

Ikkje sant om antioksidantar

I artikkelen til Atle Fretheim og medarbeidarar i Tidsskriftet nr. 23/2002 om forebyggjande tiltak mot høgt blodtrykk kan ein lese påstandar om at det ikkje er godt underbygd at antioksidantar har nokon nytte i forebygging av høgt blodtrykk (1).

For å etterrøkje om påstandane var rette, søkte eg på databasen *www.third-line.com* og fann 170 artiklar om antioksidantar, mineral, vitamin og diettbehandling ved høgt blodtrykk. Av desse artiklane vart følgjande råd anmerka som «allment aksepterte gjennom kontrollerte forsøk på mennesker»: vegetar-mat, høgfiberdiett, det å unngå sukker, alkohol, metta fett og koffein. Vidare synte tilskot av kalk, kalium og magnesium truverdige resultat om ein hadde manglar av desse stoffa. Andre aksepterte åtgjerder var Q10, taurin, tryptofan (det naturlege førstadiet til serotonin) vitamin C og omegafettsyrer.

Ut over dette fann ein følgjande råd bygd på ukontrollerte forsøk på menneske, dvs. epidemiologiske studiar: selen, vitamin D, vitamin A. Ein må heller ikkje gløyme at nivåa av homocystein og metamalonsyre har meir å seie enn kolesterolverdiane, men at tiltaka mot desse ikkje vert støtta opp om av industrien, med unntak av ein norsk fabrikk, nemlig Nycomed som lagar Tre-be og Omega-Folat.

Diverre inneheld Omega stundesvis ureinheiter frå PVC og liknande, så ein må velje leverandør med stor omhug.

Fevik *Bjørn Johan Øverbye*

Litteratur

1. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2283–6.

A. Fretheim & A. Bjørndal svarer:

Vi takker Bjørn Johan Øverbye for å ha lest og kritisk vurdert vår artikkel.

Øverbye er uenig i vår påstand om at «hitil har ikke kliniske studier vist overbevisende resultater til støtte for bruk» av antioksidanter til forebygging av hjerte- og karsykdommer (1). Dette skrev vi fordi bruk av antioksidanter ikke er vist å ha effekt i gode kliniske, kontrollerte studier.

Bakgrunnen til forhåpningen om at antioksidanter kan ha en forebyggende effekt, er blant annet den statistiske sammenhengen som er observert mellom høyt inntak av antioksidanter og redusert forekomst av hjerte- og karsykdommer (2). Særlig for vitamin E har denne sammenhengen vært sterk i flere epidemiologiske undersøkelser. Problemet

med slike studier er at skjevheter (bias) i materialet kan føre til feilslutninger. Det kan f.eks. være slik at de som velger å ta antioksidanter er mennesker som har lav risiko for hjerte- og karsykdommer i utgangspunktet. Dette problemet unngår man i randomiserte, kontrollerte forsøk. Flere undersøkelser av denne typen er gjennomført for å studere effekten av vitamin E på forebygging av hjerte- og karsykdom, og i disse forsøkene har det ikke gått bedre med deltakerne i vitamingruppen enn deltakerne i placebogruppen (3). Resultatene har vært like skuffende i kliniske, kontrollerte studier som har evaluert effekten av betakaroten (2).

For mange antioksidanter mangler kontrollerte studier. Resultatene fra de forsøkene som er gjennomført, viser at det er grunn til å avvente pålitelig dokumentasjon før man anbefaler sine pasienter å bruke antioksidanter til forebygging av hjerte- og karsykdom.

Oslo

Atle Fretheim

Arild Bjørndal

Enhet for kunnskapshåndtering
Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 8054 Dep
0031 Oslo

Litteratur

1. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–82.
2. Lonn EM, Yusuf S. Evidence based cardiology: emerging approaches in preventing cardiovascular disease. BMJ 1999; 318: 1337–41.
3. Andersen JA. Vitamin E og koronar hjertesjukdom – kvifor manglande effekt i store kliniske studiar? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1932–6.

Oftalmoskopi i Tidsskriftet

I Tidsskriftet nr. 16/2002 er det til artikkelen «Klar reduksjon av ventelister og registrert ventetid» presentert et illustrasjonsfoto av en ung kvinnelig lege som tilsynelatende oftalmoskoperer en pasient (1). Dersom det ikke har vært en revolusjon i utformingen av oftalmoskoper de siste årene, ser det tydelig ut som undersøkeren har snudd oftalmoskopet og holder det bak frem.



Illustrasjonsfoto

Vi har spekulert litt på hensikten med bildet. Muligens skal hensikten med bildet være: «legen lærer pasient å undersøke rød refleks», eventuelt har legen intensivkurs i å lære pasienten å oftalmoskopere. Dette som ledd i folkeopplysningen om egen helse. Imidlertid ser man faktisk svært dårlig når man retter lyset rett i eget øye (både under og etter undersøkelsen), og dette kan neppe anbefales som generell undersøkelsesrutine!

Jeg håper personen på bildet ikke er en kollega. Som tidligere universitetslærer for medisinstudenter i øyefaget håper jeg inderlig at det ikke er en av mine tidligere studenter som utfører dette stundet.

Asker

Per Klyve

Litteratur

1. Høie IM. Klar reduksjon av ventelister og registrert ventetid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1601.

Lungekreft

Vi har med interesse, men ikke uten forundring, lest to artikler og en leder om lungekreft i Tidsskriftet nr. 23/2002 (1–3). Spørsmålsstillingen er om behandlingen er god nok, eller om flere burde opereres (2), og om ikke alle bør få utført preoperativ mediastinoskopi (3). Sett i et litt større perspektiv, er det bred, sågar meget bred internasjonal enighet om at pasienter med lungekreft som ikke har klart patologiske metastaser påvist ved CT eller annen preoperativ diagnostikk, bør ha en undersøkelse med ¹⁸F-FDG PET (positronemisjonstomografi). En rekke publikasjoner de senere år (bl.a. 4–6) angir at i størrelsesorden 20% av pasientene som blir operert, har spredning og ikke burde vært operert. Tilsvarende, vel 20% av dem som har forstørrede lymfeknuter, har ikke spredning og burde opereres.

Vår forundring bunner i at verken forfattere eller Tidsskriftets faglige medarbeidere setter Tidsskriftets artikler i et litt større perspektiv. I en diskusjonssammenheng bør det påpekes at i verden utenfor Norge er PET blitt et sentralt verktøy i preoperativ evaluering av lungekreftpasienter. Det hører med også i «internt norske» diskusjoner.

Oslo

Tore Bach-Gansmo

Trond Velde Bogsrud

Nukleærmedisinsk avdeling
Det Norske Radiumhospital

Litteratur

1. Bremnes RM, Aasebø U. Lungekreft – en lavstatussykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2257.
2. Rostad H, Naalsund A, Jacobsen JNR, Aaløkken TM. Er behandlingen av lungekreft i Norge god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2258–62.

3. Heitmann EP, Alexandersen O, Moland J. Er mediastinoskopi et nødvendig preoperativt inngrep ved ikke-småcellet lungekreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2268–9.
4. Coleman RE. PET in lung cancer. J Nucl Med 1999; 40: 814–20.
5. Yung RC, Orens JB. Radicalism in therapy of lung cancer. Lancet 2001; 357: 1306–7
6. van Tinteren H, Hoekstra OS, Smit E, van den Bergh JH, Schreurs AI, Stallaert RA et al. Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patient with suspected non-small cell lung cancer. The PLUS multicentre randomised trial. Lancet 2002; 359: 1388–93.

H. Rostad og medarbeidere svarer:

Vi er kjent med PETs angivelige fortreffelighet i utredningen av lungekreftpasienter og medgir at undersøkelsen kanskje kunne vært nevnt i en bred diskusjon om emnet. Det gjelder spesielt påvisning av eventuell intratorakal lymfeknutespredning hvor den gjennomsnittlige sensitivitet og spesifisitet angis til henholdsvis 88 % og 93 %. De tilsvarende tall for CT er i beste fall 65 % og 70 % (1). Imidlertid reflekterer PET den metabolske aktivitet i en lesjon og vil dermed være positiv også ved aktiv inflammasjon. Man må derfor regne med falskt positive resultater etter som anvendelsen øker og større materialer publiseres.

Vi vil minne om at da CT ble tilgjengelig for ca. 20 år siden, skulle dette overflødiggjøre mediastinoskopi. Det førte til at svært få av dagens thoraxkirurger har tilstrekkelig erfaring i å utføre inngrepet. I vårt materiale ble mediastinoskopi utført hos bare et fåtall (12%) av pasientene hvor inngrepet var nødvendig for å få fastsatt N-stadiet (2). Det er ønskelig å få erfaring med PET i utredningen av mange lungekrefttilfeller, både pasienter med mistenkt metastasering og dem med lokalavansert sykdom. Foreløpig er utstyret ikke kommet til Norge selv om det kanskje er på vei inn til sentrale Oslo-sykehus. Nøkternt sett vil det ta lang tid før undersøkelsen blir tilgjengelig i utredningen av lungekreftpasienter. I dagens situasjon er det muligens viktigere å bruke økonomiske midler til å bedre CT-maskinparken på landsbasis.

Oslo *Hans Rostad*
Anne Naalsund
Jarle Norstein
Randi Jacobsen
Trond Mogens Aaløkken

Litteratur

1. Armstrong P, Congleton J, Fountain SW, Jagoe T, McAuley DF, MacMahon J et al. BTS guidelines: guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery. Thorax 2001; 56: 89–108.
2. Rostad H, Naalsund A, Norstein J, Jacobsen R, Aaløkken TM. Er behandlingen av lungekreft i Norge god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2258–62.



Akuttutstyr med fleksible løsninger

Det nye Interspace ULM systemet fra Weinmann gir muligheter for individuell plassering av akuttutstyr med flyttbare skillevegger.

Utstyret er inndelt i 3 klare funksjonsgrupper:

- * DIAGNOSE
- * RESPIRASJON
- * SIRKULASJON

Alt utstyr oversiktlig plassert gjør arbeidet på skadestedet enklere når sekundene teller.

Ideelt for:

- * Legevaktkjøring
- * Kommunelegetjeneste
- * Akuttmottagelse

Be om spesialbrosjyre og forslag til innhold.

når det står om liv -
ferno® norden

Ferno Norden as

Pb 105, 3191 Horten, Tel.: 33 03 45 00, Faks: 33 03 45 10

**NORGE-SVERIGE-
 FINLAND-DANMARK-ISLAND-ESTLAND**