

Stressinkontinens efter hysterektomi – ökad risk men lätt att åtgärda

Hysterektomi utförs till övervägande del på kvinnor i fertil ålder och medför definitiv bot för bl a blödningsrubbningsar. I Sverige utförs 8 000–9 000 hysterektomier årligen, vilket gör ingreppet till den vanligaste större gynekologiska operationen efter kejsarsnitt. Kvinnlig urininkontinens vid ökat buktryck (stressinkontinens) som vid hostning, skratt, gympa och tunga lyft har i de flesta västliga länder en prevalens på nästan 40 procent. De drabbade kvinnorna beskrivs sänkt livskvalitet. Kostnaden för samhället är dessutom betydande.

Med tanke på att hysterektomi är en så vanlig operation och stressinkontinens en tämligen väldefinierad sjukdom med enkla diagnoskriterier kan det tyckas märkligt att en studie om det eventuella sambandet mellan dessa två ting väcker uppmärksamhet [1]. Man skulle vilja tro att denna kunskap funnits sedan länge.

Det ligger naturligtvis nära till hands att som hypotes utgå ifrån att hysterektomi negativt påverkar blåsfunktionen och förmågan att hålla tätt. Urinblåsan är delvis förankrad vid livmodern, och denna del av blåsan måste lossas från livmodern vid hysterektomin. Nerv- och kärlförsörjningen till uretra kan skadas, och förändringar av uretratrycket skulle kunna inträffa genom förändringar i de mekaniska tryckförhållandena vid en förändring av lilla bäckenets anatomi.



Risken för stressinkontinens är ökad efter hysterektomi, enligt den aktuella svenska studien. En annan svensk tidigare studie har inte funnit sådan riskökning.

Foto: SPL/IBL

I den aktuella studien använde sig författarna av de unika patient- och personregister som finns i Sverige. Mellan åren 1973 och 2003 fann man att 165 260 kvinnor med benign sjukdom hade hysterektomerats. För varje hysterektomerad kvinna ålders- och länsmatchades tre kontroller som inte blivit hysterektomerade. Från patientregistret kunde man sedan finna samtliga kvinnor i de två grupperna som genomgått operation för urininkontinens.

Uppföljningstiden var i medeltal tolv år. Man fann att av 165 260 hysterektomerade kvinnor behövde 3 512 (2 procent) genomgå operation för urinläckage. Av kontrollgruppens 479 506 kvinnor genomgick 4 426 (1 procent) motsvarande ingrepp. Den mer än fördubblade risken var störst inom de fem första åren efter ingreppet. Som väntat fann man en stark koppling till antalet födslar, och kopp-

lingen var tydligast i gruppen som hysterektomerats.

Tidigare studier i ämnet har omfattat färre patienter med kortare uppföljningstid, och många har inte kunnat bekräfta de data som läggs fram i den aktuella studien. Svensk förening för gynekologi och obstetrik har genom sitt kvalitetsregister inte funnit en ökning av andelen urininkontinenta två år efter hysterektomi [2]. Jag vill inte motsäga författarnas syfte att väga in risken för långtidseffekter, men som patient skulle jag inför en hysterektomi trots allt oroa mig mer för de sedvanliga riskerna: per- och postoperativ blödning, skador på närliggande organ, narkos, infektion och risk för ileus.

Sammanfattningsvis har Altman och kolleger på ett övertygande sätt visat att risken för ytterligare en operation är ökad efter hysterektomi. Detta ska patienter upplysas om, men de ska också upplysas om att urinläckage i dag botas på ett enkelt vis.

Folke Flam

docent, Gynekologkliniken Stockholm, S:t Görans sjukhus, Stockholm

1. Altman D, et al. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *Lancet*. 2007;370:1494-9.

2. Engh MA, et al. Hysterectomy and incontinence: a study from the Swedish national register for gynecological surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85: 614-8.

Koppling mellan föräldrars och barns aktivitet

Fysisk inaktivitet bland barn och ungdomar är ett välkänt fenomen som är kopplat till bl a barnfetma och övervikt men också till ökad risk att drabbas av andra sjukdomar i vuxen ålder. Nu visar en studie i *BMJ* att barn till fysiskt aktiva föräldrar rör på sig mer än andra barn.

Studien omfattar drygt 5 400 barn i åldern 11–12 år. Barnens mödrar och fäder fick, i samband med graviditeten (under vecka 32) samt flera gånger efter förlossningen fram till det att barnen var 5 år gamla, regelbundet fylla i frågeformulär med frågor kring bl a hur fysiskt aktiva de var och om de rökte. Barnen fick ett par år senare, då de var 11–12 år gamla, under en vecka bära en så kallad accelerometer, som mäter hur mycket de rörde på sig. Det visade sig att föräldrar som

höll sig fysiskt aktiva under graviditeten och under barnens första fem levnadsår hade barn som överlag rörde på sig mer i 11–12-årsåldern.

Något förvånande visar resultaten också att föräldrar som rökte både under och efter graviditeten fick barn som rörde på sig mer; detta trots att rökning under graviditeten ökar risken för att barnet ska drabbas av fetma/övervikt. Författarna konstaterar att fysisk aktivitet under graviditeten och barnens första levnadsår kan vara ett sätt för föräldrarna att minska riskerna för att barnet ska bli fysiskt inaktivt.

Aktivitet under graviditeten är dock ett komplicerat ämne. En studie som nyligen presenterades i tidskriften *International Journal of Obstetrics and Gy-*



Fysiskt aktiva föräldrar får barn som rör sig mer (trots rökning). Bilden: Reklam från 1913.

Foto: IBL

naecology och som refererades i *Läkartidningen* (45/2007, sidan 3356) visar att kvinnor som tränar hårt under graviditeten, t ex genom löpning, fotboll eller squash, löper ökad risk för missfall.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. doi:10.1136/bmj.39385.443565.BE

Val av patient viktigare än val av läkemedelsavgivande stent

Koronarstentar kan vara antingen vanliga metallstentar (bare metal stent, BMS) eller läkemedelsavgivande stentar (drug-eluting stent, DES), som är klädda med en polymer som kan utsöndra läkemedel avsedda att minska risken för återförträngning. Nyligen har säkerheten hos DES ifrågasatts, då man noterat fler sena (>30 dagar efter ingreppet) stenttromboser med tendens till ökad risk för död eller hjärtinfarkt än med BMS.

Mot denna bakgrund har Stettler och medarbetare gjort en metaanalys av 38 randomiserade kliniska prövningar som jämfört två DES (sirolimus-eluting stent, SES, och paclitaxel-eluting stent, PES) med BMS eller med varandra. Totalt inkluderades 18 023 patienter som följdes minst sex månader och upp till fyra år.

Mortaliteten skilde sig inte mellan BMS, SES och PES. Risken för hjärtinfarkt var något lägre med SES än med BMS och PES. Om ca 100 patienter behandlas med SES i stället för med BMS eller PES förhindras en hjärtinfarkt under en period på fyra år. Däremot fanns inga säkra skillnader mellan grupperna beträffande död eller hjärtinfarkt sammanlagt.

Ingen skillnad sågs heller i det totala antalet angiografi- eller obduktionsverifierade stenttromboser. Däremot noterades en viss ökning av sena stenttromboser med PES. Behovet av ett förnyat ingrepp på grund av återförträngning var något lägre för SES än för PES. Författarna konkluderar att SES förefaller vara bättre (>clinically better<) än PES.

De skillnader som registrerades var genomgående små och baserades ibland på ett förhållandevis litet antal händelser. Till exempel var antalet sena stenttromboser 22, 30 och 42 för BMS, SES respektive PES. Dessutom kunde man inte uppskatta frekvensen av de stenttromboser som inte dokumenterats med angiografi eller obduktion; här finns ett stort mörkertal. Vidare gjordes många förnyade ingrepp efter angiografiskt fynd av återförträngning i stället för att göras enbart vid återkomst av symtom eller påvisad ischemi. Därför belyser de ingående studierna inte alls det verkliga behovet av förnyade ingrepp.

Statistiken är ytterst komplicerad, eftersom en stor del av resultaten grundar sig



Bara små skillnader registrerades i jämförelsen mellan olika typer av stentar. Ingen konsensus finns i dag om när läkemedelsavgivande stent bör användas i stället för vanlig metallstent. Foto: SPL/IBL

på indirekta jämförelser mellan SES och PES. SES har jämförts med en typ av BMS i 16 studier och PES med en annan typ i sju studier. SES har jämförts med ett BMS som har en något högre risk för återförträngning och stenttrombos än det BMS som PES jämförts med. Författarna medger också vissa svagheter beträffande resultaten kring stenttrombos och behovet av förnyat ingrepp.

Resultaten av den aktuella metaanalysen får nog närmast betraktas som hypotesgenererande, och min uppfattning är att SES och PES tills vidare bör betraktas som likvärdiga beträffande effekt (förmågan att förhindra återförträngning) och säkerhet (risk för stenttrombos med åtföljande hjärtinfarkt eller dödsfall).

Viktigare än valet av DES torde valet av patient vara, men i dag finns det ingen konsensus om när DES bör användas i stället för BMS.

Peter Eriksson

docent, överläkare, Koronarangiografi och PCI, Hjärtcentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Stettler C, et al. Outcomes associated with drug-eluting and bare-metal stents: a collaborative network meta-analysis. *Lancet*. 2007;370(9591):937-48.

Kvinnligt kön ger bättre överlevnad vid svårt trauma

Tidigare experimentella studier har talat för att könet påverkar överlevnaden efter traumatisk chock. Kvinnligt köns-hormon har visats påverka både den humoral och den cellmedierade immuniteten på ett fördelaktigt sätt. Syftet med denna studie var att titta på eventuella skillnader i överlevnad mellan flickor och pojkar före och efter puberteten.

Ett material från the National Pediatric Trauma Registry i USA, omfattande 46 859 patienter yngre än 20 år, behandlade från april 1994 till september 2001, analyserades. 93 centra med handläggning av barntrauma bidrog till databasen. 697 barn och ungdomar motsvarade kriterierna för allvarlig skada med traumaassocierad chock definierat som New Injury Severity Score (NISS) 16 eller mer och åldersjusterad hypotension. Materialet analyserades med multipel regressionsanalys, där man justerade för ålder, svårighetsgrad, skall- eller extremitets-skador, skademekanism, intention och komorbiditet.

Pojkarna var i majoritet både i förpubertetsgruppen och i adolescensgruppen (60 respektive 65 procent). Mortaliteten i hela materialet skilde sig inte mellan flickor och pojkar (41 respektive 42 procent), vilket inte heller var fallet i förpubertetsgruppen. Däremot fann man under adolescensen, efter justering för ovan nämnda faktorer, en absolut riskreduktion på 62 procent för flickor jämfört med pojkar. Detta tolkas kunna bero på hormonella skillnader. En svaghet med studien är att gränsen för pubertet har dragits lika för pojkar och flickor utan uppgift om den verkliga situationen för den enskilda patienten.

Studien stärker hypotesen att könshormoner kan spela en roll i aktiveringen av immunförsvaret vid stress och öppnar för fortsatt forskning gällande androgenblockad alternativt östrogenbehandling vid traumatisk chock.

Jan F Svensson

specialistläkare, Barnkirurgen, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Haider AH, et al. Mortality in adolescent girls vs boys following traumatic shock. An analysis of the National Pediatric Trauma Registry. *Arch Surg*. 2007;142(9):875-80.

Nikotin under amning påverkar barnets sömn

Sömnen påverkas för nyfödda barn som ammas om mamman röker. Det visar en studie som presenteras i tidskriften *Pediatrics*. Studien utgår från 15 mödrar, samtliga rökare, och deras barn. Barnen amrades under samma dag som mödrarna rökte (dock inte i närvaro av barnen). Barnens sömn efter amningen monitorerades därefter. Försöket upprepades efter en vecka, men då avstod mödrarna från att röka minst tolv timmar före amningen. Barnens mjölkkonsumtion mättes genom att de vägdes före och efter amningen. Därtill mättes koncentrationen nikotin i bröstmjölken för att få ett mått på hur mycket nikotin barnen fått i sig.

Då barnen fick i sig »nikotinfri« mjölk sov de i genomsnitt 84,5 minuter under timmarna som följde efter amning, vilket ska jämföras med de 53,4 minuter barnen sov i snitt efter att fått i sig bröstmjölk med nikotin. Värt att notera är att det fanns ett direkt samband mellan hur länge barnen sov och mängden nikotin de fick i sig (alltså konsumerad mängd mjölk korregerat för mjölkens nikotinkoncentration), där barn som fick i sig mer nikotin sov kortare tid.

Det faktum att bröstmjölken innehöll



Foto: IBL

Barn som fick nikotinfri mjölk sov längre timmarna efter amningen än de barn som fick mjölk med nikotin.

nikotin, vilket påverkar smaken, tycktes inte bekomma barnen, då de konsumerade lika mycket mjölk under såväl »rök-dagen« som »icke-rök-dagen«. Undersökningar har visat att förekomsten av tobaksrökning är högre bland tonåringar vars mödrar röker än bland jämnåriga vars mödrar inte röker.

Författarna spekulerar över att det faktum att dessa individer redan som nyfödda kan ha fått i sig nikotin via bröstmjölken kan vara en bidragande orsak

till detta. Tidigare studier har visat att koncentrationen av nikotin i bröstmjölk är som högst 30–60 minuter efter att modern rökt. Författarna konstaterar sammantaget att rökning kortsiktigt påverkar ammande barns sömn och anser att studier krävs kring långtidseffekterna. De hoppas att rönen ska bidra till att få mödrar att avstå från rökning under, och förhoppningsvis även efter, perioden då de ammar.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders@sciencecap.se

Pediatrics. 2007;120:497-502.

KOMMENTAR

Viktigt att observera är att konsumtion av »rökfria« tobaksprodukter, som snus och nikotintuggummi, kan ge nivåer i modersmjölk som är väl jämförbara med dem man uppmäter hos rökande mammor. Det bör man hålla i minnet när det gäller diskussionen av nikotinetts potentiella skadeverkningar.

Josef Milerad

medicinsk chefredaktör

Kronisk sjukdom och samtidig depression vanligt i många länder

Med den globala sjukdomsbördestudien kunde man för ett antal år sedan visa att depression var en av de viktigaste orsakerna till sjukdomsbörda mätt med DALY (disability adjusted life years) globalt sett och att dess betydelse för sjukdomsbörda sannolikt skulle öka [1]. Dessa fynd ledde till en omvärdering av hur sjuklighet och handikapp fördelar sig i världen och till förståelse för att psykisk ohälsa är ett omfattande problem även i låg- och medelinkomstländer.

Kunskap om hur depression samvarierar med andra större somatiska sjukdomar har dock hittills bara funnits från höginkomstländer. Man har nu i en studie baserad på WHO:s World Health Surveys [2] studerat förekomsten av depression i förhållande till fyra andra tillstånd – angina, artros, astma och diabetes – och analyserat i vad mån dessa fem tillstånd bidrog till att försämra det allmänna hälsotillståndet (»overall health score«).

World Health Survey genomförs som intervjuer enligt mycket noggrant utarbetade frågescheman om specifika sjukdomstillstånd, riskfaktorer, upplevd häl-

sa och socioekonomiska förhållanden. Totalt 245 404 personer från 60 olika länder i alla världsdelar har intervjuats.

Ettårsprevalensen av depression enbart var 3,2 procent. Bland personer med angina hade 15,0 procent också depression, för artros var siffran 10,7 procent, för astma 18,1 procent och för diabetes 9,3 procent. Efter justering för socioekonomiska förhållanden och sjukdomstillstånd var depression den sjukdom som innebar störst minskning av allmänt hälsotillstånd (»mean health score«) i förhållande till dem som inte hade någon sjukdom. Att samtidigt ha depression minskade alltså högst betydligt den handikappande effekten av kroniska sjukdomstillstånd.

Mycket lite finns ännu publicerat från World Health Survey. I artikeln redogör man noga för de instrument som använts för att identifiera specifika sjukdomar, mäta upplevt hälsotillstånd och för att kontrollera för skillnader i befolkningssammansättning mellan olika länder. Dock saknas basal information om deltagarantal och svarsfrekvens i olika

länder, och man får leta med viss möda på webbplatsen för att förstå hur denna omfattande datainsamling har genomförts [3]. Icke desto mindre ger artikeln ytterligare stöd för att depression är ett stort och ökande folkhälsoproblem i alla världens länder. Därutöver har man nu visat att ett flertal vanliga somatiska tillstånd också i många fall är förenade med depression, vilket är viktigt att känna till i vård och behandling.

Peter Allebeck

professor, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

1. Murray CJ, et al. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349:1498-505.

2. Moussavi S, et al. Depression, chronic diseases, and detriments in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370:851-7.

3. WHO. <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>

»... ger artikeln ytterligare stöd för att depression är ett stort och ökande folkhälsoproblem i alla världens länder.«