



Brev til redaktøren

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

Medikamentell behandling av osteoporose

Unni Syversen & Johan Halse gir i Tidsskriftet nr. 16/2003 en fin og nyttig oversikt over medikamentell behandling av osteoporose (1). Det har senere kommet flere forskningsdata, og hensikten med dette innlegget er å gi leserne oppdatert informasjon.

Den omtalte metaanalysen beskriver antall personer som må behandles i ett år for å forhindre nytt brudd (number needed to treat; NNT) i en høyrisikopopulasjon for vertebrale og ikke-vertebrale frakturer (2). Det er riktig at ingen har vist signifikant effekt av raloxifen på ikke-vertebrale frakturer etter to års behandling, men det foreligger en studie som viser redusert risiko for nye vertebrale frakturer og ikke-vertebrale frakturer ved alvorlig vertebral osteoporose etter tre års behandling. NNT var henholdsvis 10 og 18 (3).

Det er riktig at effekt av raloxifen på kardiovaskulære hendelser ikke er dokumentert i randomiserte kliniske studier. Det foreligger imidlertid data om at raloxifen ikke har samme negative effekt som hormonsubstitusjonsbehandling på arterielle vaskulære hendelser (4). Det kan synes som om raloxifen kan beskytte kvinner med høy risiko for arterielle tromboser mot nye episoder (4). Risiko for venøse tromboser er tilsvarende som ved bruk av hormonsubstitusjonsbehandling.

Et nytt behandlingsprinsipp for behandling av osteoporose er ikke omtalt i artikkelen (1). Teriparatide er nå godkjent ved den sentrale godkjenningsprosedyre av legemidler i EØS og fikk norsk markedsføringstillatelse i sommer. Teriparatide er fremstilt ved rekombinant teknikk, er identisk med den aktive del av parathyreoidea-hormon og stimulerer til nydannning av beinvev ved direkte effekt på osteoblastene. Indikasjon er etablert osteoporose hos postmenopausale kvinner. Behandling i 19 måneder har vist signifikant reduksjon av vertebrale frakturer (relativ risiko 0,35; 95 %, KI 0,22–0,55) (5). Man må behandle 11 pasienter i 19 måneder for å hindre ett brudd. Legemidlet injiseres subkutan en gang daglig, og maksimal behandlingstid er begrenset til 18 måneder. Pasientene kan fortsette annen osteoporosebehandling etter behandling med teriparatide.

Eli Høibraaten
Eli Lilly Norge AS

Litteratur

1. Syversen U, Halse J. Medikamentell behandling av osteoporose. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2263–4.
2. Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C et al. IX: Summary of meta-analyses of therapies or postmenopausal osteoporosis. Endocr Rev 2002; 23: 570–8.
3. Delmas PD, Genant HK, Crans GG, Stock JL, Wong M, Siris E et al. Severity of prevalent vertebral fractures and the risk of subsequent vertebral and nonvertebral fractures: results from the MORE trial. Bone 2003; 33: 522–32.
4. Barrett-Connor E, Grady D, Sashegyi A, Anderson P, Cox DA, Hoszowski K et al. Raloxifene and cardiovascular events in osteoporotic postmenopausal women. Four-years results from the MORE (Multiple outcomes of raloxifene evaluation) randomized trial. JAMA 2002; 287: 847–57.
5. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, Gaich GA, Reginster J-Y et al. Effect of parathyroid hormone (1–34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med 2001; 344: 1434–41.

Ny nordisk mykologiforening

I august i år ble det dannet en ny nordisk mykologiforening for å styrke det medisinske-mykologiske fagmiljøet i Norden. Foreningen tar sikte på å igangsette et internordisk forskningssamarbeid. Dessuten skal det arrangeres nordiske mykologikurs og minst ett større fagmøte hvert år. Det første møtet arrangeres i Stockholm 12. mars 2004. Hovedinnlegget ved møtet, med temaet candidiasis, skal holdes av professor Frank Odds fra Aberdeen.

Sopp kan forårsake et vidt spekter av infeksjonssykdommer. Det kan være en viktig årsak til allergier og står sentralt i de fleste teoriene om årsaker til inneklimateproblemer og problematikken omkring «syke hus». I forbindelse med infeksjonssykdommer alene ble det i 2002 i Norge anvendt antimykotika til en samlet verdi av vel 176 millioner kroner. Totale kostnader for all antibiotikabruk var til sammenlikning 487 millioner kroner. Den øvrige samfunnsøkonomiske betydningen av sopprelaterte infeksjoner og allergier foreligger det ingen oversikt over, men den er utvilsomt svært stor.

Soppinfeksjoner hører med blant de hyppigste infeksjonssykdommene. Dermatofyttinfeksjoner og Candida vaginitter er riktignok ikke livstruende infeksjoner, men representerer i kraft av sin kvantitet et betydelig folkehelseproblem. I mange land har det vært en svært stor økning i forekomsten av systemiske gjæringsoppinfeksjoner, blant

annet i USA. Også i Norge har det vært en relativt markert økning i antall candidemipasienter de siste årene. En viktig årsak er trolig innføring av nye behandlingsformer som gjør at andelen av inneliggende pasienter med svekket immunforsvar øker.

Det er sterkt behov for forskning på f.eks. epidemiologi, diagnostikk og behandling av soppsykdommer. De medisinske-mykologiske miljøene i de nordiske landene er imidlertid forholdsvis små. I Norge har mykologiens stilling blitt svekket det siste året ved nedleggelse av det mykologiske referanselaboratoriet på Folkehelseinstituttet. For at dette felles nordiske initiativet skal bli vellykket, må medisinske-mykologiske interesserte personer i de nordiske landene slutte opp om foreningens arbeid og delta aktivt i videreutviklingen av foreningen. Medlemskap koster kun kr 50 per år og er åpent for alle personer med interesse for medisinsk mykologi. Betalt medlemskap gir gratis adgang til møtet i Stockholm. Mer informasjon finnes på Internett: www.nsmm.no

Per Sandven
Rikshospitalet

Schizofrenidagene 2003

Tema for årets schizofrenidager i Stavanger var *De (u)skikkelige ungene*. Det var 15. år på rad at det arrangeres en slik psykiatrikonferanse i Stavanger, som i år samlet mer enn 1 000 deltakere. Programmet var variert, med temaer som tidlig oppdaging av psykiske tilstander, selvmord, selvskauding, Tourettes syndrom, Aspergers syndrom, barn med kroniske sykdommer og AD/HD. Det var plenumsforelesninger med noen av verdens mest kjente fagfolk som forelesere, og miniseminar der deltakerne møtte fagfolk innen blant annet rusproblemer, overgrep, mobbing og pårørende-samarbeid. Det var egne publikumsforelesninger, en arbeidslivskonferanse og en fagpolitisk dag. 63 allmennleger fra hele landet deltok på kliniske emnekurs i barne- og ungdomspsykiatri, og tilbakemeldingene fra kursdeltakerne var meget gode. Mange lærere deltok på kurset «Hva er det med Monica?», der det ble fokusert på tidlige symptomer på psykisk lidelse hos skolebarn og ungdom.

Det ble lagt stor vekt på kulturelle innslag, blant annet deltok filosofen Arne

Næss, trubaduren Jan Eggum og smertekunstneren Håvve Fjell. Som ledd i lanseeringen av sin bok *Ten years of pain* hang sistnevnte etter kroker i huden under taket i Stavanger kunstforening i to fulle timer. Etter forestillingen fortalte han om hvordan det å utsette seg for smerte kan bevirke at man tåler mer smerte. Ungdommer som skader seg selv med kutt i huden og liknende søker kanskje en tilsvarende lindrende og forebyggende virkning. Det er en interessant problemstilling for oss leger som har timelistene fulle av mennesker som søker smertelindring i form av tabletter.

Tema for neste års schizofrenidager i Stavanger er *Diagnoser – gode knagger eller farlige stempler?*

Olav Thorsen
Stavanger

Hvor farlig er passiv røyking?

Debatten om passiv røyking har forflyttet seg fra Aftenposten til Tidsskriftet. Det er bra, for det er der den først og fremst hører hjemme. Erik Nord hadde i Tidsskriftet nr. 19/2003 et debattinnlegg med den spenstige og provoserende tittelen *Uetterrettelighet om røyking i den sentrale helseforvaltning* (1). Han brukte sterke ord: «... kunnskapsoppsummering om helsefarene ved passiv røyking er tendensiøs og villledende.»

Når man tenker på de drastiske tiltak som foreslås i røykeloven med totalforbud mot røyking på utesteder, er det bekymringsfullt med den sterke, konkrete kritikken som rettes mot bakgrunns materialet og de konklusjoner myndighetene trekker.

Men, tenkte jeg, det må jo komme et tilsvarende spenstig svar. Slike beskyldninger fra en velrenommert forsker kan ikke de to ekspertene som helseministeren støtter seg på, la passere upåttalt. Videre tenkte jeg: svaret må komme raskt. De to professorene og helsemyndighetene må jo allerede ha alt relevant materiale, nok til å imøtegå Erik Nord. Men der tok jeg tydeligvis feil. Verken Tidsskriftet nr. 20, 21 eller 22 inneholdt noe tilsvarende.

Det er vanskelig ikke å lure på årsaken til en manglende respons. Tidsfaktoren kan selvsagt spille en rolle, men jeg har vondt for å tro at det er den eneste eller viktigste forklaringen. Kan det tenkes at Erik Nord faktisk har rett, at de simpelthen ikke har gode nok data når det gjelder å bedømme skadene ved passiv røyking i de konsentrasjoner som er aktuelle i en røykfri avdeling i en restaurant hvor det også er lov å røyke? Har han videre rett i at det har foregått «en sammenblanding av fag og politikk i anti-røykearbeidet» hos de sentrale helsemyndigheter?

Kommer det ikke et svar – og et overbevisende sådant – fra de to ekspertprofessorene eller myndighetene, er det vanskelig

ikke å konkludere med at Erik Nord har rett. Det styrker ikke akkurat min tillit til myndighetene i denne saken. Hvis man ikke kan tilbakevise Erik Nords beskyldninger, hvilke konsekvenser vil helsemyndighetene trekke? Talende taushet er ikke særlig tilfredsstillende.

Christian F. Borchgrevink
Oslo

Litteratur

1. Nord E. Uetterrettelighet om røyking i den sentrale helseforvaltning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2763–4.

Redaksjonen svarer:

Erik Dybing & Tore Sanner vil komme med sine synspunkter i en senere artikkel i Tidsskriftet.

Exit SHUS

Statens helseundersøkelser (SHUS) sluttet i all stillhet å eksistere per 1. januar 2003. Denne særegne statlige institusjonen ble 59 år gammel. Restene av SHUS ble fusjonert med Folkehelsen og andre statlige institusjoner til det nye «Nasjonalt folkehelseinstitutt». Arven etter SHUS består bl.a. av store mengder av personidentifiserbare helsedata fra alle helseundersøkelser foretatt i regi av SHUS i perioden etter at fødselsnummeret ble innført på midten av 1960-tallet.

Epidemiologiske data innsamlet fra brede befolkningsgrupper blir gjerne mer interessante og nyttige etter hvert som tiden går. Dels kan man følge utviklingen av forskjellige helserelaterede variabler over tid, dels kan man relatere dataene til senere utvikling av sykdom og død. Det er derfor viktig at en slik databank ikke går i glemmeboken, noe som lett kan skje etter hvert som de som kjenner dataene faller fra.

Hensikten med temanummeret *Data fra SHUS – bakgrunn og anvendelse* (1) er å gjøre det epidemiologiske miljøet i landet oppmerksom på omfang og mangfold av disse data som nå eies av Folkehelseinstituttet. Man har forsøkt å gjøre rede for hvordan dataene hittil har vært anvendt og hvilken betydning de har hatt for det epidemiologiske miljøet i landet. Innledningsvis er det en del tekniske opplysninger om databanken og om hva slags tilleggsinformasjon man kan vente å finne om de forskjellige undersøkelsene og hvilke områder av landet som deltok i helseundersøkelsene de forskjellige årene. Temanummeret inneholder for øvrig artikler fra de fleste grener innen epidemiologien hvor SHUS-data har vært anvendt. SHUS gjennomførte mange av helseundersøkelsene i samarbeid med landets universiteter og andre organisasjoner. Disse epidemiologiske miljøene har

bidratt, dels med vanlige artikler, dels gitt oversikt over forskjellige samarbeidsprosjekter.

Temanummeret bør være en nyttig referanse for alle som nå og i fremtiden ønsker å arbeide med SHUS-data.

Temanummeret kan bestilles ved henvendelse til trykksakekspedisjonen ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Det vil også bli lagt ut på Norsk forening for epidemiologis hjemmesider.

(<http://www.medisin.ntnu.no/ism/nofe/>)

Per G. Lund-Larsen
Folkehelseinstituttet

Litteratur

1. Lund-Larsen PG, Nelson E (gjesteredaksjon). Data fra SHUS – bakgrunn og anvendelse. Temanummer. Norsk Epidemiologi 2003; nr. 1: 214.

Læge eller lege?

I spalten Tidligere i Tidsskriftet nr. 23/2003 (1) ble ikke landsstyrets avstemning i 1993 vedrørende stavemåten på Den norske lægeforening, korrekt gjengitt. Vi refererte forslaget fra Møre og Romsdal legeforening, som ønsket å bytte ut Æ med E. Ettersom 38 delegater stemte for fortsatt Æ, oppnådde ikke lovendringsforslaget kravet om to tredels flertall (2).

Red.

Litteratur

1. Tidligere i Tidsskriftet. Læge eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3494–5.
2. Brun N. Legeforeningen skal fortsatt være én organisasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2183–5.