

Ikke bruk steroider ved hodeskade

En internasjonal studie viser at kortikosteroider kan øke dødeligheten hos pasienter med hodeskader. Slik behandling er ikke lenger rutine ved norske sykehus.

Hvert år behandles millioner av mennesker verden over for alvorlige hodeskader. Tidligere har det vært rutine å gi disse steroider, fordi man har trodd at dette hemmer inflammasjonen og dermed reduserer det intrakranielle trykket.

Resultatene av en internasjonal standardisert, randomisert kontrollert studie viser at kortikosteroider tvert imot kan øke dødeligheten (1). Over 10 000 pasienter deltok. 14 dager etter skaden var det signifikant flere døde blant dem som hadde fått steroider i forhold til placebogruppen (21 % versus 17 %, $p = 0,0001$). Resultatene fra studien

ble publisert tidligere enn planlagt, men seksmånedersdata vil komme senere.

Seksjonsoverlege Marianne Forsman ved Anestesiavdelingen, Ullevål universitetssykehus er ikke overrasket: – Her har vi ikke gitt steroider til pasienter med hodeskader på minst 15 år. Behandlingen har aldri vært dokumentert effektiv.

Fremdeles gis pasienter med spinale skader rutinemessig steroider. – Også denne behandlingen er dårlig dokumentert og bør vurderes på ny, sier Forsman.

Ragnhild Ørstavik

ragnhild.orstavik@fhi.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Roberts I, Yates D, Sandercock P et al. Effect of intravenous corticosteroids on death within 14 days in 10 008 adults with clinically significant head injury (MRC CRASH trial): randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1321–8.

Åpen eller endovaskulær kirurgi ved aortaaneurisme?

Bruken av endovaskulær teknikk ved elektiv operasjon for abdominalt aortaaneurisme er omdiskutert. Nå foreligger resultater fra de første randomiserte studiene på feltet.

345 pasienter i Nederland med abdominalt aortaaneurisme ≥ 5 cm i diameter ble randomisert til enten konvensjonell, åpen operasjon eller endovaskulær behandling (1). 30 dager etter operasjon var 9,8 % i den første gruppen døde eller hadde fått alvorlige komplikasjoner, mot 4,7 % i den andre gruppen, dvs. en risikoratio på 2,1 (95 % KI 0,9–5,4; $p = 0,10$).

– Denne studien antyder, som forventet, en lavere perioperativ mortalitet etter endovaskulær behandling. Resultatene samsvarer med en britisk studie som nylig er publisert i *The Lancet* (2), sier seksjonsoverlege Kirsten Krohg-Sørensen ved Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet. I den britiske studien var det behov for flere reintervensjoner innen 30 dager i gruppen som fikk endovaskulær behandling (2).

– Elektiv behandling av aortaaneurismer er profylakse mot ruptur og aneurismerelatert død. Vi må derfor avvente langtidresultater fra disse studiene. Holdbarheten av stentgraft er ikke dokumentert, og livslangt behov for kontroll, påvirket livskvalitet og mange reintervensjoner gir grunn til bekymring. Endovaskulær teknikk er dessuten vesentlig dyrere enn åpen teknikk.

I Norge utføres endovaskulær behandling



Foto Radiologisk avdeling, Rikshospitalet

kun ved universitetssykehusene. Foreløpig er det ikke grunnlag for å endre denne praksisen, sier Krohg-Sørensen.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Prinssen M, Verhoeven EL, Buth J et al. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2004; 351: 1607–18.
2. Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP et al. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 843–8.

Insulinbehandling av kritisk syke pasienter

Alvorlig syke pasienter, også uten kjent diabetes, har ofte hyperglykemi. Hyperglykemi er forbundet med dårligere prognose, og har vært forsøkt behandlet med insulin (*Arch Intern Med* 2004; 164: 2005–11).

En metaanalyse av 35 placebokontrollerte studier viser at insulinbehandling har effekt hos utvalgte grupper; pasienter med kjent diabetes mellitus, pasienter ved kirurgiske intensivavdelinger og pasienter med hjerteinfarkt som ikke får reperfusjonsbehandling (grensesignifikant). Resultatene for andre typer pasienter, for eksempel dem med cerebrale infarkter, var uklare.

Schizofrene barn og kreft hos foreldrene

Antakelsen om at psykologisk stress kan forårsake kreft, har en lang historie, men studier har gitt motstridende resultater. En slik stressopplevelse kan være at en sønn eller datter utvikler en alvorlig psykisk lidelse. I en dansk registerbasert studie undersøkte man om det var overhyppighet av kreft blant foreldre til barn med schizofreni (*Br J Cancer* 2004; 90: 1364–6).

Risikoen for kreft blant nær 20 000 foreldre med schizofrene barn viste at kreftforekomsten ikke var økt. Det viste seg imidlertid at det var en 30 % økning i forekomsten av lungekreft hos mødrene (relativ risiko 1,30; 95 % KI 1,03–1,61), men ikke hos fedrene.

Forfatterne foreslår at den økte lungekreftrisikoen hos mødrene skyldes en stressindusert økning i røykevanene. Studien støtter ikke hypotesen om at det skulle være en direkte effekt av psykologisk stress og utvikling av kreft.

Inkontinens er arvelig

Urininkontinens er en svært utbredt tilstand og affiserer ca. 20–40 % av voksne kvinner og 5–10 % av menn. De vanligste typene er stress-, urge- og blandingsinkontinens. Velkjente risikofaktorer er økende alder, paritet og kroppsmasseindeks.

Nylig viste norske forskere at kvinner har større risiko for å utvikle urininkontinens dersom mor eller eldre søstre er inkontinente (*BMJ* 2004; 329: 889–91). Sammenhengen ble påvist for både stress- og blandingsinkontinens, mens dataene var mer usikre for urgeinkontinens.

En ny dansk tvillingstudie av nærmere 1 200 tvillingpar viser en genetisk faktor ved urge- og blandingsinkontinens samt stressinkontinens hos eldre, mens den arvelige faktoren var mindre fremtredende ved stressinkontinens hos middelaldrende (*Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 978–82).