

## ACE-hemmere ved koronarsykdom?

Bruk av angiotensinkonvertasehemmere har ingen effekt hos pasienter med stabil koronarsykdom.

De tidligere publiserte HOPE- og EUROPA-studiene har vist reduksjon i kardiovaskulære hendelser og død ved bruk av angiotensinkonvertasehemmere (ACE-hemmere) i behandlingen av pasienter med koronarsykdom. American Heart Association anbefaler derfor å vurdere ACE-hemmere for alle pasienter med karsykdom. Det er nå publisert resultater fra den nyeste studien innen området, den såkalte PEACE-studien (1).

Over 8 000 pasienter med stabil koronarsykdom (alder < 50 år) fra USA, Canada og Italia ble randomisert til enten ACE-hemmer (trandolapril) eller placebo daglig. De ble fulgt opp i median 4,8 år. Det primære endepunktet (død av kardiovaskulær årsak, hjerteinfarkt eller koronar revaskularisering) ble nådd av 21,9 % i trandolaprilgruppen, mot 22,5 % i placebogruppen ( $p = 0,43$ ). Det var heller ingen forskjell mellom gruppene ved alle observerte sekundære endepunkter.

– PEACE-studien føyer seg inn i rekken av studier av ACE-hemmere hos pasienter med kjent koronarsykdom, men uten hjertevikt, sier professor Per Omvik ved Hjereteavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus.  
– Studiene har forholdsvis lik design,



ACE-hemmere: Ny studie viser ingen effekt på pasienter med stabil koronarsykdom. Foto Health and Medicine

men med gradvis forskyvning mot pasienter med lavere kardiovaskulær risiko og samtidig mer aggressiv antiplate- og lipid-senkende behandling. Samlet taler studiene for at pasienter med liten kardiovaskulær risiko utover kjent koronarsykdom fortsatt bør få optimal lipidsenkende behandling og effektiv antiplatebehandling uten tillegg av ACE-hemmer. Pasienter med økt risiko bør få ACE-hemmer i tillegg til øvrig kardio- proteksjon, sier Omvik.

**Michael Bretthauer**  
michael.bretthauer@rikshospitalet.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. PEACE trial investigators. Angiotensin converting enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2058–68.

## Anticytokin mot Crohns sykdom

Behandling med et humant monoklonalt antistoff mot interleukin-12 gav få bivirkninger og hadde god effekt hos pasienter med aktiv Crohns sykdom.

Interleukin-12 er ett av flere cytokiner som trolig er involvert i patogenesen ved Crohns sykdom.

I en dobbeltblind studie ble 79 pasienter med aktiv Crohns sykdom randomisert til enten sju ukentlige subkutane injeksjoner med et monoklonalt antistoff mot interleukin-12 (anti-IL-12) (noen med fire ukers intervall mellom første og annen injeksjon) eller placebo (1). Sju ukers vedvarende behandling med dosen 3 mg/kg legemsvekt gav en høyere responsrate enn placebo (75 % versus 25 %;  $p = 0,03$ ). Ved kontroll 18 uker senere var det fortsatt en forskjell, men den var ikke statistisk signifikant (69 % versus 25 %;  $p = 0,08$ ). Responsratene for dem som fikk avbrutt behandling eller lavere dose, var ikke signifikant forskjellig fra responsraten i placebogruppen. Bivirkningene var de samme i alle grupper,

bortsett fra lokale reaksjoner ved innstikksstedet for dem som fikk anti-IL-12.

– Dette var først og fremst en sikkerhetsstudie. Den viser at anti-IL-12 ikke gir bivirkninger av betydning. Antall pasienter i studien var lavt, sier professor Morten H. Vatn ved Akershus universitetssykehus.

– Det er verdt å merke seg at hos de pasientene som ble bedre, ble produksjonen av flere proinflammatoriske cytokiner i mononukleære celler i tykktarmsveggen redusert. Dette kan tyde på at interleukin-12 er involvert i patogenesen av denne ofte alvorlige tarmsykdommen. At bare tre pasienter utviklet antistoffer mot midlet, er også oppløftende, sier Vatn.

**Petter Gjersvik**  
petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Mannon PJ, Fuss IJ, Mayer L et al. Anti-interleukin-12 antibody for active Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2069–79.

## Hvordan behandle basalcellekarsinom?

Basalcellekarsinom er den hyppigste kreftformen overhodet. Den vokser langsomt og sprer seg i praksis aldri. Risikofaktorer er bl.a. lys hud, langvarig soleksponeering og bruk av solarium.

Den vanligste behandlingen er kirurgisk eksisjon, men mange alternativer er tilgjengelige, bl.a. røntgenterapi, kryobehandling og fotodynamisk behandling. Det er imidlertid gjort få studier der man sammenlikner de ulike behandlingsmodalitetene.

En systematisk oversiktsartikkel identifiserte bare 25 studier, som omfattet sju terapeutiske kategorier (*BMJ* 2004; 329: 705–8). Kun i én studie var det adekvat oppfølgingstid (fire år). Kirurgi og røntgenterapi var de mest effektive behandlingene, men røntgenterapi kan ha betydelige bivirkninger. Annen behandling er ikke sammenliknet med kirurgi, og det er stort behov for slike sammenliknende studier.

## Redusert arbeidstid for leger i USA

I juli 2003 ble det innført begrensninger på assistentlegers arbeidstid i USA. Hensikten var å forbedre pasientsikkerheten ved at legene (residents) skulle være mindre slitne.

I en studie med 64 assistentleger ved en kirurgisk avdeling i USA ønsket forskerne å finne ut om legene ble mindre utbrente når de ikke arbeidet så mye (*Arch Surg* 2004; 139: 933–40).

Det viste seg at antall arbeidstimer per uke ble redusert fra 101 til 83 ( $p < 0,05$ ). Legene brukte like mye tid på klinisk arbeid som før, men de hadde signifikant mindre tid til bl.a. formell undervisning. Graden av utbrenthet ble ikke påvirket. Legene hadde høye skårer på emosjonell utmattelse og emosjonell distansering både før og etter reformen.

## Betablokkere – verre enn sitt rykte?

Atenolol er en av de mest brukte betablokkere, og brukes ofte som referansemedikament i klinisk kontrollerte studier. Men ifølge en svensk metaanalyse har atenolol ikke gjort seg fortjent til en så sentral plass i behandlingen av hypertensjon (*Lancet* 2004; 364: 1684–9).

Forfatterne gjennomgikk studier der man enten sammenliknet atenolol med placebo eller med et annet medikament. De fant at selv om denne betablokkeren fører til en kraftig reduksjon i blodtrykket, var det ingen av studiene som viste at atenolol gav signifikant lavere forekomst av hjerteinfarkt eller kardiovaskulær dødelighet. Bare i én studie førte behandling med atenolol til færre slagtilfeller. Sammenliknet med andre medikamenter førte atenololbehandling til flere tilfeller av slag og økt totaldødelighet.