

Virkingen av torakoskopisk sympatektomi ved håndsvette og ansiktsrødming varierer fra pasient til pasient, og det er registrert mange bivirkninger

Håndsvette og ansiktsrødming

Øvre del av den sympatiske grensestreng innnervrer karforsyning og svettekjertler i overekstremitetene og hodet og inneholder både afferente og efferente fibrer til hjertet. Før introduksjonen av moderne hjertekirurgi ble bilateral torakal sympatektomi brukt som behandling av angina pectoris (1). I de senere år har man tatt opp igjen denne behandlingen ved intrakabel angina pectoris der all annen behandling er forsøkt (2). De siste seks årene har også Rikshospitalet hatt dette tilbudet.

I 1980-årene ble torakal sympatektomi benyttet ved behandling av Raynauds fenomen og Bùrgers syndrom, men på grunn av tilbakel-fall hos over 80 % av pasientene, utføres operasjonen nå sjelden på denne indikasjonen (3).

Det har lenge vært kjent at deling av den sympatiske streng mellom første og andre torakale ganglion kan redusere håndsvette. Etter at moderne torakoskopi ble innført i 1990-årene, er det blitt en betydelig økning i bruken av torakal sympatektomi ved palmar hyperhidrose og etter hvert også plagsom ansiktsrødming, såkalt erytrofobi.

Det finnes omfattende dokumentasjon for denne behandlingsmetoden. Som det fremgår i Tor Flørenes' korte oversiktsartikkel i dette nummer av Tidsskriftet, er effekten ved palmar hyperhidrose god, med opp mot 90 % reduksjon i håndsvette (4). Tallene Flørenes refererer er imidlertid ikke fra Norge. Seleksjon, pasientinformasjon og resultater fra praksis ved norske sentre er således ikke dokumentert. Dokumentasjonen for effekten på ansiktsrødming er sparsom også internasjonalt (5). Problemet med operasjonen er at både effekt og bivirkninger er vanskelig å forutsi for den enkelte pasient. Det kan være stor variasjon selv om inngrepet er standardisert. Den vanligste bivirkningen av torakal sympatektomi er økt kroppssvette. I Norge har minst fire pasienter fått nerven resuturert i utlandet, én fordi hendene ble for tørre og tre på grunn av den kompensatoriske svetten som de syntes var utolerbar. Effekten av slik resuturering er ikke betryggende dokumentert (6).

I metaanalyser har det fremkommet at radikulære smerter er en hyppig bivirkning av torakal sympatektomi (7), og i Norge har radikulære smerter foranlediget erstatningssak til Norsk Pasientskadeerstatning i minst to tilfeller. Det er uklart hvordan slike smerter fremkommer. I en pågående studie der alle pasienter som blir operert med torakoskopisk sympatektomi for palmar hyperhidrose eller erytrofobi, følges opp med spørreskjema om virkninger og bivirkninger av operasjonen ved Rikshospitalet, har ingen pasienter angitt problematiske smerter, men to av 40 har angitt at de har kjent lett ubehag i ryggen etter operasjonen.

Operasjonens betablokkerende effekt på hjertet er som nevnt veldokumentert. Det er rapportert at enkelte pasienter synes kondisjonen ble redusert etter inngrepet (8).

Opp mot disse bivirkningene, som rammer nærmest vilkårlig, kommer den overveldende gode effekten på de plagsomme symptomene for de fleste pasientene. Den sosiale effekten, spesielt ved ansiktsrødming, er i mange tilfeller dramatisk.

Erytrofobi er en tilstand der vesentlige psykologiske faktorer spiller inn, og det ville vært tankevekkende om en slik diagnose kan fjernes med kirurgi (9). Det er åpenbart et behov for svært grundig informasjon til hver enkelt pasient før man utfører et slikt inngrep. Ved Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet har ca. 20 % av pasientene trukket seg fra operasjonen etter å ha fått informasjon om effekt og bivirkninger.

Sentre som tilbyr torakoskopisk sympatektomi ved håndsvette og plagsom ansiktsrødming må følge opp alle pasientene på en tilfredsstillende måte. Pasientene bør bl.a. kontaktes skriftlig og/eller muntlig for å kartlegge effekter og bivirkninger. Bivirkningene og toleransen er nær knyttet til pasientutvelgelsen og måten pasientene er informert på. Siden pasientutvelgelse og informasjon kan variere mellom sykehusene, kan man ikke bare gå ut fra at resultatene ved andre sentre eller fra andre land kan overføres til egne pasienter.

Erik Fosse

erik.fosse@rikshospitalet.no
Intervensjonssenteret
Rikshospitalet
0027 Oslo

Erik Fosse (f. 1950) er spesialist i thoraxkirurgi og dr.med. Han er professor og avdelingsleder ved Intervensjonssenteret og leder studier om torakal sympatektomi ved Rikshospitalet.

Litteratur

1. Lindgren I. Angina pectoris: a clinical study with special reference to neurosurgical treatment. Acta Med Scand 1950; (suppl): 1–141.
2. Wettervik C, Claes G, Drott C, Emanuelsson H, Lomsky M, Rådberg G et al. Endoscopic transthoracic sympathectomy for severe angina. Lancet 1995; 345: 97–8.
3. Matsumoto Y, Ueyama T, Endo M, Sasaki H, Kasashima F, Abe Y et al. Endoscopic thoracic sympathectomy for Raynaud's phenomenon. J Vasc Surg 2002; 36: 57–61.
4. Flørenes T. Torakoskopisk sympatektomi – operasjon for håndsvette og ansiktsrødming. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 463–4.
5. Drott C, Claes G, Rex L, Dalman P, Gothberg G, Fahlen T. Långtidsresultat efter operation mot handsvett och ansiktsrodnad. Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar. Läkartidningen 2001; 98: 1766–72.
6. Telaranta T. Reversal surgery for reducing the side effects of ETS. A case report. Ann Chir Gynaecol 2001; 90: 175–6.
7. Furlan AD, Mailis A, Papagapiou M. Are we paying a high price for surgical sympathectomy? A systematic literature review of late complications. J Pain 2000; 1: 245–57.
8. Abraham P, Picquet J, Bickert S, Papon X, Jousset Y, Saumet J et al. Infra-stelate upper thoracic sympathectomy results in a relative bradycardia during exercise, irrespective of the operated side. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 20: 1095–100.
9. Drummond PD. A caution about surgical treatment for facial blushing. Br J Dermatol 2000; 142: 194–5.