

Zyban i røykeavvenning – hvor er legeetikken?

Jeg viser til Carl Ditlef Jacobsens innlegg i Tidsskriftet nr. 1/2001 (1). Før jeg svarer ham på hans spørsmål, vil jeg si at jeg setter pris på hans innlegg. Han tar opp en viktig side ved all legekunst: nemlig aldri å skrive ut medikamenter til pasienter man selv ikke har undersøkt. Men deretter skjønner jeg ikke hvor han vil hen. Hvorfor skulle leger skrive ut resept på Zyban til «ukjente pasienter» oftere enn de gjør for andre medikamenter. Jeg forventer at leger ikke skriver ut antidiabetika, antihypertensiver, statiner og antidepressiver til andre enn pasienter man selv har undersøkt! Hvorfor forutsetter Jacobsen at man gjør dette ved bruk av Zyban? Jeg tror at Jacobsen her har sluttet seg til dem som mener at nå må vi for all del ikke la røykerne utsette seg for risiko fra medisiner, men at de trygt kan fortsette å la seg utsette for den enorme risiko det tross alt er å fortsette å røyke. Min erfaring er ikke den at røykerne er friske personer: mange av dem har allerede kroniske lungesykdommer, andre har kronisk iskemisk hjertesykdom eller diabetes. Selvsagt finnes det mange friske røykere på lik linje med at vi har mange friske hypertoniopasienter. Skulle vi av dette slutte at symptomfrie hypertoniopasienter ikke må få antihypertensiver fordi det er risiko for bivirkninger? Jeg velger å tro at Jacobsen ikke mener dette. Syke røykere er pasienter som må slutte å røyke dersom de skal overleve, friske røykere er nikotinavhengige pasienter som har høy risiko for snarlig sykdom. Hvor er legeetikken dersom vi ikke skal ta i bruk både nikotinstatningsmidler og Zyban i behandlingen av denne risikoutsatte gruppen? Det er alltid legen som har det etiske og medisinske ansvar i enhver behandlingssituasjon, men og uten medikamenter. Zyban har bivirkninger på nivå med andre godkjente, vanlig brukte og av Statens legemiddelkontroll godkjente preparater. Norske leger vet dette og kan etter personlig undersøkelse av sine pasienter trygt gjøre bruk av Zyban hvis indikasjonene er til stede, slik de fortsatt kan anvende antidepressiver og antihypertensiver. Problemet med forebyggende medisin er som kjent at man skal forhindre noe i fremtiden der man ikke med sikkerhet kan si at det vil inntreffe. Dette hindrer oss likevel ikke i å drive med forebyggende medisin med og uten medikamenter.

Konklusjonen på mitt innlegg må derfor bli: Leger har ansvaret for de etiske og behandlingmessige konsekvenser for all be-

handling de igangsetter. Selv har jeg 1½ års erfaring med Zyban og har hatt stor nytte av dette medikamentet til både syke og friske røykere. Jacobsen setter søkelyset på et viktig prinsipp i all behandling: Grundig anamnese, forsvarlig undersøkelse og riktig bruk av medikamenter vil svært ofte gi gode resultater, til glede for både pasient og lege.

p.t. Greenville, TN *Erling Aaserud*

Litteratur

1. Jacobsen CD. Zyban i røykeavvenning – hvor er legeetikken? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 107–8.

Zyban og legeetikken

Carl-Ditlef Jacobsen har i ei årrekke kjempa for å redusere helseplagene fra røyking. I det siste har han også engasjert seg mot bruk av Zyban som ledd i røykeavvenning, og i samband med dette har han flere ganger etterlyst engasjement fra medisinsk-etisk hold (1, 2).

Arbeidet for redusert tobakksbruk er viktig, men har diverre gitt nedslående resultat. Effektive hjelpemiddel i dette arbeidet må helsast velkommen. Om Zyban er eit slikt ufarleg og effektivt hjelpemiddel er ikkje eit etisk, men eit medisinsk-fagleg spørsmål. At legar anbefalar bruk av medikament med bivirkningar før gode røykeavvenningsregimer er prøvd, er eit problem på lik linje med medikamentell behandling for hyperlipidemi, hypertensjon og diabetes som erstatning for livsstilsomlegging. Unødig inngripande og risikofylt medisin er først og fremst dårleg medisin.

Oslo *Reidun Førde*

Litteratur

1. Jacobsen CD. Zyban i røykeavvenning – hvor er legeetikken? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 107–8.
2. Jacobsen CD. Zyban i røykeavvenning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 508.

Tre primære stenter ved langstrakt cancer oesophagi

Palliativ behandling av cancer oesophagi med endoskopisk innleggelse av stent er et viktig tema. Øistein Hovde og medarbeidere fra Gjøvik presenterte i Tidsskriftet nr. 2/2001 en fin artikkel om hvordan en langstrakt cancer kunne behandles (1). Vi har ved vår avdeling fire års erfaring med selvekspanderende stenter i oesophagus, til sammen

er det lagt inn 30–40 stenter av samme type som den omtalt i artikkelen.

Jeg vil gjerne diskutere enkelte uavklarte spørsmål:

– Pasienten fikk stentene tre og fire uker før han døde hjemme. Hensikten var å minske dysfagi, noe som kunne oppnås. Tidspunkt for innleggelse av stent, og om en kombinasjon med stråle- og/eller kjemoterapi er aktuelt, synes ikke å være avklart i litteraturen (2). En diskusjon vedrørende retningslinjer for palliativ behandling ansees nødvendig.

– Innleggelse av metallstenter kan medføre komplikasjoner som brystmerter, innvirkning på svelgrefleksjonen, migrasjon, innvekst, blødning og ekspansjonsproblemer (3). De kan ikke fjernes om pasienten skulle få mye plager, og er dessuten svært kostbare. Det finnes i dag en type metallstent som kan fjernes (4). Plaststenter (9–14 mm diameter) kan innlegges med like gode resultater som metallstenter hva perforasjon og reintervensjonsfrekvens angår, de kan fjernes og er billige (5).

– Hovde og medarbeidere valgte primært to Ultraflex udekkede stenter, hver på 10 cm. Det finnes lengre stenter av denne type, og risiko for migrasjon med en dekket stent ville neppe vært særlig stor ved en såpass lang striktur. Problemer med ekspansjonen har vært angitt for Ultraflex-stentene (6). Blokkingen av oesophagus antar jeg ble foretatt med en 15 mm ballong? Ville det ikke vært vesentlig sikrere å dilatere en så lang striktur trinnvis med blokkepinner (Savary-Gilliards bougie) til en mindre diameter før stentinnleggelse?

Fredrikstad *Truls Hauge*

Litteratur

1. Hovde Ø, Åsvold BO, Holstad E. Tre primære stenter ved langstrakt cancer oesophagi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 184–5.
2. Ludwig D, Dehne A, Burmester E, Wiedemann GJ, Stange EF. Treatment of unresectable carcinoma of the esophagus or the gastroesophageal junction by mesh stents with or without radiochemotherapy. Int J Oncol 1998; 13: 583–8.
3. Shimi SM. Self-expanding metallic stents in the management of advanced esophageal cancer: a review. Semin Laparosc Surg 2000; 7: 9–21.
4. Song HY et al. Benign and malignant esophageal strictures: treatment with a polyurethane-covered retrievable expandable metallic stent. Radiology 1997; 203: 747–52.
5. Bohnacker S, Thonke F, Hinner M, Seitz U, Binmoeller KF, Brand B et al. Improved endoscopic stenting for malignant dysphagia using Tygon plastic prostheses. Endoscopy 1998; 30: 524–31.
6. Binmoeller KF, Bohnacker S, Soehendra N. Endoscopic therapeutic esophageal interventions. Current Opinion in Gastroenterology 1998; 14: 350–8.