



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Feilslag om hjerneslag

I sin lederartikkel om hjerneslagbehandling i Tidsskriftet nr. 12/2005 (1) gir professor i geriatri Torgeir Bruun Wyller uttrykk for faglige synspunkter og holdninger som vi finner å måtte kommentere. Vi er enige i at etableringen av egne hjerneslagenheter var et viktig medisinsk fremskritt, og at alle pasienter med symptomer på hjerneslag umiddelbart skal innlegges i en kompetent slagenhet, ikke minst for å få en riktig nevrologisk diagnose (2). Wyller understreker at det aller viktigste etter et hjerneslag er «å gi hjernen best mulig betingelser for reparasjon». Det er u diskutabelt at generelt rettet medisinsk behandling, der man, som Wyller skriver, søker «å optimalisere kroppens fysiologiske homøostase», er viktig og riktig for hjerneslagpasienter.

Wyller må imidlertid ikke glemme at hjerneslag er en primær hjernesykdom der en akutt vaskulær katastrofe fører til skade i ett eller flere områder i hjernen. På grunn av hjernecellenes ekstreme sårbarhet står hovedslaget om hjernen bokstavelig talt de første par timene etter symptomdebut. Skal vi komme ett eller flere steg videre fra generell medisinsk til spesifikk individualisert akutt hjerneslagbehandling, må vi umiddelbart etter sykdomsdebut søke hjerneslagets patogenese. Hjerneblødning og hjerneinfarkt kan ikke skilles annet enn ved nevrologisk undersøkelse. Ny forskning viser at blodvolumet ved hjerneblødning kan reduseres ved behandling med faktor VII-konsentrat innen tre timer etter symptomdebut (3). Ved hjerneinfarkt er behandlingsmålet å begrense volumet av irreversibelt skadet hjernevev, dvs. å redde mest mulig av den «iskemiske penumbra». Fordi de fleste iskemiske hjerneslag skyldes embolisk okklusjon av et intrakranielt kar, er medikamentell trombolytisk rekanalisering med reetablering av lokal sirkulasjon både et meget logisk og brukt riktig et relativt trygt behandlingstilbud med potensielt betydelig helsegevinst. Wyller er tendensiøs i sin beskrivelse av slik trombolytisk behandling, og han utelater helt å referere til blant annet norske og europeiske anbefalinger for behandling av akutt iskemisk hjerneslag (4, 5). Vi finner det videre oppsiktsvekkende at Wyller udokumentert gir uttrykk for synspunkter som at «skrekkevisejonen er slagavdelinger som vektlegger høyteknologisk diagnostikk med hypotetisk nytte for de få» og at «sentralisert akutt-

behandling (...) kan komme til å gjøre ubotelig skade for slagpasientene». Vår mening er at hjerneslagpasienten per år 2005 primært fortjener optimal akutt diagnostikk og behandling, etterfulgt av en tverrfaglig basert rehabilitering.

Christian Lund

Arve Dahl

David Russell

Nevrologisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Wyller TB. Ikke for pyser. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1627.
2. Rønning OM, Thomassen B. Når hjerneslagdiagnosen er feil. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1655–7.
3. Mayer SA, Brun NC, Begtrup K et al. Recombinant activated factor VII for acute intracerebral hemorrhage. N Engl J Med 2005; 352: 777–85.
4. Russell D, Thomassen L, Indredavik B et al. Pasienter med akutt hjerneinfarkt bør få trombolytisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1666–7.
5. Toni D, Chamorro A, Kaste M et al. Acute treatment of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis 2004; 17 (suppl 2): 30–46.

T.B. Wyller svarer:

Jeg vil takke Christian Lund og medarbeidere for deres kommentar, som gir meg anledning til å utdype mine synspunkter. Jeg forstår imidlertid ikke hva som får dem til å karakterisere lederartikkelen som et «feilslag», for så vidt jeg kan se, har de ikke påvist feil i min fremstilling.

Vi er enige om at en presis og rask diagnostikk er viktig for pasienter med hjerneslag, og at det ved mange norske avdelinger i så måte er et forbedringspotensial. Dette ble også understreket i min lederartikkel. Vi er også enige om ønskeligheten av å utvikle og ta i bruk mer spesifikk og individualisert hjerneslagbehandling – intravenøs trombolytisk behandling er bare ett eksempel på terapeutiske modaliteter som er aktuelle eller kan bli det i nær fremtid.

Mitt hovedanliggende er å mane til besinnelse slik at vi ikke i disse bestrebelsene forsømmer behandlingsprinsipper som er godt dokumentert og meget effektive. Disse behandlingsprinsippene, som kan oppsummeres under stikkordet «slagenhet», består i god akuttmedisinsk behandling integrert med umiddelbart igangsatt rehabilitering. Derfor er det meget bekymringsfullt dersom man ser for seg diagnostikken, de akuttmedisinske tiltakene og de tidlige rehabiliteringstiltakene atskilt i tid og rom.

Foreliggende evidens så vel som teoretiske overveielser taler sterkt for at en slik organisering ikke er gunstig. Dette gjelder både den «iskemiske penumbra» og – hva som torde være mer relevant – hjerneslagets konsekvenser i form av død og funksjonstap.

Vi er også enige om at medikamentell trombolyse er en logisk og lovende behandling ved iskemisk hjerneslag. Jeg har imidlertid minnet om at fortsatt er det bare om lag 900 pasienter som er inkludert i randomiserte undersøkelser av slik behandling gitt innen tre timer innen symptomdebut, og at 95 % konfidensintervall for en samlet analyse gir rom for at behandlingen kan tenkes å gi økt så vel som redusert dødelighet (1). Dette er et faktum, uansett hva nasjonale eller internasjonale anbefalinger måtte gå ut på, og det er vanskelig å forstå at det skulle være «tendensiøst» å påpeke det.

Det er helt riktig, som Lund og medarbeidere skriver, at hovedslaget om hjernen står de første timene. Derfor må vi sørge for at den behandlingen som vi vet er effektiv for alle slagpasienter, kommer i gang så fort som mulig. På denne plattformen må vi så bygge videre og utvikle spesifikke tiltak som kan forbedre behandlingsresultatet ytterligere. I dette krevende arbeidet trengs alle gode krefter. Vi bør derfor – slik jeg også påpekte i min lederartikkel – unngå rivalisering og erkjenne at slagpasientene trenger flere typer kompetanse.

Torgeir Bruun Wyller

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Wardlaw JM, del Zoppo G, Yamaguchi T et al. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2003; 3: CD000213.

Kardiogent sjokk

Tilstanden kardiogent sjokk ble omtalt av Geir Øystein Andersen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 10/2005 (1) og av Rune Eggum og medarbeidere (2) og Rune Wiseth (3) i nr. 11/2005. Vi vil berømme forfatterne for å bringe frem viktige aspekter ved kardiogent sjokk, men artiklene krever etter vår mening noen kommentarer.

For det første vektlegges ikke kirurgisk revaskularisering tilstrekkelig. I SHOCK-studien ble ca. 40 % av pasientene operert