

Oppdatert på profylakse mot restenose?

De siste årene er det publisert en rekke interessante artikler i Tidsskriftet om perkutan transluminal angioplastikk (PTA) av aterosklerotiske arterier, senest i nr. 13/2002 (1, 2). Restenoseproblemet etter angioplastikk er betydelig, selv ved innsetting av stent etter blokkering (3). I 1990-årene ble det igangsatt forskning på bruk av intravaskulær strålebehandling (intravaskulær brakyterapi; IVBT) som profylakse mot restenose etter angioplastikk (4). Tanken var at ioniserende stråling skulle hemme celleproliferasjonen som finner sted i karveggen etter traumatiserende blokkering. Dyreforsøk viste at tanken var god, og de første randomiserte studiene bekreftet dette. Temaet er omtalt på en god måte av Langberg og medarbeidere (3) og Reitan (5) i Tidsskriftet. I noen av de senere artiklene om angioplastikk er restenoseproblematikken diskutert uten at profylaktisk bruk av strålebehandling er nevnt (1, 2, 6), til tross for interessen dette temaet har i internasjonale fagmiljøer, og det faktum at slik behandling er under utprøving ved flere norske sykehus.

For øvrig kan det se ut som intravaskulær strålebehandling er i ferd med å bli akterutseilt. Bruk av nye stenter dekket med et cytostatikum (sirolimus; rapamycin) har gitt svært lovende resultater, og interesserte kan oppdatere seg på nettsidene til Harvard-universitetet: www.health.harvard.edu/medline/Heart/H0402a.html.

Oslo

Einar Dale

Senter for utdanning og forskning
i stråleterapi
Det Norske Radiumhospital

Litteratur

- Lied A, Morstøl TH, Vik-Mo H. Koronar angioplastikk hos eldre pasientar. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1266–9.
- Hem E. Stent best ved akutt hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1324.
- Langberg CW, Solheim S, Hagen S. Kan strålebehandling redusere frekvensen av restenose etter koronar angioplastikk? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 707–10.
- Liermann D, Bottcher HD, Kollath J, Schopohl B, Strassmann G, Strecker EP et al. Prophylactic endovascular radiotherapy to prevent intimal hyperplasia after stent implantation in femoropopliteal arteries. Cardiovasc Intervent Radiol 1994; 17: 12–6.
- Reitan JB. Stråler – bare et kreftspørsmål? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 655.
- Paulsen D, Kløw NE, Lien B, Fauchald P. Behandling av nyrearteriestenose. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3264–9.

A. Lied og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentaren frå Einar Dale, der han understrekar at restenose er eit betydeleg problem etter koronar angioplastikk. Det blir etterlyst tiltak for profylaktisk reduksjon av restenose. I materialet vårt av eldre pasientar vart 11% behandla på nytt pga. restenose (1). Koronar angiografi vart gjort ut frå kliniske kriterium, og basert på andre studiar kan frekvensen av angiografisk restenose ha vore meir enn det dobbelte. På landsbasis blir sannsynlegvis meir enn 500 pasientar behandla for restenose årleg (2).

Stenting har redusert frekvensen av angiografisk restenose til nær det halve (3), men også med bruk av stent er restenosefrekvensen høg og blir oppgitt til 10–58%, avhengig av arterielesjon og pasient. Ei rekkje medikament har vore utprøvd som profylakse mot restenose, med negative resultat. Intravaskulær brakyterapi med bruk av beta- og gammastrålar har vore nytta, og kliniske studiar har vist reduksjon av restenose i stent med 50–60% (4). Indikasjonen for brakyterapi i kliniske studiar har i hovudsak vore diffus restenose i stent, ikkje generell profylakse hos alle pasientar som får stent. Intravaskulær brakyterapi har hatt mange problem knytt til dosering, strålingsfelt og usikker langtidseffekt. Fagfeltet har derfor hatt ei avventande haldning til brakyterapi.

Det er store forventingar til bruk av stentar som lokalt frisert medikament som hindrar proliferasjon av glatte muskelceller i stenten og dermed utvikling av restenose. Best dokumentasjon er det på bruk av medikamenta sirolimus (rapamycin) og paklitaxel. RAVEL-studien, presentert på kongressen til European Society of Cardiology i Stockholm i august 2001, viste at ingen pasientar behandla med sirolimus (rapamycin) i stenten hadde fått restenose i løpet av åtte månader, mot 26% i kontrollgruppa. Behandling med stentar som frisert medikament er eit stort gjennombrøt i medisinen. Behandling med sirolimusstent er tatt i bruk også her til lands, i første rekkje hos pasientar, det er stor risiko for restenose. Prisen på desse stentane er i dag fire gonger normal pris, og dette vil diverre avgrense bruken.

Molde/Ålesund/
Trondheim

Arne Lied
Torstein H. Morstøl
Harald Vik-Mo

Litteratur

- Lied A, Morstøl TH, Vik-Mo H. Koronar angioplastikk hos eldre pasientar. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1266–9.

2. Vik-Mo H, Svennevig JL. Store regionale forskjeller i bruk av hjertekirurgi og koronar angioplastikk ved norske sykehus. Hjerterforum 2002; 15: 31–7.

3. de Jaegere PP, Eefting FD, Popma JJ, Serruys PW. Clinical trials on intracoronary stenting. Semin Interv Cardiol 1996; 1: 233–45.

4. Ashby DT, Dangas G, Mehran R, Leon MB. Coronary artery stenting. Cathet Cardiovasc Intervent 2002; 56: 83–102.

Spesialisttjenester ved funksjonelle lidelser

Håkon Lie skriver i Tidsskriftet nr. 16/2002 at «spesialisten bør kobles inn straks man føler at det er en diskrepans mellom pasientens og legens oppfatning av årsak til og praktiske konsekvenser av plagene» (1). Vårt råd til legen når han opplever en slik diskrepans er først å sjekke ut med pasienten mer om karakteren av denne diskrepansen; dvs. finne ut mest mulig om pasientens antakelser, tanker og bekymringer. Ofte vil denne innfallsvinkelen være bedre enn umiddelbar henvisning til spesialist. Pasienten trenger en god og grundig undersøkelse med en forklaring av funn.

Vi er enige i at det i noen tilfeller er fruktbart å henvise pasienten til spesialist for å sikre en best mulig kvalifisert vurdering. Problemet er at kroniske smerter i muskel- og skjelettapparatet sjelden har én årsak, men mange individuelle komplekse årsakssammenhenger. Legen kan hjelpe pasienten til å finne ut mer om disse individuelle årsakssammenhengene, men hvilke faktorer i det psykososiale livet som har sammenheng med plagene, vil ofte først klargjøres i en dialog over tid. Legen kan ha noen antakelser som han ev. kan diskutere med pasienten, og det kan i seg selv være en hjelp for vedkommende til å komme til en bedre forståelse av sine plager. Ved i større grad å legge vekt på hva pasienten gjør og kan gjøre for å lindre smertene eller mestre smertene og hverdagen, kan legen styrke vedkommendes mestringsevne, noe som i siste instans er viktigere enn å finne psykososiale årsakssammenhenger. En fare ved å henvise til spesialistundersøkelse er at den bare bekrefter diskrepansen mellom pasientens og legens oppfatning av årsak. I så fall er det ingen hjelp, snarere vil dette kunne øke pasientens frustrasjon og mindreverdighetsfølelse. Det er allmennlegen som har mest erfaring med og som har best verktøy til å hjelpe pasienter med «funksjonelle lidelser», men det kan være nødvendig at alle de ulike spesialistgruppene styrker sin kompetanse i forhold til slike pasienter.

Håkon Lie skriver videre at ved å henvise pasienten til behandling «har vi signalisert at det nok foreligger en reell lidelse i muskel- og skjelettsystemet. Da må vi finne på en ny behandling siden den første ikke hjalp» (1). Problemet her er skillet mellom «reelle» og «ikke-reelle» lidelser. Så lenge pasienten har symptomer, må disse symptomene forstås som reelle, uavhengig av om det foreligger objektive funn eller ikke. Å lage skille er unødvendig og ikke hensiktsmessig, og er med på å gjøre det vanskeligere både for pasient og lege.

Oslo

*Liv Haugli
Arnstein Finset*
Diakonhjemmets sykehus

Litteratur

1. Lie H. Spesialisttjenester ved funksjonelle lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1594.

Tiden sårer alle læger

I den danske avisen Information hadde lege Knud Jacobsen 13.2. 2002 en kronikk med ovennevnte tittel. Inngressen var «I dag lærer lægen kun at undersøge for sykdom – ikke at være lege.»

Også i Danmark diskuteres forventningene til helsevesenet. Forventningsnivået er så høyt at det må bli frustrasjon og skuffelser. Mange utnytter frustrasjonen til egen fordel. Pasientorganisasjonene vokser i antall, og selv helt marginale lidelser utnyttes bevisst. Sterke ord som urett og urimelig nyttes i kampen. Også politikerne er under press. Er en pasient så heldig å bli fremvist i massemediene, åpnes muligheter for kostbar terapi, ofte mot faglige råd. De som skriker høyest, får mest og blir prioritert fremfor andre like syke. Den langsiktige prioritering lider – og det går utover alle.

Vi trenger en diskusjon om hva vi kan vente av hverandre og oss selv. Som leger har vi forskjellige roller der vi må ta stilling til hva vi kan og vil. I dialog med pasientene må vi prøve å klarlegge forventningene. Vi har vitenskapelige hensyn om kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine). I utgangspunktet en vakker tanke, der det ikke alltid blir tatt hensyn til den menneskelige dimensjon som alltid er til stede i ethvert forhold. Dette forplikter, for vi kan ikke komme vekk fra pasienten og egne forventninger.

Vi kan profesjonalisere vår håndtering av dialogen – møtet. Dette må stadig fremheves i utdanningen og i den faglige og politiske debatten. Dette er på vei inn i undervisningen, men det er langt før det er internalisert i kunnskap og væremåte. Vi er stort sett opplært ut fra modellen at pasienten har en sykdom, og at etter vellykket diagnose og terapi blir pasienten et menneske uten sykdom. Det er en naturlig konsekvens av at vi behandler

legevitenskapen som en del av naturvitenskapen.

Vi må heller ta utgangspunkt i møtet mellom pasient og lege, prøve å forstå dynamikken i møtet mellom mennesker med de rollene vi har hver for oss. I stedet for et mismøte kan det styrke evnen til å mestre utfordringer og leve sitt liv. Vi må ned fra elfenbenstårnet der vi forventes å frelse pasientene. Går vi inn i rollen som frelser, kan vi lett ende som en synkende Peter som trodde han kunne gå på vannet. Kanskje er det det vi ser hos mange utbrente leger som blir førtidspensjonert. Vi betegner dem som utbrente etter at de i mange år har kjempet for å være gode leger for sine pasienter – og prøvd å make det umulige.

Nesttun

Per Vollset

rettelse rettelse rettelse

Bedre rutiner nytter lite når meldekulturen er slett

Nina Husom

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1239

I Tidsskriftet nr. 12/2002 uttaler helsedirektør Lars E. Hanssen: – Det er beklagelig at sykehusene i Kristiansand og Stavanger ikke meldte funnene videre i 1999.

Lars E. Hanssen understreker at Vest-Agder sykehus HF ikke har noe med bakteriefunn i 1999 å gjøre, og beklager at feilen ikke ble oppdaget da han hadde intervjuet til gjennomsyn. Ifølge Hanssen har både Helse Stavanger HF og Vest-Agder sykehus HF svært gode melderutiner.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**

• **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no
eller

A-post
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40

Bruk kun én forsendelsesmåte.