

Kjønn og koronar hjertesykdom

Kaare Harald Bønaa fremsatte i Tidsskriftet nr. 18/2002 en hypotese om at menn har større risiko enn kvinner for koronar død og hjerteinfarkt fordi de oftere utvikler lipidholdige, ustabile og trombogene plakk (1). Ut fra artikkelen kan man få det inntrykk at Bønaa mener at hovedårsaken til dette er at menn har lavere HDL-nivå enn kvinner, noe som igjen er relatert til testosteron.

Jeg er enig i at det er grunn til å tro at kvinner er bedre beskyttet enn menn mot hjertesykdom på grunn av sitt noe høyere HDL-nivå, men det må være noe mer.

Studier i vestlige land har vist at kvinner der har 0,25–0,3 mmol/l høyere HDL-kolesterolnivå enn menn (2, 3). I en prospektiv observasjonsstudie av 14 786 middelaldrende finske menn og kvinner var forekomsten av koronar hjertesykdom tre ganger høyere og den koronare mortaliteten fem ganger høyere hos menn enn hos kvinner. HDL-/totalkolesterolnivå og røykevaner forklarte omtrent 45 % av kjønnsforskjellene (3). I denne studien var en øking på 0,1 mmol/l av HDL-kolesterol assosiert med 9 % reduksjon i relativ risiko. Det sentrale spørsmål er: Hva skyldes de resterende 55 % som ikke kan forklares med de kjente risikofaktorene?

Bønaa skriver at menns lavere HDL-nivå (og dermed økte risiko for hjerteinfarkt) er relatert til hormonet testosteron. Pasientkontrollstudier har derimot vist en sterk statistisk sammenheng mellom lavt testosteronnivå hos menn og økt risiko for koronar hjertesykdom og hjerneslag (4, 5). Det er mulig at lavt testosteronnivå bare er en markør i denne sammenhengen, men intervensjonsstudier har vist at tilskudd som øker testosteronnivået, kan ha en fordelaktig effekt på menns anginaplager (6). Vi trenger mer kunnskap om kjønns hormoners rolle i karveggenes patofysiologi.

Det at menn har 40–50 % høyere risiko enn kvinner for å utvikle lipidholdige plakk i a. carotis, skal ifølge morfologihypotesen øke deres risiko for både hjerteinfarkt og hjerneslag.

Når det gjelder prevalensen av hjerneslag i alderen < 65 år, så varierer forholdet menn : kvinner i ulike land fra 1,2 : 1 til 2,4 : 1, og i aldersgruppen > 65 år går den gradvis mot 1 : 1. Hos de over 80 år er prevalensen klart høyest hos kvinner, noe som i stor grad reflekterer at det er flest kvinner som når denne alderen (7).

Den kjønnsrelaterte risikoforskjellen for hjerteinfarkt i de samme aldersgruppene er

mye større – i menns disfavør. Hva er årsaken til dette? Dette spørsmålet må ansees å være sentralt i det videre arbeidet med hypotesen.

Førde

John Roger Andersen

Litteratur

1. Bønaa KH. En alternativ hypotese som forklarer kjønnsforskjellene i risiko for koronar hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1783–7.
2. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. 2002 CHD statistics: blood cholesterol. www.dhpc.ox.ac.uk/bhfhprg/stats/2000/2002/bloodcholesterol.html (4.9.2002).
3. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14 786 middle-aged men and women in Finland. Circulation 1999; 99: 1165–72.
4. Sewdarsen M, Vythilingum S, Jialal I, Desai RK, Becker P. Abnormalities in sex hormones are a risk factor for premature manifestation of coronary artery disease in South African Indian men. Atherosclerosis 1990; 83: 111–7.
5. Jeppesen LL, Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS, Winther K. Decreased serum testosterone in men with acute ischemic stroke. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1996; 16: 749–54.
6. Rosano GM, Leonardo F, Pagnotta P, Pelliccia F, Panina G, Cerquetani E et al. Acute anti-ischemic effect of testosterone in men with coronary artery disease. Circulation 1999; 99: 1666–70.
7. Wyller TB. Stroke and gender. J Gend Specif Med 1999; 2: 41–5.

Rekonstruksjon av jomfruhinner

Rådet for legeetikk har i sitt siste møte drøftet de reaksjonene som har kommet etter vår uttalelse om rekonstruksjon av jomfruhinner (1–3). Rådet hadde prinsipielle motforestillinger mot at kulturelle problemer skal løses ved hjelp av et medisinsk inngrep (1). Mange har vært uenig i dette. Dagbladet har på lederplass gått inn for at denne virksomheten bør finansieres innenfor den offentlige helsetjenesten (4). I den offentlige debatten har det også vært hevdet at denne typen inngrep burde være et forebyggende tilbud til kvinner som giftes inn i kulturer der intakte jomfruhinner tillegges avgjørende vekt.

Det er grunn til å minne om at vår drøfting av problemet var en følge av at Volvat medisinske senter bad om vårt synspunkt. Det er vår oppgave å drøfte de prinsipielle etiske sidene ved medisinsk virksomhet. Rådet har tidligere uttalt seg prinsipielt mot et annet kulturelt/religiøst begrunnet inngrep, omskjæring av guttebarn, som et tilbud innenfor den offentlig helsetjenesten (5).

I vår første uttalelse om jomfruhinneplastikk tilkjenner vi at vi ser at forekteskape- lig seksuell debut i noen tilfeller kan medføre livsfare for en kvinne: «Rådet har ingen vanskeligheter med å akseptere at et slikt inngrep i enkelte sjeldne tilfeller utføres der det er overveiende sannsynlig at kvinnen er alvorlig truet...» (1). I slike tilfeller er det selvsagt at legens muligheter for å redde liv og helse må være etisk ledende. Rådet vil fastholde at det på sikt må være et mål at kvinner som tar preg av norsk kultur og levestett aksepteres og respekteres i kraft av eget selvstendig verd. Med vår prinsipielle uttalelse ønsker vi å bidra til at kvinnene vil oppnå den respekt og selvstendighet som oppfattes som en selvfølge i vårt samfunn. At dette er en langsom og omfattende prosess er selvsagt. Videre vil vi fastholde at jomfruhinneplastikk er å sammenlikne med annen form for kosmetisk kirurgi.

Oslo

Reidun Førde
Rådet for legeetikk

Litteratur

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.
2. Dalaker K, Loenneken K. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1820.
3. Renaa B-H. Kulturell kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2041.
4. Jomfru i nød. Dagbladet 17.7.2002.
5. Gulbrandsen P. Rituell omskjæring av guttebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2994.

Smitteverntiltak i sykehus

Preben Aavitsland påpeker i Tidsskriftet nr. 20/2002 (1) helt riktig at kunnskapsgrunnlaget for mange smitteverntiltak er mangelfullt. Han viser til eksempler på at svært kostbare tiltak er gjennomført uten at man har kontrollerte undersøkelser som dokumenterer effekten.

Artikkelen kan gi inntrykk av at smittevern i sykehus ikke har vært gjenstand for kritisk evaluering i fagmiljøene. Dette er ikke riktig. Få forebyggende tiltak er så godt dokumentert med hensyn til effekt og kostnad-nytte. SENIC-undersøkelsen (2) fra USA baserte seg på data fra 338 000 pasienter ved 338 representative sykehus valgt ut blant mer enn 5 000 sykehus og ble gjennomført etter strenge vitenskapelige kriterier og kontrollert for en rekke definerte variabler. Hovedkonklusjonene var at sykehus som hadde innført et infeksjonskontrollprogram med definert innhold og som hadde kompetent hygienepersonell, hadde gjen-