

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.

Hjernen tilhører alle

Et godt selvbilde er fint å ha, men et realistisk selvbilde er heller ikke å forakte. Det er det grunn til å minne om når norske nevrologer nå hevder at «hjernen tilhører nevrologene» (1). Dette kunne vært omformulert som et morsomt ordspill, men fremstår istedenfor som tåpelig for alle oss ikke-nevrologer som har omsorg for pasienters hjerner i vårt daglige virke.

Det er nå engang slik at et utall ulike legespesialiteter tar hjernen i terapi: Psykiatere, pediatere, anestesileger, allmennleger, indremedisinere, geriater, karkirurger, nevrokirurger, røntgenleger, nevrofysiologer, ja endog nevrologer! Vi har alle sammen ulike kunnskaper om hjernen; til sammen er vi ganske formidable. Men nevrologer verken har, eller skal ha, monopol på å mene noe om alle symptomer eller sykdomstilstander som rammer hjernen. Det har de ganske enkelt ikke kompetanse til.

Bakgrunnen for Tidsskriftets oppslag er at norske nevrologer ønsker å ta et fastere grep om omsorgen for slagpasienter. Fra eget virke har jeg mange opplevelser med nevrologer som står og vifter med reflekshammeren foran bevisstløse pasienter, uten evne til å etablere pasienten i stabilt sideleie eller sikre frie luftveier, håndgrep som enhver lege bør beherske. Slikt vitner ikke om omsorg for hjernen. Norske nevrologer har distansert seg fra en rekke arbeidsoppgaver som medfører tunge tak og vaktmessig belastning. De har inntil nylig stort sett også vært fraværende i omsorgen for det store gross av smertepasienter, selv om det vel fortsatt er slik at smertebanene utgjør en del av nervesystemet?

Jeg kjenner mange fine nevrologer og har en god dialog med dem i mitt daglige virke. Til sammen utfyller vi hverandre på en profesjonell måte. Det går heldigvis lang tid mellom hver gang noen fremstår med en slik revirholdning som man dessverre må lese ut av intervjuet med lederen i Norsk nevrologisk forening i Tidsskriftet nr. 6/2007 (1).

Jon Henrik Laake

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Tveito M. Med blålys over vidda. Intervju med Ellisiv Mathiesen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 768–9.

Tidsskriftet svarer:

Jon Henrik Laake hefter seg ved en mellomtittel i intervjuet med Ellisiv Mathiesen i Tidsskriftet nr. 6/2007 (1). Mathiesen, som er spesialist i nevrologi og var leder i Norsk nevrologisk forening i 2004–05, ble intervjuet i forbindelse med oppstarten av Tidsskriftets temaserie om hjerneslag (2).

Mellomtittel i intervjuer er et redaksjonelt anliggende og kan inneholde spissformuleringer som skal fungere som et blikkfang, slik som i dette tilfellet. Hvis man leser hva Mathiesen faktisk uttaler, er det ikke grunnlag for å konkludere med at «norske nevrologer nå hevder at «hjernen tilhører nevrologene»». I intervjuet understreker Mathiesen at nevrologer har en sentral plass innen diagnostikk og akuttbehandling av hjerneslag og poengterer samtidig betydningen av samarbeid mellom ulike spesialister og yrkesgrupper.

Det er ingen hemmelighet at det råder motsetninger innad i profesjonen når det gjelder organisering av fagfeltet hjerneslagssykdommer i Norge (3, 4). Forekomsten av hjerneslag er økende, og akutt hjerneslag og følgetilstander etter slag representerer en stor utfordring for helsevesen, pasienter og pårørende. Skal pasientgruppen få best mulig behandling, kreves dialog og samhandling på tvers av medisinske spesialiteter, finansieringssystemer og forvaltningsnivåer (2). Tidsskriftet har med temaserien om hjerneslag ønsket å synliggjøre felles utfordringer, snarere enn å nøre opp under «revirholdninger».

Jan C. Frich

Tidsskriftet

Litteratur

1. Tveito M. Blålys over vidda. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 768–9.
2. Frich JC, Russell D. Hjerneslag – en ny epoke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 719.
3. Kongsvik LT. Hjerneslagssykdommer – et fagfelt som må styrkes. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3345.
4. Rønning OM. Hjerneslag rammer hjernen – alltid. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 458.

Bruk av rusmidler kan føre til hjerneslag

I Tidsskrift nr. 6/2007 er temaet hjerneslag belyst med flere artikler. Bortsett fra at høyt alkoholkonsum ble nevnt som en mulig

risikofaktor, hadde alle artikkelforfatterne konsekvent unnlatt å nevne bruk av rusmidler som risikofaktor for hjerneslag. Spesielt i artikkelen om hjerneinfarkt hos unge voksne (1) savnet vi et avsnitt om dette.

Det er godt dokumentert at rusmiddelbruk kan medføre økt fare for både cerebrale infarkter og intracerebrale blødninger (2, 3). Særlig er det velkjent at sentralstimulerende rusmidler som amfetamin, metamfetamin, kokain og ecstasy kan ha slike effekter (4–6). Også for cannabis er det rapportert tilfeller av hjerneslag hos unge voksne, og flere kasuistikkrapporter er publisert (7–9).

Ingebjørg Gustavsen

Knut Hjeltnes

Liliana Bachs

Jørg Mørland

Divisjon for rettsstoksikologi

og rusmiddelforskning

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Næss H. Hjerneinfarkt hos unge voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 751–3.
2. Brust JC. Clinical, radiological, and pathological aspects of cerebrovascular disease associated with drug abuse. Stroke 1993; 24: I129–I33.
3. Sloan MA, Kittner SJ, Feeser BR et al. Illicit drug-associated ischemic stroke in the Baltimore-Washington Young Stroke Study. Neurology 1998; 50: 1688–93.
4. Perez JA jr., Arsura EL, Strategos S. Methamphetamine-related stroke: four cases. J Emerg Med 1999; 17: 469–71.
5. Kaku DA, Lowenstein DH. Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. Ann Intern Med 1990; 113: 821–7.
6. McEvoy AW, Kitchen ND, Thomas DG. Intracerebral haemorrhage and drug abuse in young adults. Br J Neurosurg 2000; 14: 449–54.
7. Mateo I, Pinedo A, Gomez-Beldarrain M et al. Recurrent stroke associated with cannabis use. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76: 435–7.
8. Mesec A, Rot U, Grad A. Cerebrovascular disease associated with marijuana abuse: a case report. Cerebrovasc Dis 2001; 11: 284–5.
9. Mouzak A, Agathos P, Kerezoudi E et al. Transient ischemic attack in heavy cannabis smokers – how «safe» is it? Eur Neurol 2000; 44: 42–4.

H. Næss svarer:

Det foreligger noen få rapporter om assosiasjon mellom ulike rusmidler (utenom alkohol) og hjerneinfarkt hos unge voksne. I seks store populasjonsbaserte (1, 2) eller sykehusbaserte (3–6) studier med til sammen over 1 500 unge hjerneinfarkt-pasienter er imidlertid rusmiddelbruk bare rapportert i én undersøkelse fra USA. I den studien var 11,9 % av pasientene rusmisbru-

kere (6). I Hordalands-studien var det ingen sikre rusmisbrukere blant pasientene (2).

Halvor Næss

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Kristensen B, Malm J, Carlberg B et al. Epidemiology and etiology of ischemic stroke in young adults aged 18 to 44 years in northern Sweden. *Stroke* 1997; 28: 1702–9.
2. Næss H, Nyland HI, Thomassen L et al. Etiology of and risk factors for cerebral infarction in young adults in western Norway: a population-based case-control study. *Eur J Neurol* 2004; 11: 25–30.
3. Ferro JM, Crespo M. Prognosis after transient ischemic attack and ischemic stroke in young adults. *Stroke* 1994; 25: 1611–6.
4. Adams HP jr., Kappelle LJ, Biller J et al. Ischemic stroke in young adults. Experience in 329 patients enrolled in the Iowa Registry of stroke in young adults. *Arch Neurol* 1995; 52: 491–5.
5. Leys D, Bandu L, Henon H et al. Clinical outcome in 287 consecutive young adults (15 to 45 years) with ischemic stroke. *Neurology* 2002; 59: 26–33.
6. Kittner SJ, Stern BJ, Wozniak M et al. Cerebral infarction in young adults: the Baltimore-Washington Cooperative Young Stroke Study. *Neurology* 1998; 50: 890–4.

Suprapubisk blæredrenasje ved bukkirurgi i Norge

I Tidsskriftet nr. 7/2007 kommenterer Arne Wibe (1) en metaanalyse om suprapubisk versus transurethral blæredrenasje etter buk-

kirurgi (2). Han angir å ha positive erfaringer med suprapubisk drenasje ved reservoarkirurgi, men omtaler ellers problemstillingen som «oversett» i bukkirurgien. Han konkluderer så med at han «tror vi må vurdere å ta i bruk suprapubisk kateter som rutinemetode ved abdominalkirurgi også i Norge» (1).

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har suprapubisk blæredrenasje vært rutine ved alle typer bukkirurgi i 15 år. Ved rektumamputasjon eller ultralave rectumreseksjoner benytter vi transurethralt kateter i tillegg til suprapubisk drenasje for å lette identifiseringen av urethra peroperativt. Det transurethrale kateteret fjernes når inngrepet er avsluttet. Vi vet at flere andre norske avdelinger også har hatt dette som rutine i lang tid. Denne rutinen har vært basert på vitenskapelig dokumentasjon (2) samt egne positive erfaringer. Det er viktig med en systematisk metaanalyse, men det er ikke riktig at dette har vært et oversett problem i bukkirurgien.

Det meste av dokumentasjonen for de ulike kateteralternativer omhandler kateterisering i 4–7 døgn. Med dagens multimodale rutiner for perioperativ behandling vil en stor andel av pasientene bare trenge kateter i to døgn. Dette har naturligvis relevans for både rekateteriseringsrate og bakteriuri, som er de vanligste endepunktene. Metaanalysen avsluttes med etterlysning av

flere randomiserte studier. Data fra avdelinger som bruker moderne perioperative rutiner, inklusive suprapubisk blæredrenasje (3), tilsier at man til en slik randomisert studie ville trenge over 1 000 pasienter for å kunne påvise en reduksjon i rekateteriseringsrate fra 9 % til 4,5 % og over 2 400 pasienter for å kunne påvise en reduksjon i bakteriuri fra 4 % til 2 %.

Suprapubisk blæredrenasje er for lengst etablert som rutine ved bukkirurgi ved flere sykehus i Norge. Dette er basert på vitenskapelig dokumentasjon. Det er neppe formålstjenlig å gjøre nye randomiserte studier om kateteriseringsmetoder ved kolorektalkirurgi.

Kristoffer Lassen

Jørn Kjæve

Barthold Vonon

Arthur Revhaug

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Søreide K. Suprapubisk kateter best ved bukkirurgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 847.
2. McPhail MJ, Abu-Hilal M, Johnson CD. A meta-analysis comparing suprapubic and transurethral catheterization for bladder drainage after abdominal surgery. *Br J Surg* 2006; 93: 1038–44.
3. Basse L, Werner M, Kehlet H. Is urinary drainage necessary during continuous epidural analgesia after colonic resection? *Reg Anesth Pain Med* 2000; 25: 498–501.