

## Ryggkirurgi for isjias kan vente

Tidlig ryggkirurgi og forlenget konservativ behandling ved isjias gir samme ettårsresultater. Det viser randomisert studie.

Isjiasmerter er en hyppig årsak til sykefravær. Behandlingsvalg er fortsatt omdiskutert. I en nederlandsk multisenterstudie ble 281 pasienter med isjias av 6–12 ukers varighet randomisert til enten tidlig kirurgi eller konservativ behandling (1). Smerteskår, uførhetsskår og selvopplevd bedring ble brukt for å måle behandlingseffekter. Mikrodiskektomi ble utført i 89% av «tidlig kirurgi» pasientene, mens 39% i den konservative gruppen likevel ble operert etter gjennomsnittlig 19 uker.

Etter ett år var det ingen forskjell i selvopplevd uførhet. Smertelindring var raskere i gruppen med tidlig kirurgi, og disse hadde også en raskere selvopplevd rekonvalesenstid (hasardratio 2,0, 95% KI 1,7–2,2). I begge gruppene var sannsynligheten for selvopplevd bedring 95%.

– Studien viser at det er pasientens egne ønsker som bør avgjøre valg av elektiv behandling, sier overlege Tore Solberg ved

Nevrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

– God informasjon og oppfølging bidrar til at pasienter kan greie seg bra uten operasjon. Dersom smertene er uholdbare, er tidlig operasjon et godt alternativ, og kan halvere rekonvalesensperioden. Noen studier tyder på at det å utsette prolapsoperasjonen mer enn ett år gir dårligere operasjonsresultat. Denne studien viser at man trygt kan utsette operasjon i minst et halvt år dersom pasienten ikke blir verre.

For å kunne gi generelle anbefalinger om behandling trengs kunnskap om kostnad-nytte-effekter, prognostiske faktorer og komplikasjonsrisiko. En stor del av samfunnets kostnader knyttet til prolapsykdommen er produksjonstap og arbeidsuførhet. Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi vil bedre kunnskapsgrunnlaget for dette, sier Solberg.

**Kjetil Søreide**  
ksoreide@mac.com  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007; 356: 2245–56.

## Kirurgi best ved symptomatisk degenerativ ryggglidelse

Både kirurgisk og konservativ behandling gir bedring ved symptomer for spondylolistese og spinalstenose, men kirurgi gir best funksjon og smerteskår.

Degenerativ spondylolistese med spinalstenose er vanligvis asymptomatisk, men kan gi ryggsmarter og nevrogen claudicatio. Valg av behandling er kontroversielt. I en blandet randomiserings- og observasjonsstudie ble 600 pasienter inkludert (1). Begge studiesettene sammenliknet kirurgi (laminektomi med eller uten fusjon) med konservativ behandling. Pasientene hadde symptomer av minst 12 ukers varighet, og bildeverifisert diagnose. Resultatene ble sammenliknet i fem intervaller over to år.

I den randomiserte delen var det 40% overkryssing mellom gruppene, men færre i observasjonsdelen. Det var ingen signifikant forskjell i primærendepunktene i den randomiserte gruppen, og heller ikke i gruppen analysert etter behandlingsintensjon. Analysert etter gitt behandling hadde kirurgi signifikant bedre funksjons- og smerteskår etter tre måneders, ett års og to års oppfølging.

– Studien vekker interesse fordi den

omfatter et stort antall pasienter og er gjennomført av en tverrfaglig forskergruppe med høy kompetanse, sier seksjonsoverlege Jens Ivar Brox ved Ortopedisk avdeling, Rikshospitalet.

– Svakheten ved studien er at man mislykkes i gjennomføringen av en randomisert design. Det høye antall pasienter som byttet behandlingsgruppe, kan skyldes dårlig organisering eller at kirurgi var det beste alternativet.

De fleste pasientene var godt fornøyd med oppfølgingen. Det var bedring i funksjons- og smerteskår både etter operasjon og konservativ behandling. Resultatene viste imidlertid bedre effekt for opererte pasienter. Fire av ti ble helt kvitt sin isjias, sammenliknet med to av ti ved konservativ behandling. Men studien gir ikke svar på hvilken operasjonsmetode som gir best resultat, sier Brox.

**Kjetil Søreide**  
ksoreide@mac.com  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD et al. Surgical versus nonsurgical treatment for lumbar degenerative spondylolisthesis. *N Engl J Med* 2007; 356: 2257–70.

## Metaanalyse setter spørsmålstegn ved antireflukskirurgi

Ukontrollerte studier har vist at kirurgisk behandling av reflukssykdom er effektivt for å forebygge adenokarsinom. Nå viser en metaanalyse at dersom man kun vurderer kontrollerte studier, er det ingen signifikant forskjell mellom medisinsk og kirurgisk behandling (*Ann Surg* 2007; 246: 11–21).

Studien omfattet 25 undersøkelser som hadde vurdert den forebyggende virkningen av kirurgisk og medisinsk behandling mot maligne sykdommer blant pasienter med reflukssykdom. 700 pasienter var blitt operert, og 1 000 pasienter ble behandlet medisinsk. Insidensen av adenokarsinom i kirurgigruppen var 2,8 per 1 000 pasientår mot 6,3 blant de andre. Men når kun de kontrollerte studiene ble analysert, var det ingen signifikant forskjell mellom de to behandlingsformene.

## MR identifiserer flere tumorer enn mammografi

MR er bedre enn mammografi for å påvise karsinom in situ. Det viser en prospektiv observasjonsstudie (*Lancet* 2007; 370: 485–92).

Studien omfattet 7 300 kvinner som i løpet av en femårsperiode ble henvist til et spesialisert senter. Nesten alle fikk utført både mammografi og MR. Diagnosen duk-talt karsinom in situ ble stilt hos 193 kvinner, men av disse hadde kun 167 fått foretatt både MR og mammografi.

Kun 93 (56%) av disse 167 tilfellene ble identifisert ved mammografi, mens 153 (92%) ble diagnostisert ved MR. Av 89 høygradige tilfeller ble 43 (48%) oversett ved mammografien, mens alle ble identifisert ved MR.

Hvis dette kan reproduseres i en større multisenterstudie, er det starten på slutten for mammografien. Det vil være et betydelig diagnostisk fremskritt, ifølge en kommentar i *Ugeskrift for Læger* (2007; 169: 3170).

## Vektreduserende kirurgi reduserer dødelighet

Vektreduserende kirurgi har ikke bare en gunstig effekt på kardiovaskulære risikofaktorer – den øker også den forventede levetid. Det viser en prospektiv, kontrollert undersøkelse fra Sverige (*N Engl J Med* 2007; 357: 741–52).

Studien omfattet 2 000 personer som var villige til å gjennomgå bariatrisk kirurgi. Disse ble sammenliknet med like mange parede kontrollpersoner som fikk konservativ vektreduserende behandling.

Oppfølgingsperioden var i gjennomsnitt 11 år. Det var ingen vesentlige vektendringer i kontrollgruppen, mens intervensjonspasientene hadde et vekttap på 14–25%. I kontrollgruppen døde 129 personer, mot 101 i intervensjonsgruppen. Etter kontroll for kjønn, alder og en rekke risikofaktorer tilsvarer dette en reduksjon i hasardratio for død på 29%.