

Norsk Cardiologisk Selskap og internasjonale retningslinjer

I Tidsskriftet nr. 4/2005 refererer Helge Istad (1) og Steinar Westin (2) til Norsk Cardiologisk Selskap i sammenheng med internasjonale retningslinjer for forebyggende kardiologi (3). Det kan være av interesse å vite at European Society of Cardiology de senere år har utarbeidet en rekke retningslinjer for kardiologisk diagnostikk og behandling (4). Retningslinjene, som er basert på vitenskapelige data, har gjennomgående en meget høy faglig kvalitet, og publiseres i *European Heart Journal*. Kardiologiske spesialforeninger i de europeiske landene anmodes om å vurdere retningslinjene og ev. gi dem sin tilslutning. Retningslinjene er ment som støtte for kliniske beslutninger og ikke som regler som ikke kan fravikes (5).

Norsk Cardiologisk Selskap har etablert et system der vi innhenter norsk kollegial ekspertise som vurderer hver enkelt retningslinje i lys av norske forhold, og utarbeider en kommentar til denne. Kommentarene, med lenke til originalpublikasjonen, trykkes i vårt tidsskrift, *Hjerteforum*, og legges ut på vår nettside www.hjerte.no fritt tilgjengelige for alle interesserte. Enkelte av retningslinjene har relevans også utenfor det kardiologiske miljøet, for eksempel retningslinjene for forebyggende kardiologi, for hjertesykdom hos gravide og for diagnostikk og behandling av endokarditt. Vi har tilbudt enkelte spesialforeninger å lage lenker fra sine nettsider til vår for å lette tilgang til denne informasjonen.

At Steinar Westin oppfatter våre ekspertkommentarer til retningslinjene for forebyggende kardiologi (6) som «lavmælt hvisking» beskriver godt hvordan seriøse og vitenskapelige begrunnede kommentarer ofte fortoner seg nøkterne og lavmælte, i motsetning til for eksempel dagspressens fargerike oppslag. Norsk Cardiologisk Selskap arrangerte for øvrig et åpent faglig møte i april 2004, der norske og utenlandske kolleger diskuterte forutsetninger og konsekvenser av akkurat disse retningslinjene (7), som vi for øvrig ikke fant å kunne slutte oss til.

Svend Aakhus

Norsk Cardiologisk Selskap

Litteratur

1. Istad H, Westin og vindmøllene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 468.
2. Westin S, Westin og vindmøllene. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 468.
3. de Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehab 2003; 10: S1–S10.
4. Priori SG, Klein W, Bassand JP. Medical practice guidelines. Eur Heart J 2003; 24: 1962–4.
5. Schwartz PJ, Breithardt G, Howard A et al. The legal implications of medical guidelines – a task force of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 1999; 20: 1152–7.

6. Otterstad JE, Klemsdal TO, Tverdal A. Nye europeiske retningslinjer for kardiovaskulær prevensjon. Kan de implementeres i norsk praksis? Hjerteforum 2004; 17: 21–7.
7. NCS Kveldsmøte om preventiv kardiologi – Oslo april 2004. Hjerteforum 2004; 17: 47–52.

Påvirker konjugert linolsyre objektiviteten?

Artikkelen om konjugerte linolsyrer og overvekt i Tidsskriftet nr. 23/2004 (1) inneholder flere feil og er lite balansert. Den eneste store randomiserte, placebo-kontrollerte langtidsstudien, som viser reduksjon i kroppens fettmasse på 8 % over ett år, betegnes som i beste fall svak, mens tverrsnittstudier med tvilsomme negative korrelasjoner fremstilles som sannhet. Det påstås også at en reduksjon i fettmasse alltid følges av økt insulinresistens og redusert HDL-kolesterolnivå.

Økt insulinresistens er kun observert hvor forsøkspersoner med metabolsk syndrom fikk ren trans-10,cis-12-isomer av konjugert linolsyre (CLA). Kommersiell CLA-produkter, som er en blanding av trans-10,cis-12- og cis-9,trans-11-isomerer, gav i samme studie ingen negativ endring i insulinresistens. I studier på personer med normalvekt eller overvekt er det ikke vist endring i insulinnivå, glukosenivå, glukosetoleranse eller insulinfølsomhet. Det er heller ikke sammenheng mellom reduksjon av fettmasse og reduksjon i HDL-kolesterolnivå. I en oversiktsartikkel om effekten av konjugerte linolsyrer er konklusjonen at alle studier, bortsett fra én, viste ingen signifikant effekt på verdiene for total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol eller triglyserider (2).

I artikkelen (1) henvises det også til en publisert tverrsnittstudie hvor konsentrasjonen av konjugert linolsyre i blod fra mor i 35. svangerskapsuke og barn, dvs. i navlestreng ved fødsel, ble korrelert med vekt og lengde ved fødsel (3). Det hevdes at studien viser en negativ korrelasjon mellom variablene og konjugert linolsyre. Dette er feil gjengivelse av resultatene, fordi det ble målt konjugert linolsyre i tre fraksjoner av blod. CLA-kolesterylester var negativt korrelert til vekt og lengde, men samtidig var CLA-fosfolipider positivt korrelert, og CLA-triacylglyserol var positivt korrelert til fødselsvekt og negativt korrelert til lengde.

En balansert fremstilling av eventuelle effekter på helse må ha med positive og negative funn, vektet i forhold til om det dreier seg om dyreforsøk eller humane studier, type studie (randomisert, placebo-kontrollert, tverrsnitt, retrospektiv), antall forsøkspersoner og varighet, kvalitetsstandarder, sammenliknbare produkter, karakteristika av forsøkspersoner etc. Food and Drug Administration i USA og andre har laget retningslinjer for hvordan en vitenskapelig vurdering av helsepåstander knyttet til

næringsmidler, herunder kosttilskudd, skal utføres. Oversiktsartikler som brukes av næringsmiddelmyndighetene må være objektive og etterrettelige. Saken har flere prinsipielle sider: Hvilke krav skal stilles til dokumentasjon av et kosttilskudd, og hva skal legges til grunn for helsepåstander, advarsler eller anbefalinger for slike produkter?

**Ola Gudmundsen
Jean-Michel Gaullier
Christian Syvertsen**

Scandinavian Clinical Research AS

Litteratur

1. Haugen M, Alexander J. Kan konjugerte linolsyrer i CLA-produkter løse overvektproblemer? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3051–4.
2. Terpstra AHM. Effect of conjugated linoleic acid on body composition and plasma lipids in humans: an overview of the literature. Am J Clin Nutr 2004; 79: 352–61.
3. Elias SL, Innis SM. Infant plasma trans, n-6, and n-3 fatty acids and conjugated linoleic acids are related to maternal plasma fatty acids, length of gestation, and birth weight and length. Am J Clin Nutr 2001; 73: 807–14.

M. Haugen & J. Alexander svarer:

Det kan alltid være interessant å diskutere objektivitet med dem som arbeider på oppdrag for produsent av et preparat. I vår artikkel diskuterte vi effekten av konjugerte linolsyrer (CLA) som et hjelpemiddel ved overvekt (1). Vi skrev at effekten av CLA-supplementering i beste fall kan bedømmes som svak. Dette gjør vi på grunnlag av at ingen studier viser effekt på kroppsvekt, og at en langtidsstudie med CLA-supplementering over ett år viste en reduksjon av fettmasse på omkring 8 % med et signifikansnivå på 0,05 sammenliknet med kontrollgruppen (2).

Økt insulinresistens ved CLA-supplementering til personer med metabolsk syndrom er nå vist også å gjelde for rene produkter med cis-9,trans-11-isomerer (3). Dette tyder på at både trans-10,cis-12- og cis-9,trans-11-isomerene kan gi økt insulinresistens og økt lipidperoksidering hos personer med metabolsk syndrom. I tillegg viser en studie økt insulinresistens hos personer med type 2-diabetes ved supplementering med 3 g CLA i en blanding av trans-10,cis-12- og cis-9,trans-11-isomerene i forholdet 50 : 50 (4). Det trenges flere supplementeringsstudier med CLA-produkter før vi kan si at produktene ikke har en negativ effekt hos dem med metabolsk syndrom. Det er jo unektelig et tankekors at et preparat som markedsføres blant annet mot grupper med høy kropps fettmasse, kan forverre deres metabolske situasjon.

Videre blir vi beskyldt for å sitere forskningsresultater feil med henblikk på vekt og lengde ved fødsel og innhold av CLA i tre forskjellige fraksjoner i navlestrengsblod. Det er helt riktig at CLA i fosfolipider og CLA i triacylglyserol var positivt korrelert

til fødselsvekt, men ingen av disse korrelasjonene var statistisk signifikante, og da pleier man faktisk ikke å kommentere resultatene. Vi påpeker videre at her trengs det flere studier.

**Margaretha Haugen
Jan Alexander**

Avdeling for næringsmiddel toksikologi
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Haugen M, Alexander J. Kan konjugerte linolsyrer i CLA-produkter løse overvektspørmelemer? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3051-4.
2. Gaullier JM, Halse J, Høye K et al. Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y reduces body fat mass in healthy overweight humans. Am J Clin Nutr 2004; 79: 1118-25.
3. Riserus U, Vessby B, Arnlov J et al. Effects of cis-9,trans-11 conjugated linoleic acid supplementation on insulin sensitivity, lipid peroxidation, and proinflammatory markers in obese men. Am J Clin Nutr 2004; 80: 279-83.
4. Moloney F, Yeow TP, Mullen A et al. Conjugated linoleic acid supplementation, insulin sensitivity, and lipoprotein metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 2004; 80: 887-95.

Medisinsk dialektikk

Terje Risberg besvarer i Tidsskriftet nr. 4/2005 (1) mitt innlegg i samme nummer (2), der jeg kommenterte Risberg og medarbeideres artikkel om komplementær behandling i sykehus (3). Det er godt å vite at Risberg og hans medforfattere selv forstår hva de formidler til oss andre. Enda bedre ville det ha vært om også leserne forstår det. Når «3 separate spørsmål» stilles i en medisinsk gallup om betaling av komplementær behandling og således gir svarprosent på langt over 100, ville det kanskje vært bedre å la dem som skal besvare spørsmålene, få en rubrikk som gir mulighet til å kombinere betalingsformene (syketrygd, forsikring, privat) og å ha en rubrikk for «vet ikke». Da kunne prosent bety «av 100», som det normalt betyr. Det skulle ta seg ut om politiske meningsmålinger bestod av «separate spørsmål» om hvilke partier man kunne tenke seg å stemme på. Da ville RV og Venstre også komme godt over sperregrensen.

Ellers ville jeg, i motsetning til forfatterne, bekymre meg over en svarprosent på 61. Man kan neppe anta at de som ikke gidder å svare på en undersøkelse om komplementær medisin, er de som er opptatt av det. Jeg stilte spørsmål om denne svarprosenten, men det hopper Risberg glatt over (1). Tydeligvis mener Risberg og hans medforfattere at en svarprosent på 61 er tilfredsstillende. Jeg tror ikke det.

Når Risberg og hans medforfattere klarer å få frem at hele 63 % av dem med negativ holdning til komplementær behandling mener den bør gis rutinemessig eller av og til, viser det at hva som helst kan bevises med statistikk, i alle fall med khikvadratesetting.

Jeg takker Risberg for at han gjør meg oppmerksom på at jeg ikke kan legge sammen prosentene i tabellene hans. Eller for å si det med hans egne ord: «I logistisk regresjon dikotomerer man den avhengige variabelen; man kan like det eller ei, men slik er det bare.» Det ser ut til at man kan gå Erasmus Montanus en høy gang, også i våre dager.

Steinar Berge
Kristiansund

Litteratur

1. Risberg T. Kopenickiade? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 467-8.
2. Berge S. Kopenickiade? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 467.
3. Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A et al. Tilbud om komplementær behandling i sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3078-80.

Uetisk markedsføring av øyekirurgi

Gjennom pågående markedsføring blir norske brille- og kontaktlinsebrukere stadig eksponert for overskrifter av typen «Frihet ... uten briller eller kontaktlinser» – dette som et eksempel på markedsføring fra en av de private øyeklinikkene som tilbyr kirurgiske inngrep for korreksjon av synsfeil. Det samme budskapet kommer også tydelig frem på nettstedet og i annonsering i dagsaviser. Et av nettstedene har til og med valgt domenenavnet brillefri.no. Denne form for markedsføring er både uetisk og misvisende. På lengre sikt er det kun unntaksvis at de som får korrigeret synsfeil ved hjelp av kirurgi, slipper unna annen synskorreksjon. Riktignok er dagens operative inngrep betydelig bedre enn hva som var tilfellet for få år siden. Men uansett om operasjonen blir vellykket eller ikke, vil behovet for «lesebriller» dukke opp for de aller fleste i 45-50-årsalderen. Dette skyldes normale aldersendringer, uavhengig av om man er laseroperert eller ikke.

Sammenliknet med briller og kontaktlinser er refraktiv kirurgi mindre forutsigbart når det gjelder presisjon, særlig ved store ametropier. Også den mest benyttede operasjonsmetoden LASIK (laser in situ keratomileusis) er fortsatt forbundet med en ikke ubetydelig grad av komplikasjoner (1). Ett tiltak for å forebygge komplikasjoner er god pasientutvelgelse (2). Pågående og misvisende markedsføring er neppe med på å fremme dette. Det er svært betenkelig at enkelte norske øyeleger i sin markedsføring lokker brille- og kontaktlinsebrukere med et «løfte» om at de i fremtiden ikke vil få behov for annen synskorreksjon.

I Storbritannia er liknende markedsføring nylig blitt påtalt, og britiske helsemyndigheter har utarbeidet retningslinjer rundt refraktiv kirurgi (3). Standarder er også utarbeidet av The Royal College of Oph-

thalmologists med balanserte føringer og anbefalinger for publikum og tjenesteytere (4). I kapitlet om refraksjon i kvalitetshåndboken fra Norsk oftalmologisk forening er «Refraktiv og terapeutisk kirurgi med excimerlaser» viet noe plass, inkludert et avsnitt om pasientinformasjon (5). Her heter det: «Skriftlig informasjon om forventet resultat, risikoer, forholdsregler, og spesielle metodetilknnyttede problemer (for eksempel nedsatt mørkesyn/haloer ved valg av liten optisk sone, risiko for haze ved større PRK-ablasjoner og lapp-problemer ved LASIK.» Dette er meget positivt og et råd som bør følges av alle som skal informere pasienter som vurderer refraktiv kirurgi. Det er svært betenkelig dersom denne informasjonen først gis etter at pasienten er blitt lokket inn i klinikken med løfte om «frihet ... uten briller eller kontaktlinser».

**Magne Helland
Bente Monica Aakre**

Institutt for optometri og synsvitenskap
Høgskolen i Buskerud

Litteratur

1. Pedersen OØ. Korreksjon av refraksjonsfeil med LASIK. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 44-5.
2. Jabbur NS, Sakatani K, O'Brien TP. Survey of complications and recommendations for management in dissatisfied patients seeking a consultation after refractive surgery. J Cataract Refract Surg 2004; 30: 1867-74.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Laser in situ keratomileusis (LASIK). www.nice.org.uk/page.aspx?o=236664 (17.12.2004).
4. The Royal College of Ophthalmologists. Excimer Laser Refractive Surgery 2004. www.rcophth.ac.uk/public/laser.html (16.1.2005).
5. Norsk oftalmologisk forening. Nasjonal kvalitets-håndbok for oftalmologi 2004. www.legeforening.no/index.gan?id=50726&subid=0 (17.1.2005).