

Omstridte retningslinjer

Europeiske retningslinjer for behandling av kardiovaskulær risiko vil berøre flertallet av voksne i befolkningen og ha store etiske, samfunnsmedisinske og ressursmessige konsekvenser.

I 2004 publiserte norske forskere en artikkel som viste at med nye europeiske retningslinjer for kardiovaskulær risikointervensjon blir 90 % av den voksne befolkning over 50 år gjort til potensielle pasienter (1).

Nå har forskerne publisert en ny studie i *BMJ* der de samme retningslinjene er brukt på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (2). Analysene gav tilsvarende resultat som i den første studien, dvs. at ved 50 års alder utgjorde høyrisiko-gruppen 40 % av alle kvinner og 89 % av alle menn. Andelene økte til henholdsvis 84 % og 91 % for 65-årige kvinner og menn. Blant 40-åringer havnet bare 9 % kvinner og ingen menn i lavrisikogruppen. Forfatterne spør hvordan menn og kvinner i «verdens beste land» som har god helse og lever lenge, blir høyrisikoklassifisert med slike retningslinjer.

– Artikkelen imøtegår den kritikk som

er kommet om at den første artikkelen ikke gav et samlet bilde av risiko, sier professor Eivind Meland ved Universitetet i Bergen.

– En samlet risikobedømmelse er fornuftig. Det gir en mer valid bestemmelse av hvem som er under risiko og følgelig også hvem som har mest nytte av medisinsk intervensjon. Artikkelen er imidlertid en påminnelse om at vi som leger har et moralsk ansvar for ikke å inflatere risikodiagnoser. Det har verken enkeltindivider eller samfunnet som helhet noen glede av. De samfunnsmedisinske konsekvensene og ressursbruken gjør det upraktisk og umulig å leve med at nær alle voksne i befolkningen klassifiseres på denne måten, sier Meland.

Geir Jacobsen
geir.jacobsen@ntnu.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I et al. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202–8.
2. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ* 2005; 331: 551–6.

Profylaktisk antibiotika ved nøyropeni?

To studier tyder på at profylaktisk antibiotika kan redusere sykkelighet ved nøyropeni som følge av kjemoterapi for malign sykdom.

Nøyropeni er vanlig under kjemoterapi. Nøyropene pasienter har svekket immunforsvar og er derfor utsatt for infeksjoner. Antibakteriell profylakse er likevel ikke anbefalt. I to randomiserte studier, som nylig er publisert i *New England Journal of Medicine*, sammenliknet forskerne antibiotikaprofylakse for kreftpasienter som gjennomgikk kjemoterapi (1, 2).

I begge studiene ble pasientene delt inn i to grupper: en gruppe som fikk antibiotika (levofloksacin) og en placebogruppe gjennom den antatt neutropene fasen. Den engelske studien med ca. 1 500 pasienter rapporterte om feber hos 11 % i antibiotikagruppen mot 15 % i placebogruppen og innleggelse pga. infeksjon hos henholdsvis 16 % og 22 % (1). I den italienske studien med 760 pasienter var det feber hos 65 % i antibiotikagruppen mot 85 % i placebogruppen og sikre infeksjoner hos 22 % i antibiotikagruppen mot 39 % ved placebo (2).

– De to pasientmaterialene viser sterkt

forskjellige resultater. Mens de italienske forskerne rapporterer 85 % forekomst av febrile episoder i placebogruppen, har de engelske bare 10 % av dette, sier E. Arne Høiby ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

– I det engelske materialet måtte 20 000 doser levofloksacin til for å spare 35 pasienter for en feberepisode. Dødeligheten var lik i forsøks- og placebogruppene. Problemet med profylakse er ikke minst økt resistens mot det brukte midlet. Mer alvorlig er likevel at kinolonprofylakse sannsynligvis vil føre til økt kinolonresistens for gramnegative bakterier. Dette er igjen assosiert med cefalosporinresistens. Det er sannsynlig at konstant kinolonbruk vil øve seleksjonspress på meticillinresistente *Staphylococcus aureus*, særlig de internasjonale epidemiske klonene som man frykter sterkt, sier Høiby.

Michael Bretthauer
michael.bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Cullen M, Steven N, Billingham L et al. Antibacterial prophylaxis after chemotherapy for solid tumors and lymphomas. *N Engl J Med* 2005; 353: 988–98.
2. Bucaneve G, Micozzi A, Menichetti F et al. Levofloxacin to prevent bacterial infections in patients with cancer and neutropenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 977–87.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter: Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes
erlend.hem@medisin.uio.no

Bør man spørre erfarne kolleger?

Det er vanlig å rådføre seg med erfarne leger eller kolleger med spisskompetanse når man trenger informasjon om diagnostikk og behandling. En nederlandsk gruppe har undersøkt i hvilken grad rådene som gis av fagfolk stemmer overens med anbefalingene i vitenskapelig litteratur (*BMC Health Serv Res* 2005; 5: 59).

14 leger spurte erfarne, oftest nære, kolleger om råd for et definert medisinsk problem. 53 % av rådene var ikke i tråd med litteraturen. Forskerne anbefaler å spørre om vitenskapelig dokumentasjon som ligger til grunn for anbefalinger man får.

Mye stress – mindre brystkreft?

Kvinner som rapporterte høye stressnivåer hadde lavere risiko for å utvikle brystkreft, viser en stor dansk kohortstudie (*BMJ* 2005; 331: 548–50).

Om lag 6 700 kvinner ble spurt om egen-vurdert stressnivå i 1981–83. Dataene ble sammenholdt med det danske kreftregisteret frem til 1999. Etter justering for en rekke konfundere, hadde kvinner med høye stressnivåer redusert risiko for brystkreft (hasardratio 0,6; 95 % KI 0,37–0,97). Forskerne påviste også en dose-respons-effekt ved at for hver enhets økning på en seksdelt stresskala ble brystkreftrisikoen redusert med 8 %.

Kronisk stress er forbundet med reduserte østrogennivåer, som er en kjent risikofaktor for brystkreft, og forfatterne mener at dette kan forklare funnene.

Nytt om aktivert protein C ved sepsis

Aktivert protein C er godkjent behandling ved sepsis hos pasienter med høy mortalitetsrisiko, men har vært omstridt i fagmiljøet. Det er nå kommet en randomisert studie der man har sammenliknet aktivert protein C med placebo ved alvorlig sepsis hos pasienter med lav risiko for død (*N Engl J Med* 2005; 353: 1332–41).

Studien ble stoppet før tiden fordi det ikke var forskjell i mortalitet mellom gruppene (17 % med placebo versus 19 % med aktivt medikament), og det var signifikant flere alvorlige blødninger i intervensjonsgruppen.