

akutt iritt, ukontrollert hjerte-/nyresykdom og ukontrollert astma (2).

Jeg har nylig behandlet en pasient med Sjögrens syndrom med pilokarpin hydroklorid. Pasienten, en 64 år gammel mann, hadde hatt betydelig og tiltakende plager av munn- og øyetørrehet i minst ti år. Siste tre år hadde han hatt smerter i munnhulen på grunn av ulcerasjoner og store vansker med å ta til seg varm og krydret mat. Han hadde hatt flere candidainfeksjoner, og fikk diagnostisert Sjögrens syndrom og oral lichen planus i 1998 ved Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo. Han ble senere behandlet med bl.a. Fungizone sugetabletter, Flux sugetabletter, munnspray og Viscotears, med liten effekt, og hadde prøvd flere prednisolonkurer.

Ved klinisk undersøkelse 15.3. 2002 fantes lett injiserte øyeslimhinner bilateralt, tørre, injiserte slimhinner i munnhulen og forandringer som ved lichen planus på innsiden av begge kinn, samt ulcerasjoner lateralt på begge sider av tungen med hvitlig belegg i bunnen og multiple, små ulcerasjoner i andre deler av munnhulen. I tiden forut hadde han hatt 3–4 oppvåkninger hver natt for å drikke og dryppe øyne, han hadde gått ned i vekt og følte seg konstant trett.

Etter behandling med pilokarpin hydroklorid 5 mg × 3 i 14 dager var klinisk status slik: Fuktigere og mindre injiserte slimhinner i øyne og munnhule; færre små ulcerasjoner i munnhulen; uendret på tungen. Han hadde hatt bare 1–2 oppvåkninger de siste tre nettene. Ingen bivirkninger ble registrert. Dosen ble økt til 5 mg × 4 og behandlingen supplert med Lamisil krem × 2 på tungen. Etter fire uker var øyeslimhinnene normaliserte, og tunge- og munnhuleulcerasjonene helet. Slimhinnene var betydelig mindre injiserte og uten tydelige lichen planus-forandringer. Pasienten angav 0–1 oppvåkning per natt, han hadde ingen smerter fra munnhulen og tolererte varm mat. Han syntes at spyttsekresjonen var «rikelig» og tåresekresjonen «ganske normal». Etter ytterligere fire uker var forholdene stort sett uendret. Dosen ble redusert til 5 mg × 3, senere 5 mg × 2, men senere igjen økt til 5 mg × 3–4. Behandlingseffekten var betydelig mindre etter behandlingsstart. Han har fått en vesentlig bedret livskvalitet, er betydelig mindre trett og legger litt på seg.

Pilokarpin hydroklorid synes vel verdt å prøve ved Sjögrens syndrom. Medikamentet må foreløpig tas inn på registreringsfritak (pilokarpin hydroklorid Salagen Novartis). Det kan ytes delvis refusjon ved søknad til trygdekontoret.

Harald Hauge Drøsdal
allmennlege
Vette

Litteratur

1. Bell M, Askari A, Bookman A, Frydrych S, Lamont J, McComb J et al. Sjogrens syndrome: a critical review of clinical management. *J Rheumatol* 1999; 26: 2051–61.
2. Vivino FB. The treatment of Sjogren's syndrome patients with pilocarpine-tablets. *Scand J Rheumatol* 2001; 115 (suppl): 1–13.
3. Stuhau A. Sjögrens syndrom: lindring. *Legemidler og Samfunn* 2001; nr. 6.

Foreningen til griseriets bekjempelse?

Aftenposten skriver 12.11. 2002 at Legeforeningen arrangerte et seminar med tittelen «Snus – noe griseri» (1). Nå var det riktig nok Tobakksfritt som arrangerte, men siden møtet ble holdt i Legenes hus og foreningens navn stod på papirene, ble Legeforeningen oppfattet som ansvarlig for arrangement og tittel.

Legeforeningen har brukt mye tid og ressurser på antiroykepropaganda. Røyking er et stort helseproblem. Likevel kan det diskuteres om det er vår forenings oppgave å drive antiroykekampanjer. Det lar jeg ligge. Men det bekymrer meg at foreningen nå begir seg ut på korstog mot annen styggedom.

Det er ikke bevist at snus gir kreft. Tvert imot. De to eneste store epidemiologiske undersøkelsene som finnes, konkluderer med det motsatte (2, 3). Hvis snus var en trussel mot folkehelsen, slik sigaretter er, burde det være mer munnhulekreft i snuslandet Sverige enn i snusløse land. Merkelig nok ligger Sverige nest lavest i Europa, med 4,1 tilfelle per 100 000 menn, mot f.eks. 21,0 i Frankrike, 18,8 i Spania og 10,2 i Sveits (4). I en litteraturoversikt fant man at de eventuelle skadene av snusing ikke er større enn at de er vanskelige å påvise (5). Kanskje det er derfor man ikke fant en mer saklig tittel på seminaret? Hvis «griseri» er det beste argument mot snusing, burde Legeforeningen finne viktigere oppgaver for sin informasjonsavdeling.

Overvekt, fysisk inaktivitet og alkoholbruk er store samfunnshelseproblemer. I motsetning til risikoen ved snusbruk er skadevirkningene veldokumentert. Dersom Legeforeningen vil drive kampanjer for folkehelsen, er dette viktige onder å bekjempe. I tråd med den tabloide stilen man ser ut til å ha valgt, kunne man f.eks. arrangere seminarer Overvekt – selvpåført, frastøtende og dødelig, Latskap – roten til diabetes og åreforkalkning og Alkohol – en vederstyggelighet.

Holdningskampanjer rettet mot befolkningen burde primært være statens oppgave. Legeforeningen har store, uløste informasjonsoppgaver. I den grad foreningen likevel vil bruke ressurser på helseopplysning, bør den utmerke seg ved faglighet, balansert

fremstilling og fravær av moraliserende pekefinger. Jeg skulle ønske foreningen prioriterte mer kritisk i bruken av faglig renommé og ressurser.

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Henmo O. EU fjerner kreftadvarsel på norske snus. *Aftenposten* 12.11.2002.
2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a swedish case-control study. *Int J Cancer* 1998; 77: 341–6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking Tobacco, Oral Snuff, and Alcohol in the Etiology of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer* 1998; 82: 1367–75.
4. Norsk tannvern: Tobakk og oral helse. Norsk tannvern, Oslo 2000.
5. Steen T. Helseisikoen ved snusbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 625–7.

Reorienteringsterapi er faglig og etisk uforsvarlig

I Tidsskriftet nr. 27/2002 har Gunnar Saunes et leserinnlegg med en rekke grunnløse og feilaktige kommentarer og påstander om homofile mennesker (1). Spørsmål til respondenter i Oslo om seksuell aktivitet gir ikke grunnlag for å trekke noen konklusjon om antall homofile i Norge, slik Saunes feilaktig gjør. Man kan mene at promiskuitet er umoralsk (enten det gjelder homofile eller heterofile), men å hevde at promiskuitet per se er usunt, har Saunes ikke belegg for. Både for promiskuitet og vaginalt så vel som analt samleie hos heterofile og homofile er det bruken av kondom som er avgjørende for risikoen for seksuelt overførbare sykdommer.

En viktig informasjonskilde for Saunes er boken *Kirken og homoseksualitet* av den amerikanske religionspsykologen Merton Strommen (2). Den er tidligere anmeldt i Tidsskriftet (3). Graverende metodologiske mangler er typisk for undersøkelsene i denne boken og i referansene til Saunes. Warren Throckmortons oversiktsartikkel om reparativ terapi (4) er meget tendensiøs, med uttalte metodologiske begrensninger. Utvalgene mangler ekstern validering, de er ikke randomiserte, representativiteten er begrenset, inklusjonskriterier og utfallskriterier er dårlig definert osv. På norsk foreligger det litteratur som viser at de fleste homofile har det like bra som heterofile, og som grundig gjennomgår de uheldige sidene ved reparativ terapi (5).

Saunes hevder også at barn av homoseksuelle har 3–4 ganger så høy risiko for å bli homofile som andre barn. Referansen hans for dette tallet er fra en australsk kristen-fundamentalistisk nettside som ikke har oppgitt sine referanser.