

Ingen effekt av interleukin

Injeksjoner med interleukin-2 øker antallet CD4-celler i blodet, men har ingen klinisk tilleggseffekt for pasienter med hivinfeksjon som samtidig får antiretroviral behandling. Slik er konklusjonen etter to store studier med til sammen nærmere 6 000 pasienter og median oppfølgingstid på 7–8 år (N Engl J Med 2009; 361: 1548–59). Pasientene som fikk interleukin-2 hadde like mange opportunistiske infeksjoner og like høy dødelighet som de øvrige.

Forfatterne av artikkelen mener at funnene kan forklares ut fra to mulige hypoteser: Enten har CD4-cellene som induseres ved interleukinbehandling ingen betydning for immunforsvaret, eller de har en delvis funksjon, men denne utliknes ved at interleukin har andre og negative effekter på immunforsvaret. Uansett viser resultatene at CD4-nivået ikke alltid kan brukes som tilnærmet mål på klinisk effekt av hivbehandling.

Intermediære fenotyper for selvmord

Selvmord og selvmordsatferd går igjen i visse familier, og det kan se ut som om fenomenet har en arvelig komponent som ikke er forbundet med depresjon. Resultatene fra en ny familiestudie viser at trekk forbundet med gruppe B-personlighetsforstyrrelser, slik som antisosial og ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse, kan være mellomleddet for den familiære komponenten i selvmordsatferd (Am J Psychiatry 2009; 166: 1124–34).

Slektinger av personer som hadde begått selvmord hadde høyere grad av selvmordsatferd enn slektinger av andre deprimerte eller friske. I tillegg var familiær predisposisjon for selvmord assosiert med økt forekomst av personlighetstrekk med høy grad av impulsivitet og aggresjon.

Dialysebehandling av eldre

Eldre pasienter med nyresvikt får et betydelig funksjonstap etter at de har gått over på dialysebehandling (N Engl J Med 2009; 361: 1539–47). I en studie med alle sykehjemspasienter i USA som begynte med dialysebehandling i perioden juni 1998–oktober 2000 målte man behovet for hjelp med daglige gjøremål på en skala fra 0 til 24 fra tre måneder før til tre måneder etter oppstart.

Median økning i skår var 4 poeng i løpet av disse seks månedene. Og funksjonstapet var ikke midlertidig – ett år etter at dialysebehandlingen begynte hadde bare én av åtte pasienter samme grad av selvhjelpenhet som tidligere.

Medisinske nyheter

fra internasjonale tidsskrifter:
Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes erlend.hem@medisin.uio.no

Stump røyken før operasjonen

De som slutter å røyke før de skal ha et kirurgisk inngrep, får færre postoperative komplikasjoner.

Røykere som deltar i røykeavvenningsprogrammer før kirurgisk behandling, har signifikant færre komplikasjoner etterpå. Dette viser en systematisk oversikt med 11 randomiserte, kontrollerte studier med 1 194 pasienter (1).

Den sammenlagte risikoratio for komplikasjoner var 0,56 (95 % KI 0,41–0,78). Intensive røykesluttprogrammer ga økt andel eksrøykere også 12 måneder postoperativt. Seks av studiene var fra Skandinavia og to fra Australia, og så var det en fra henholdsvis Storbritannia, Canada og USA. Pasientenes gjennomsnittsalder var 40–50 år, og studiene omfattet både ortopediske, gastrokirurgiske, gynekologiske og kardiovaskulære inngrep.

De intensive røykeavvenningsprogrammene besto av personlig veiledning minst én gang ukentlig av profesjonell røykeavvenningsmotivator samt nikotinsubstitusjonsbehandling. Programmene startet 4–8 uker preoperativt og fortsatte inntil fire

måneder postoperativt. Andre programmer inneholdt kun én konsultasjon og deretter telefonoppfølging. I åtte av de 11 studiene ble røykestopp målt med CO i ekspirasjonsluft. Komplikasjoner inkluderte død, hendelser som medførte behandling innen 30 dager, sårinfeksjoner eller sårrelaterte problemer.

Litteraturgjennomgangen omfattet kvalitativt gode studier og viser at et forestående kirurgisk inngrep er en gylden anledning til å motivere røykere til å slutte – ved å informere om den betydelig lavere komplikasjonsrisiko det da vil være. Alle som skal ha et planlagt kirurgisk inngrep, bør tilbys røykeavvenning preoperativt.

Anne Karin Lindahl

annekarin.lindahl@kunnskapssenteret.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Thomsen T, Tønnesen H, Møller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. Br J Surg 2009; 96: 451–61.

Nederlandske legers motiver for lindrende sedering

En ny nederlandsk studie viser hvorfor leger ikke alltid følger retningslinjene for lindrende sedering til døende.

De nederlandske retningslinjene sier at dyp og vedvarende lindrende sedering bare kan gis når pasienten forventes å dø innen to uker. Det er dokumentert at medisinsk praksis i Nederland ikke alltid samsvarer med dette. Et annet krav er at de refraktære symptomene primært skal være av fysisk karakter. Heller ikke dette følges alltid i praksis. Nederlandske forskere ønsket å finne ut hvorfor leger bryter retningslinjene på disse to punktene (1). Man benyttet tre fokusgrupper med til sammen 24 leger.

Noen mente at pasientens kliniske situasjon var viktigere enn antatt levetid, andre at dyp og vedvarende lindrende sedering noen ganger er et alternativ til eutanasi. Når det gjelder hovedsakelig eksistensiell lidelse, sa noen leger at de kunne være villige til å vurdere dyp og vedvarende lindrende sedering dersom de og pasienten «føler det på samme måten». En lege spurte: «Hva er nå egentlig forskjellen på

fysisk og eksistensiell lidelse? Dersom jeg kan forestille meg hvordan det må være, hvis det blir en del av meg, ja da er ikke forskjellen særlig stor, slik jeg ser det.»

Andre mente dette faller utenfor medisinsens område: «OK, du sier at eksistensiell lidelse er et symptom. Det har jeg vanskelig for å akseptere. For meg er et symptom slike ting som smerte og det å ikke kunne puste. Jeg vet ikke hvordan jeg kan måle eksistensiell lidelse.»

Forfatterne konkluderer med at legenes grunner for å bruke dyp og vedvarende lindrende sedering ikke er entydige og at det trengs ytterligere debatt om disse.

Lars Johan Materstvedt

lars.johan.materstvedt@ntnu.no

Filosofisk institutt

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Rietjens J, Buiting HM, Pasman HR et al. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives. A focus group study. Palliat Med 2009; 23: 410–7.