

Det er interessant at slike neuroablative prosedyrer igjen er aktuell behandling ved kreftsmertner. Slike inngrep, som tidligere var det eneste tilbudet vi kunne gi pasienter med kroniske smerter, ble erstattet nesten fullstendig av andre prosedyrer, som ikke innebar irreversible lesjoner i nervesystemet, som for eksempel nevrostimulering via implanterte elektroder eller epidurale katetre.

Med et lite forbehold skriver forfatterne: «Så vidt vi vet, er dette første gang perkutan cervikal kordotomi er utført i Norge» (1). Dette forbeholdet var nok klokt. Denne behandlingen var et rutinetilbud for smertepasienter i norske nevrokirurgiske avdelinger i 1970- og 1980-årene, i alle fall ved Rikshospitalet og Haukeland Universitetssjukehus, utført nøyaktig som bekrevet i Bell & Liems artikkel.

Knut Wester

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Bell RF, Liem L. Perkutan cervikal kordotomi ved intractable kreftsmertner. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2650–1.

Nye blodtrykksmedisiner best?

ASCOT-BPLA-studien, som nylig er publisert i *The Lancet* (1) og omtalt i Tidsskriftet nr. 20/2005 (2), skulle bevise at nye blodtrykksmedisiner er bedre enn gamle. Er de det? I ASCOT-BPLA-studien ble to behandlingsregimer sammenliknet, det ene kalsiumkanalblokkeren amlodipin med tillegg av ACE-hemmeren perindopril ved behov, det andre betablokkeren atenolol med tillegg av tiazidet bendroflumetiazid med kaliumklorid ved behov (1). Studien sier ingenting om de enkelte medikamenter.

Vi visste fra før at betablokkere generelt (og atenolol spesielt) ikke beskytter hypertonikere så godt mot hjerneslag, hjerteinfarkt og koronar hjertesykdom, slik Messerli og medarbeidere tok opp allerede i 1998 (3). Senere er det blitt gjort studier (4) og metaanalyser (5, 6) som har bekreftet dette. I den seneste metaanalysen, som inkluderte ASCOT-BPLA-studien, konkluderte Lindholm og medarbeidere (6): «Sammenlignet med andre antihypertensiva har betablokkere en suboptimal effekt med en forhøyet risiko for slag. Vi mener at betablokkere ikke bør brukes som førstevalg ved essensiell hypertensjon, og bør ikke brukes som referansemiddel ved intervensjonsstudier». Forfatterne av ASCOT-BPLA-studien er selv klar over at valget av atenolol som referansemiddel kan ha vært uheldig (1). Sagt med rene ord: I ASCOT-studien ble et regime med to effektive blodtrykksmedikamenter (amlodipin og perindopril) sammenliknet med et regime med et lite egnet middel (atenolol) og et effektivt middel (bendroflumetiazid).

I Norge er det vedtatt at monoterapi med tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kalium eller kaliumsparende middel er førstevalg ved ukomplisert hypertensjon. Det er delte meninger om dette vedtaket, selv om uenigheten i mange tilfeller synes å være av semantisk karakter. Å forenkle ASCOT-studiens konklusjon til en en banal påstand om at nye blodtrykksmedisiner er bedre enn gamle, virker på meg som et retorisk knep for å undergrave tiazidens plass i hypertensjonsbehandlingen. Retorikken forsterkes ved å omtale mer enn 20 år gamle preparater som amlodipin og perindopril som nye medisiner.

Interessekonflikt: LEO Pharma produserer og markedsfører Centyl (bendroflumetiazid) og Centyl med kaliumklorid.

Thomas Rostad

LEO Pharma AS

Litteratur

1. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.
2. Ørstavik R. Nye blodtrykksmedisiner best. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2745.
3. Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U et al. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? *JAMA* 1998; 279: 1903–7.
4. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995–1003.
5. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004; 43: 1684–9.
6. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet*; e-publiseret 18.10.2005.

Uttidig reklamekampanje fra Bayer

Den siste tiden har en svært aktiv reklamekampanje pågått i regi av Bayer AS, produsenten av medikamentet Levitra (vardenafil) mot erektil dysfunksjon. Under foregivende av (bare) å ville pasientenes beste, gjør Bayer legene til sine fotsoldater for å få Levitra inn på markedet. Vi urologer har fått stadige henvendelser med spørsmål om vi «ikke ønsker flere tilbakebetalingskort», som vi så skal gi våre pasienter i hånden – sammen med en Levitra-resept. Produsenten har nemlig lovet pasientene pengene (for en firepakning med tableter) tilbake dersom medikamentet ikke virker, dvs. ikke gir ereksjon.

Det får være greit at Bayer lover pengene tilbake dersom Levitra ikke virker. For min del må de endelig ta i bruk et slikt PR-fremstøt. Verre er det at Bayer vil ha oss leger som mellommenn overfor pasientene. At legene skal gi pasienten tilbakebetalings-

kort sammen med resept, gjentas i Levitra-reklamen i siste nummer av Tidsskriftet. Personlig har jeg nettopp mottatt nok en bunke tilbakebetalingskort i posten uten å ha bedt om det. Bayer har også sendt ut kopi av en artikkel i BMJ som skal «bevise» riktigheten av deres fremgangsmåte (1).

De fleste av mine kolleger reagerte (heldigvis) negativt på kampanjens form da vi nylig hadde et møte med representant fra Bayer. Denne stilte seg imidlertid helt uforstående til våre innvendinger. Jeg har ikke registrert motbør fra Legeforeningen sentralt. Mitt spørsmål til Legeforeningen er dette: Pårgår det noen diskusjon internt i foreningen om prinsippene for denne type kampanjer?

Bayer HealthCare har nå avbrutt sin tilbakebetalingsordning for Levitra etter vurdering og uttalelse fra Statens legemiddelverk. Et brev med firmaets syn på saken er sendt ut til landets leger, og der fremgår det at Bayer fortsatt ikke ser kjernen i de reaksjonene som har kommet.

Vendil Vatne

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Møldrup C. No cure, no pay. *BMJ* 2005; 330: 1262–4.

Presidenten svarer:

Takk for nyttig påminnelse om denne formen for markedsføring. Jeg er enig med Vatne i at leger ikke skal være mellommenn for utlevering av tilbakebetalingskort til pasientene. «No cure, no pay» kan i noen situasjoner være et greit markedsførings tiltak, men ikke en aktivitet legene skal delta i. Man kan ellers spørre seg hvorfor slik garantiinformasjon ikke legges inn i pakningen?

Legeforeningen har hatt flere debatter, også på landsstyremøter, om forholdet til den farmasøytiske industri, og det er gjort landsstyrevedtak om temaet senest i Bergen i mai 2005. Legeforeningen har dog ikke diskutert de prinsipielle sider ved akkurat denne form for markedsføring eller den aktuelle saken Vatne refererer til.

Torunn Janbu

president

Den norske lægeforening

Bayer Pharma svarer:

I høst satte Bayer Pharma i gang et nytt og innovativt prøveprosjekt. Pasienter som får forskrevet potenspillen Levitra, men som ikke får ereksjon, skal få pengene tilbake («Levitas løfte»). Før vi satte i gang prøveprosjektet, foretok vi en grundig juridisk vurdering av lovligheten av konseptet. Det ble konkludert med at løftet ikke strider mot gjeldende lov, og at dette ikke er å anse som reklame rettet mot allmennheten. Kam-