

Hypotermi

Torkel Hafting reiser i Tidsskriftet nr. 5/2001 (1) spørsmål om hypotermi kan være effektiv behandling ved akutt hjerneslag. Hos mennesker har flere studier vist en signifikant relasjon mellom forhøyet temperatur og økt mortalitet og morbiditet (2). Lav temperatur ved sykehusinnleggelse er vist å korrelere med redusert mortalitet og morbiditet (3, 4). Det foreligger imidlertid ingen kontrollerte studier av hypotermi ved akutt hjerneinfarkt. En dansk pilotstudie fra Nevrologisk avdeling, Bispebjerg Sykehus i København har vist at moderat hypotermi kan oppnås ved overflatekjøling uten anestesi hos våkne slagpasienter uten signifikante komplikasjoner (5). Den samme gruppen har deretter tatt initiativ til en kontrollert studie (The Nordic Cooling Stroke Study) som skal inkludere 1000 pasienter med akutt hjerneinfarkt og hvor flere norske sykehus vil delta. Vi skal starte behandling med vannkjølte overflateputer innen seks timer etter sykdomsstart og kjøle pasienten ned til 35 °C i ni timer. Pasientene blir fulgt opp i tre måneder. Behandlingsprotokollen er lagt opp slik at den kan gjennomføres også ved mindre sykehus uten spesialisert slagenhet. Dersom hypotermibehandlingen viser en signifikant effekt, har vi for første gang en behandling som kan tilbys til de fleste pasienter med akutt hjerneinfarkt. Grunnlaget for god slagbehandling vil allikevel være systematisk behandling og rehabilitering i en slagenhet. I tillegg til dette kommer hypotermi og medikamenter. Det er mulig at hypotermi kan være en basisbehandling for å øke effekten av nevroprotektive medikamenter (6). Det er også mulig at hypotermi kan gi et nevroprotektivt grunnlag for å øke effekten av og utvide tidsvinduet for trombolytisk behandling (7).

Bergen

Lars Thomassen
ltho@haukeland.no
Slagenheten, Nevrologisk avdeling,
Haukeland Sykehus

Litteratur

- Hafting T. Behandling etter hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 629.
- Hajat C, Hajat S, Sharma P. Effects of post-stroke pyrexia on stroke outcome: a meta-analysis of studies in patients. Stroke 2000; 31: 410–4.
- Reith J, Jorgensen HS, Pedersen PM, Nakayama H, Raaschou HO, Jeppesen LL et al. Body temperature in acute stroke: relation to stroke severity, infarct size, mortality, and outcome. Lancet 1996; 347: 422–5.
- Wang Y, Lim LL, Levi C, Heller RF, Fisher J. Influence of admission body temperature on stroke mortality. Stroke 2000; 31: 404–9.
- Kammersgaard LP, Rasmussen BH, Jørgensen HS, Reith J, Weber U, Olsen TS. Feasibility and safety of inducing modest hypothermia in awake patients with acute stroke through surface cooling: a case-control study. The Copenhagen stroke study. Stroke 2000; 31: 2251–6.
- Devuyst G, Bogousslavsky J. Clinical trial update: neuroprotection against acute ischaemic stroke. Curr Opin Neurol 1999; 12: 73–9.
- Yenari MA, Palmer JT, Bracci PM, Steinberg

GK. Thrombolysis with tissue plasminogen activator (tPA) is temperature dependent. Thromb Res 1995; 77: 475–81.

Hodestups seteleie?

Ved termin er 3–4% av fostre i seteleie. Setefødsler gir oftere enn hodefødsler sykdom hos barnet. Det har vært usikkert om keisersnitt kan gi en netto helsegevinst for mor og barn ved seteleie (1).

Denne usikkerheten er nå borte. En ny randomisert studie viser at sykehusavdelinger ved å planlegge keisersnitt (fremfor vaginal fødsel) kan redusere risikoen for barnets død med 77% (fra 1,3% til 0,3%) og risikoen for alvorlig sykdom med 64% (fra 3,8% til 1,4%) samtidig som risikoen for alvorlig sykdom hos kvinnene ikke endres signifikant (2).

Studien er monumental, glimrende gjennomført, generaliserbar og avgjørende. Den legger et sikkert kunnskapsgrunnlag for en praksisendring som hvert år kan redde tusener av barneliv og forebygge sykdom hos titusener av nyfødte over hele verden.

Det er derfor overraskende at to norske professorer i fødselshjelp i Tidsskriftet nr. 4/2001 advarer mot en «hodestups, ureflektert» endring av en «tradisjonsrik» norsk praksis fordi Norge har «en bedre systematisert og organisert svangerskapsomsorg og perinatal omsorg» der resultatene ikke gir «grunn til bekymring» (3). Samtidig innrømmer Pål Øian & Jan Martin Maltau at denne «tradisjonsrike» praksis varierer enormt mellom de norske fødeavdelingene (fra 30% til 90% keisersnitt), og at «kunnskap om resultatene ved setefødsel er begrenset».

Norske leger har «større erfaring i forløsning med Løvsets unike metode», mener Øian & Maltau. De glemmer at studiens resultater i favør av keisersnitt også gjaldt der legene hadde stor erfaring med setefødsler (2).

Øian & Maltau vil helst unngå at kvinner «påføres et kirurgisk inngrep med ikke ubetydelig komplikasjonsrisiko». Vel, studien viste ikke flere komplikasjoner blant kvinnene randomisert til keisersnitt (2).

Professorene søker tilflukt bak ønsket om en ny norsk randomisert studie. Forstår de ikke at en slik studie aldri kan gjennomføres? Den foreliggende studien ble stoppet av etiske grunner fordi keisersnitt var så opplagt gunstigere. Hvordan kan de da finne på å ville randomisere kvinner til suboptimal behandling, nemlig vaginal forløsning?

Hvert år står et par tusen norske kvinner med fostre i seteleie overfor et valg: keisersnitt eller vaginal fødsel. Den nye studien gjør valget enkelt. Norske obstetrikere og deres forening må ta inn over seg de etiske, faglige og juridiske problemene med å råde kvinnene til noe annet enn keisersnitt. Nors-

ke gravide må kunne stole på at deres fødselshjelpere kan tolke nyere forskning og gi råd som gjør fødselen sikrest mulig for mor og barn.

Oslo

Preben Aavitsland

Litteratur

- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned Caesarean section for term breech delivery. I: Cochrane Library, 3. utg. Oxford: Update Software, 2000.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356: 1375–83.
- Øian P, Maltau JM. Setefødsler – hva nå? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 405.

P. Øian og J.M. Maltau svarer:

Vi takker Preben Aavitsland for kommentarer til vår lederartikkel. Vi synes imidlertid det er noe skuffende at han ser så enkelt på et mangesidig og komplisert klinisk problem. Riktignok er den randomiserte studien publisert i Lancet (1) god, men vi har tillatt oss å komme med noen motforestillinger blant annet om studiens eksterne validitet, det vil si relevans for norsk helsevesen.

Norsk gynekologisk forening og Senter for medisinsk metodevurdering har oppnevnt en arbeidsgruppe som skal gå igjennom litteraturen og problemene knyttet til forløsning ved seteleie ved termin. Vi synes det er naturlig at man avventer dette arbeidet og en grundig diskusjon i fagmiljøet før eventuell praksisendring i Norge gjennomføres.

Tromsø

Pål Øian
Jan Martin Maltau

Litteratur

- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356: 1375–83.

Potens og prevalens

Etter at Stein Vaaler og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 1/2001 (1) presenterte prevalens tall for erektil dysfunksjon hos «norske menn over 40 år», er markedsføringen for Viagra i Tidsskriftet endret til utelukkende å referere denne studien. I det siste har studien også vært annen oppmerksomhet til del (2, 3).

Prevalensen av erektil dysfunksjon blant norske menn over 39 år oppgis til uhyggelige 60% (1). Den skrumper riktignok til 32% når de som «vanligvis er i stand til» ereksjon utelukkes. Funnet kan tolkes på minst to måter. Forfatterne velger elendighetsperspektivet. En alternativ, og mye hyggeligere vinkling er at forekomsten av erektil dysfunksjon er lav under 60 år. Totalt