusert frekvensen av angiografisk restenose til nær det halve (3), men også med bruk av stent er restenosefrekvensen høg og blir oppgitt til 10–58%, avhengig av arterielesjon og pasient. Ei rekkje medikament har vore utprøvd som profylakse mot restenose, med negative resultat. Intravaskulær brakyterapi med bruk av beta- og gammastrålar har vore nytta, og kliniske studiar har vist reduksjon av restenose i stent med 50–60% (4). Indikasjonen for brakyterapi i kliniske studiar har i hovudsak vore diffus restenose i stent, ikkje generell profylakse hos alle pasientar som får stent. Intravaskulær brakyterapi har hatt mange problem knytt til dosering, strålingsfelt og usikker langtidseffekt. Fagfeltet har derfor hatt ei avventande haldning til brakyterapi.

Det er store forventningar til bruk av stentar som lokalt frisett medikament som hindrar proliferasjon av glatte muskelceller i stenten og dermed utvikling av restenose. Best dokumentasjon er det på bruk av medikamenta sirolimus (rapamycin) og paklitaxel. RAVEL-studien, presentert på kongressen til European Society of Cardiology i Stockholm i august 2001, viste at ingen pasientar behandla med sirolimus (rapamycin) i stenten hadde fått restenose i løpet av åtte månader, mot 26% i kontrollgruppa. Behandling med stentar som frisett medikament er eit stort gjennombrudd i medisinen. Behandling med sirolimusstent er tatt i bruk også her til lands, i første rekkje hos pasientar, det er stor risiko for restenose. Prisen på desse stentane er i dag fire gonger normal pris, og dette vil diverre avgrense bruken.

Molde/Ålesund/
Trondheim

Arne Lied
Torstein H. Morstøl
Harald Vik-Mo

Litteratur

1. Lied A, Morstøl TH, Vik-Mo H. Koronar angioplastikk hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1266–9.

2. Vik-Mo H, Svennevig JL. Store regionale forskjeller i bruk av hjertekirurgi og koronar angioplastikk ved norske sykehus. Hjerterforum 2002; 15: 31–7.

3. de Jaegere PP, Eefting FD, Popma JJ, Serruys PW. Clinical trials on intracoronary stenting. Semin Interv Cardiol 1996; 1: 233–45.

4. Ashby DT, Dangas G, Mehran R, Leon MB. Coronary artery stenting. Cathet Cardiovasc Intervent 2002; 56: 83–102.

Spesialisttjenester ved funksjonelle lidelser

Håkon Lie skriver i Tidsskriftet nr. 16/2002 at «spesialisten bør kobles inn straks man føler at det er en diskrepans mellom pasientens og legens oppfatning av årsak til og praktiske konsekvenser av plagene» (1). Vårt råd til legen når han opplever en slik diskrepans er først å sjekke ut med pasienten mer om karakteren av denne diskrepansen; dvs. finne ut mest mulig om pasientens antakelser, tanker og bekymringer. Ofte vil denne innfallsvinkelen være bedre enn umiddelbar henvisning til spesialist. Pasienten trenger en god og grundig undersøkelse med en forklaring av funn.

Vi er enige i at det i noen tilfeller er fruktbart å henvise pasienten til spesialist for å sikre en best mulig kvalifisert vurdering. Problemet er at kroniske smerter i muskel- og skjelettapparatet sjelden har én årsak, men mange individuelle komplekse årsakssammenhenger. Legen kan hjelpe pasienten til å finne ut mer om disse individuelle årsakssammenhengene, men hvilke faktorer i det psykososiale livet som har sammenheng med plagene, vil ofte først klargjøres i en dialog over tid. Legen kan ha noen antakelser som han ev. kan diskutere med pasienten, og det kan i seg selv være en hjelp for vedkommende til å komme til en bedre forståelse av sine plager. Ved i større grad å legge vekt på hva pasienten gjør og kan gjøre for å lindre smertene eller mestre smertene og hverdagen, kan legen styrke vedkommendes mestringssevne, noe som i siste instans er viktigere enn å finne psykososiale årsakssammenhenger. En fare ved å henvise til spesialistundersøkelse er at den bare bekrefter diskrepansen mellom pasientens og legens oppfatning av årsak. I så fall er det ingen hjelp, snarere vil dette kunne øke pasientens frustrasjon og mindreverdighetsfølelse. Det er allmennlegen som har mest erfaring med og som har best verktøy til å hjelpe pasienter med «funksjonelle lidelser», men det kan være nødvendig at alle de ulike spesialistgruppene styrker sin kompetanse i forhold til slike pasienter.