



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke?

Lars Slørdal & Tarjei Rygnestad viser i Tidsskriftet nr. 22/2003 (1) at det er mangelfull kunnskap om farmakologiske egenskaper, virkningsmekanismer og bivirkninger av lokale steroidinjeksjoner. Vi er enige i dette. De skriver at steroidinjeksjoner har tvilsom og i beste fall forbigående effekt ved skulderplager. Med bakgrunn i vitenskapelig litteratur og egen klinisk erfaring vil vi stille noen kritiske spørsmål til denne konklusjonen. Vi holder oss til skulderlidelser, fordi dette forekommer hyppig og ofte behandles med steroidinjeksjoner.

Mange av studiene på dette feltet holder ikke tilfredsstillende kvalitet. De fleste av de refererte studiene er gjort på «skuldersmerter», som kan være så mangt – ikke minst refererte smerter fra nakken. Skuldersmerter skyldes lidelser med ulikt forløp, eksempelvis akutt subdeltoidbursitt med spontan bedring i løpet av seks uker eller tendinitter som kan komme og gå i måneder og år. Ulike tilstander skal behandles forskjellig. Med ulik injeksjonsteknikk blir resultatene inkonsistente (2, 3). Injeksjoner basert på anatomisk presisjon gav suksess hos 60 %, mens det bare var vellykket hos 20 % når injeksjonen ble rettet mot «punktum maksimum» (2). Resultatet av steroidinjeksjoner var statistisk signifikant forskjellig avhengig av om injeksjonen var plassert korrekt anatomisk (3). Flere studier viser positiv effekt av steroidinjeksjoner. Injeksjoner var signifikant bedre enn fysioterapi etter sju uker, men forskjellen jevnet seg mer ut etter 26 og 52 uker (4).

En randomisert kontrollert studie uten statistisk signifikant effekt behøver ikke bety at tiltaket alltid er uvirksomt. Statistikk opererer på gruppenivå, mens individuelle reaksjoner kan være entydig positive. Vi har for eksempel sett hvordan steroidinjeksjoner ved akutt subdeltoidbursitt kan gi dramatisk og vedvarende effekt etter få dager. Det er den individualiserte håndtering av generalisert kunnskap som er kjernen i klinisk praksis. Manglende statistisk signifikans kan skyldes at studiegruppen var for liten eller at inklusjonskriterier eller intervensjon ikke har vært tilstrekkelig standardisert.

Vi trenger et bedre grunnlag for kunnskapsbasert praksis, basert på kliniske forsøk der skulderlidelser defineres mer

presist, og med standardiserte behandlingsstrategier som kan gjennomføres i populasjonsstudier (5).

Satya Sharma

Referansegruppen for muskelskjelettlidelser
Norsk selskap for allmenntidrett (NSAM)

Litteratur

1. Slørdal L, Rygnestad T. Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3224–5.
2. Hollingworth GR, Ellis RM, Hattersley TS. Comparison of injection techniques for shoulder pain: results of a double blind, randomised study. *BMJ* 1983; 287: 1339–41.
3. Eustace JA, Brophy DP, Gibney RP, Bresnihan B, FitzGerald O. Comparison of the accuracy of steroid placement with clinical outcome in patients with shoulder symptoms. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 59–63.
4. van der Windt DA, Koes BW, Deville W, Boeke AJ, de Jong BA, Bouter LM. Effectiveness of corticosteroid injections versus physiotherapy for treatment of painful stiff shoulder in primary care: randomised trial. *BMJ* 1998; 317: 1292–6.
5. Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) CD001156.

L. Slørdal & T. Rygnestad svarer:

Vi takker Satya Sharma for kommentarene til artikkelen hvor vi kritiserte bruken av steroidinjeksjoner ved muskel- og skjelettplager (1). Sharma påpeker – med henvisning til en enkelt artikkel fra *BMJ* (2) – at «flere studier» viser «positiv effekt» av steroidinjeksjoner ved skulderlidelser. Vi forstår fremdeles denne studien dit hen at man ikke påviste vedvarende forskjeller av klinisk betydning mellom steroidinjeksjoner og annen terapi (1), og kan ikke se at Sharma kommer med informasjon som rokker ved denne tolkingen.

Medikamentell behandling må alltid være tuftet på vitenskapelig dokumentasjon av effekt og bivirkninger på bakgrunn av systematiske randomiserte placebokontrollerte undersøkelser. Som ved all annen medikamentell behandling er det ved bruk av lokale steroidinjeksjoner en ikke ubetydelig placeboeffekt. Behandlingseffekten må være bedre enn denne. All medikamentell behandling har bivirkninger, og steroidterapi kan indusere til dels alvorlige utilsiktede effekter. Hvis man lar inntrykket fra behandling av enkeltpasienter bli bestemmende for hvordan man forholder seg til terapialternativer, unndrar man seg etter vår mening både faglig ansvar og det vitenskapelige fundament vi skolemedisinere ynder å påberope oss i andre sammenhenger.

Vi er naturligvis helt enig med Sharma i at vi behøver mer systematisk innhentet viten på dette feltet. Inntil kunnskapen foreligger og eventuelt viser noe annet, bør vi etter vår mening avholde oss for å eksponere pasienter for behandling uten dokumentert nytte, men med vel dokumenterte, om enn sjeldne, bivirkninger (3–5).

Lars Slørdal

Tarjei Rygnestad

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Slørdal L, Rygnestad T. Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3224–5.
2. van der Windt DA, Koes BW, Deville W, Boeke AJ, de Jong BA, Bouter LM. Effectiveness of corticosteroid injections versus physiotherapy for treatment of painful stiff shoulder in primary care: randomised trial. *BMJ* 1998; 317: 1292–6.
3. Nallamshetty L, Buchowski JM, Nazarian LA, Narula S, Musto M, Ahn NU et al. Septic arthritis of the hip following cortisone injection: case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2003; 27: 225–8.
4. Carnahan MC, Goldstein DA. Ocular complications of topical, peri-ocular, and systemic corticosteroids. *Curr Opin Ophthalmol* 2000; 11: 478–83.
5. Mace S, Vadas P, Pruzanski W. Anaphylactic shock induced by intraarticular injection of methylprednisolone acetate. *J Rheumatol* 1997; 24: 1191–4.

Polymyalgia rheumatica og spørreskjemaundersøkelser

Jan Tore Gran presenterer i Tidsskriftet nr. 23/2003 et materiale om polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis, fremkommet gjennom en spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av en nystartet pasientgruppe under Norsk Revmatiker Forbund (1). Han ønsker å dokumentere noen av temaene han har tatt opp tidligere (2), blant annet at det brukes feil startdose prednisolon og at det er mulig feildiagnostisering ved sykdommen.

I studien innrømmer forfatteren at det ikke ble gjort forsøk på å kvalitetssikre dataene. Likevel hevder han at «enkelte resultater var så entydige at noen konklusjoner kan trekkes». Ja, kan man det? Her blir pasienter spurt 5–10 år etter sykdomsdebut om de husker hvilken dose prednisolon de fikk fra begynnelsen. Fikk pasientene et åpent spørsmål om dette? Eller ble hukommelsen hjulpet med at de skulle krysse av på en skala fra 10 mg til 60 mg? De som arbeider med spørreskjemaer, vet at hvis det siste er tilfellet, vil det lett bli en

overrapportering i de midlere områder (her omkring 30 mg). Uansett synes det underlig at man har slik tro på pasienters hukommelse.

I materialet var det en overrepresentasjon av kvinner (88 %) og yngre mennesker i forhold til andre materialer. Dette mener forfatteren tyder på overdiagnostisering. Man kan selvfølgelig gjette på at det kan skjule seg en del fibromyalgidiagnoser, men det kan ikke bli annet enn gjetning. Det kan like gjerne bety at det særlig er yngre kvinner som velger det sosiale fellesskapet det er å være med i en slik forening.

Dokumentasjon og synspunkter på omfanget av feildiagnostisering og størrelse på prednisolondose har jeg gitt tidligere (3). Vi er vant til at Gran krever solid grunnlag for synspunkter (4). Denne gangen synes jeg den kritiske sansen har sviktet noe.

Bjørn Bratland
Arendal

Litteratur

1. Gran JT. Behandling og diagnostikk av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3387.
2. Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3374.
3. Bratland B. Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2270–3.
4. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. Br J Rheumatol 1996; 35: 1161–8.

J.T. Gran svarer:

Jeg takker Bjørn Bratland for hans fortsatte interesse for polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis. I sitt innlegg stiller han spørsmål ved verdien av undersøkelsen fordi den var basert på spørreskjema. Som jeg redegjorde for i artikkelen kan det reises en rekke spørsmål om validiteten av denne type undersøkelser. Jeg gjentar ikke disse her.

Bratlands viktigste ankepunkt er at pasientene neppe er i stand til å huske startdosen av prednisolon 5–10 år etter behandlingsstart. Det han glemmer er at mange av disse pasientene ved tidspunktet for undersøkelsen fortsatt var under behandling for samme sykdom. Denne pasientgruppen har således et nærere forhold til sin sykdom og dens behandling enn pasienter som behandles for en av mange kortvarige lidelser. Det jeg påpekte var at resultatene var så entydige at noen konklusjoner kunne trekkes. Det er usannsynlig at over 80 % av de spurte systematisk skulle huske en for høy startdose. At 80 % feilaktig mener de fikk åtte tabletter og ikke tre, er ikke videre troverdig. Jeg tolket derfor resultatene slik at statistisk sett var dette et uttrykk for en tendens til høyere startdose enn nødvendig.

Bjørn Bratland mener også at den noe lavere gjennomsnittsalderen enn forventet

blant de forespurte kan være et uttrykk for at yngre pasienter oftere enn eldre deltar i pasientforeninger. Dette er nok å snu tingene på hodet. En kritisk gjennomgang av tilgjengelig litteratur viser at sykdomsstart før 50 år ved polymyalgia rheumatica er en sjeldenhet. Omtrent alle foreslåtte klassifikasjonskriterier for denne sykdommen har da også alder over 50 år som inklusjonskriterium. I mitt møte med over 500 pasienter med arteritis temporalis og polymyalgia rheumatica er arteritis temporalis diagnostisert hos én pasient under 50 år. I et lite pasientmateriale på 75 pasienter skulle man statistisk sett ikke hatt noen pasienter under 50 år. De aktuelle funn gir, som anført i artikkelen, derfor berettiget grunn til å mistenke overdiagnostisering. Jeg kan derfor berolige innsenderen med at min kritiske sans fortsatt er meget godt ivaretatt.

Jan Tore Gran
Rikshospitalet

Vitenskapelig uhederlighet

Det bør være elementært i vitenskapelig etikk at påstander og konklusjoner bygger på vitenskapelig dokumenterte fakta – eller at man har gjort maksimalt for å fylle dette kravet.

I den aktuelle debatten om restriksjoner mot røyking er mediene fulle av retoriske utsagn som kritikkløst slynges ut. Jeg har forgivevis etterlyst dokumentasjon for påstandene. I en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2003 (1) etterlyste jeg slik dokumentasjon. Den har ikke kommet. Noen har hevdet at restriksjonene mot røyking fører til psykiske skader (2, 3) og har påstått at røykeforbudet fører til mer drikk, fyll og husbråk (2)! En kjent røykeavvenningspsykolog har ment at det var «medisinsk ufor-svarlig» å forby røyking på jobben. Nå lurer jeg på hvilke sykdommer eller kliniske tilstander som kan tenkes utløst av et slikt forbud? En kirurg jeg en gang kjente, avbrøt ryggoperasjoner for å gå utenfor operasjonsstuen for å røyke. Er dette akseptabelt?

Den tidligere LO-sekretæren Børre Pettersen var angivelig helt avhengig av å ta mange sigaretter på sitt kontor. Men han sa det slik: «Den gang jeg jobbet i sprengstoffindustrien, hadde jeg ingen problemer med å la være å røyke på jobben.»

I 1990 var Per Schioldborg en av pionerene for gjennomføringen av et røykfritt universitet i Oslo. Han mente den gang at restriksjoner på arbeidsplassen var et gode som ville føre til at man sluttet å røyke (4).

Mitt poeng er: Slutt med å slynge ut udokumenterbare påstander.

Carl Ditlef Jacobsen
Nordbyhagen

Litteratur

1. Jacobsen CD. Helseministerens tiltak mot tobaksskaden utløste krig i mediene. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2760–2.
2. Nord E. Røykeloven gir psykiske lidelser. Dagsavisen 21.3.2003.
3. Solbakk JH, Fugelli P. Helse er ikke bare et valg av livsstil. Aftenposten (morgenutgave) 31.5.2003.
4. Aamli K. Overgangsordninger ved røykeslutt. Uniforum 1990; nr. 24.

Å røyke eller ikke røyke

Frontene er etter hvert blitt ganske klare: På den ene siden moralismen og den oppkjøpte vitenskapen, på den andre liberalhumanistene med Per Fugelli og Erik Nord som de mest markerte deltakerne. Man har også lagt merke til at alt fra Legeforeningen til SVs Olav Gunnar Ballo har knelt sammen med Dagfinn Høybråten og velsignet den nye røykeloven.

Jeg er en av dem som med hånden på hjertet kan si at jeg aldri har tatt et drag av en sigarett eller det som strammere er, selv ikke i min syndige ungdom. Som lege og kirurg er jeg klar over tobakksens skader og forsøker å påvirke alle til å slutte å røyke. Jeg er også enig i at sjenerende passiv røyking må unngås. Men der slutter samstemtheten med formynderstatens moralister. For jeg tror på humanismen og det rasjonelle valg. Derfor er jeg en varm tilhenger av Fugellis argumentasjonsmåte og de fleste av standpunktene hans.

En ung venn av meg døde for et års tid siden av leukemi. Hans beste trost de siste månedene var røyken. Mellom cellegiftkurene stod han til stadighet tynnkledd ute i snødrevet og tok seg en blås, for det var jo kriminelt å røyke innendørs på sykehuset. Han ble tynnere og tynnere og hostet stadig mer for hver gang jeg så ham. Jeg tok med en tykk jakke til ham, men han torde ikke ta den på – sykepleierne kunne jo forstå. Med svekket immunforsvar er jeg sikker på at han døde måneder før han hadde behøvd på grunn av røykeforbudet. Jeg vurderte etter hans død å klage røykeforbudet inn for Menneskerettsdomstolen. Men jeg har ikke gjort det, for jeg føler at fanatikernes makt er for overveldende.

Både Legeforeningen og regjeringen går inn for å gjøre alle sykehus røykfrie. Personell og pasienter skal ikke engang lenger kunne stå utenfor og røyke – det lukter og de er dårlige eksempler, må vite! Loven er etter min mening inhuman. Sykehusene skulle være en humanismens høyborg. Skal for eksempel terminale pasienter ved Radiumhospitalet bli nektet et sted å røyke? Min oppfordring til personell og pasienter er helt klar: Saboter de ekstreme utslagene av røykeloven, ta kontroll over eget liv og egen arbeidsplass!

Folk må ut fra opplysning og forståelse ta avgjørelser om egen helse. Derfor er anti-røykefanatikere en negativ faktor, både for røykeavvenning, nøytral forskning og demokrati. Jeg kjenner flere som vurderte