

Ingen gratis lunsj



Redaksjonelt

Medikamenter har både virkninger og bivirkninger – det gjelder også hormonbehandling av kvinner etter overgangsalderen

Dagbladets førsteside 11. juli 2002 fikk skyene til å virke enda mørkere i en regntung fellesferie. Resultatene fra en amerikansk «sjokkrappport» kunne vise at 115 000 norske kvinner var i faresonen for å få blodpropp, slag og brystkreft fordi de tok hormontilskudd. Rapporten ble betegnet som oppsiktsvekkende, og Dagbladets Sissel Benneche Osvold skrev at hun hadde tatt sin siste østrogentablett (1). Medicoppslagene skapte atskillig uro rundt om på hytter og svaberg. Sprikende uttalelser fra medisinske eksperter gjorde nok også mange leger usikre på hva de skulle anbefale sine pasienter.

Tidsskriftet nr. 16/2002 presenterte en artikkel om effekten av hormonbehandling i overgangsalder på hjerte- og karsykdom (2). I dette nummer av Tidsskriftet drøfter Ingrid Os & Serena Tonstad (3) de nye resultatene fra rapporten til The Women's Health Initiative (WHI) (4).

Både rapportens innhold og måten den presenteres på gir grunn til ettertanke. Den omfatter et stort antall presumptivt friske kvinner, er prospektiv, kontrollert og randomisert – og det er bra. Men gjennomsnittsalderen for kvinnene ved studiens start var 63 år. Er det et rimelig utgangspunkt når vi vet når overgangsalderen inntreffer og slik behandling vanligvis startes? Østroget som brukes er ikke registrert i Norge og er annerledes enn det som brukes her. De absolutte forskjellene mellom gruppene er små, og en betydelig andel (40%) av kvinnene falt fra underveis, noe som gjør analysene mindre pålitelige. Derfor må man spørre om resultatene har gyldighet i den aktuelle pasientgruppen i Norge. WHI-rapporten viser imidlertid at denne typen hormonbehandling ikke egner seg som primærprofylakse mot hjerte- og karsykdommer. Men er det derfor kvinner har tatt disse tablettene?

De færreste er særlig motivert for å ta piller i årevis bare for å påvirke en mulig fremtidig risiko hvis medikamentet ikke gir noen effekt i øyeblikket. Mange faller derfor fra i slike studier, og mange lar være å ta medikamenter som skrives ut. Kvinner som har fortsatt å ta hormontabletter, har som oftest gjort det av konkrete grunner: F.eks for å holde svært plagsomme symptomer i sjakk, for å hindre utvikling av osteoporose eller fordi de føler et subjektivt velvære ved å ta tablettene.

Dagbladets var sjokkert. Men har vi – som leger – lov til å bli så veldig overrasket av denne rapporten? Den økte brystkreft risikoen var velkjent. Og det kan ikke ha kommet helt uventet på noen at hormontilskudd kunne øke risikoen for hjerte- og karsykdommer. Det er mer tankevekkende at leger og legemiddelindustri har valgt å tolke den dokumentasjon som har foreligget til nå, som så overbevisende at man har anbefalt hormontilskudd som primærprofylakse mot hjerte- og karsykdommer. For, som Kåre Bønaa påpeker i sin artikkel om kjønns hormoner og hjertesykdom i dette nummer av Tidsskriftet (5), har det aldri vært overbevisende dokumentert at kvinnelige kjønns hormoner skulle virke beskyttende mot hjerte- og karsykdommer, verken gjennom epidemiologiske undersøkelser eller observasjonsstudier. Og kunnskapen vi har om f.eks. p-piller, gjør det ikke unaturlig at risikoen særlig for tromboemboliske sykdommer kunne øke (6).

«Det finnes ikke noe slikt som en gratis lunsj,» skrev Robert Henlein i 1966 (7) – alt har sin pris. Uttrykket ble nærmest opphøyet til en økonomisk lov da nobelpristakeren Milton Friedman brukte uttrykket som en boktittel noen år senere (8). Men selv om lunsjen – i dette tilfellet hormonbehandlingen – ikke er gratis, er det godt at den finnes og er tilgjengelig. Hvilken pris – hvilken risiko for bivirkninger – behandlingen har, er det legenes oppgave å anslå for hver enkelt pasient. Om lunsjen er verdt prisen, må kvinnene selv vurdere. Om nettopp dette skrev Kirsti Malterud en artikkel i Tidsskriftet i 1991 (9) som med fordel kan leses om igjen (10). Den forteller flere ting, men særlig dette: At selv om medisinske mediesannheter har kort halveringstid, så har kloke og nøkterne vurderinger og respekt for pasienters ulike opplevelser og valg lang holdbarhet.

Charlotte Haug

Tidsskrift for Den norske lægeförening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Charlotte Haug (f. 1959) er redaktør av Tidsskriftet.

Litteratur

1. Osvold SB. Dødelige hormoner. Dagbladet 11.7.2002: 2.
2. Høibraaten E. Hormonbehandling i overgangsalder og hjerte- og karsykdom. Tidsskr Nor Lægefören 2002; 122: 1564–5.
3. Os I, Tonstad S. Hormonbehandling i overgangsalder og hjerte- og karsykdom – nok en gang. Tidsskr Nor Lægefören 2002; 122: 1808–10.
4. Writing group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288: 321–33.
5. Bønaa KH. En alternativ hypotese som forklarer kjønnsforskjellene i risiko for koronar hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægefören 2002; 122: 1783–6.
6. Baird DT, Glasier AF. Science, medicine, and the future: contraception. BMJ 1999; 319: 969–72.
7. Henlein R. The moon is a harsh mistress. New York: Ace Books, 1966.
8. Friedman M. There's no such thing as a free lunch. Chicago, IL: Open Court, 1975.
9. Malterud K. Kvinnemedisinske synspunkter på østrogenbruk. Tidsskr Nor Lægefören 1991; 111: 475–7.
10. www.legeföreningen.no/index.db?id=10863 (26.7.2002).