

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.

Glukosamin og interessekonflikter

I Tidsskriftet nr. 16/2007 hævder Roland og medarbejdere at dokumentationen af peroralt glukosamins virkning på artrose bør afvises, fordi effekten hovedsageligt er dokumenteret ved producentfinansierede studier (1). Men for det første, er denne ensidige fokusering på industri-bias yderst uheldig, fordi den kan medføre at nogle af de største og nyeste velkontrollerede undersøgelser enten bliver negligeret (2) eller som det er tilfældet i kronikken af Roland og medarbejdere, slet ikke omtalt. For det andet, er der andre gode grunde til at producentfinansierede studier af glukosamin ofte er mere positive end uafhængige studier (3).

Sagen omkring sammenligning af de forskellige undersøgelser af glukosamin er kompleks (4), hvilket ofte fører til forvirring omkring vurderingen af den foreliggende evidens. Eksempelvis kan resultater afhænge af, om man har brugt præparater der er udviklet og godkendt som lægemiddel (EU) eller som kosttilskud (USA) og dermed produceret uden samme kvalitetskontrol (3, 4). Og det er netop på lægemiddelpræparater at der er påvist en effekt.

Man bør også notere sig, at når producenter støtter et studie, er det oftest fordi, at der allerede i forvejen er undersøgelser der indikerer den eller de virkninger, man er interesseret i og dette er i høj grad med til at forklare den positive tendens (5).

Endvidere har alle forskere forskellige økonomiske, faglige eller personlige interesser der går ud over det rent forskningsmæssige. Derved adskiller uafhængige forskere sig ikke fra andre der udfører producentfinansierede studier. Man bør derfor fokusere på en sammenholdelse af studiers konklusioner, data og metodisk elimination af bias, i stedet for at afvise dem alene på baggrund af mulige interessekonflikter. For læsere der ønsker en mere afbalanceret diskussion, kan metaanalysen af Vlad og medarbejdere (2) og Reginsters kommentarer (3) i samme nummer af *Arthritis and Rheumatism* anbefales.

Peter Storm-Henningsen
Forskningsafdelingen
Pharma Nord ApS
Vejle
Danmark

Litteratur

1. Roland PH, Bjordal JM, Klovning A et al. Glukosamin – den store sukkerpillebløffen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2121–2.
2. Vlad SC, LaValley MP, McAlindon TE et al. Glukosamin for pain in osteoarthritis. Why do trial results differ? Arthritis Rheum 2007; 56: 2267–77.
3. Reginster JY. The efficacy of glucosamine sulfate in osteoarthritis: financial and nonfinancial conflict of interest. Arthritis Rheum 2007; 56: 2105–10.
4. Altman RD, Abramson S, Bruyere O et al. Commentary: osteoarthritis of the knee and glucosamine. Osteoarthritis Cartilage 2006; 14: 963–6.
5. Palmer RH. Results of clinical trials sponsored by for-profit vs nonprofit entities. JAMA 2003; 290: 3070.

P.-D.H. Roland og medarbejdere svarer:

Vi stiller oss bak Peter Storm-Henningsens anbefaling av Vlad og medarbejders analyse av de placebokontrollerte, randomiserte kliniske forsøkene med glukosamin ved artrose (1). Forfatterne viser at det er forskjeller mellom resultatene fra dem med økonomiske interessekonflikter i glukosaminfeltet (som gjennomgående finner at midlet har effekt) og fra dem uten slike interessekonflikter (som ikke påviser klinisk relevante effekter). De industrifinansierte studiene oppviser en heterogenitet som ikke kan forklares ut fra tilfeldighetenes spill – her er det altså «ugler i mosen».

At vi ikke refererte til studien av Vlad og medarbejdere (1), skyldes det enkle faktum at vi sendte inn vårt manus til kronikken (2) i februar 2007, mens artikkelen til Vlad og medarbejdere (1) ble publisert i juli 2007. Kommentarene fra Reginster (3) og fra Altman og medarbejdere (4) tilfører lite nytt. Påstanden om at vi avviser studier «alene på baggrund af mulige interessekonflikter» er direkte gal. I vår kronikk omtalte vi bl.a. flere studier fra industriaktører (2). Storm-Henningsens innlegg viser på en fortreffelig måte hvordan det ofte går når de som lever av å selge et produkt, selv skal vurdere dets vitenskapelige dokumentasjon. Vi er ellers enig med Storm-Henningsen i at man bør «fokusere på en sammenholdelse af studiers konklusioner». Da må man også forholde seg til det faktum at de metaanalysene som foreligger, entydig viser at glukosamin ikke har effekt.

Pål-Didrik Hoff Roland
RELIS Midt-Norge
Jan Magnus Bjordal
Atle Klovning
Lars Slørdal

Litteratur

1. Vlad SC, LaValley MP, McAlindon TE et al. Glukosamin for pain in osteoarthritis. Why do trial results differ? Arthritis Rheum 2007; 56: 2267–77.
2. Roland PH, Bjordal JM, Klovning A et al. Glukosamin – den store sukkerpillebløffen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2121–2.
3. Reginster JY. The efficacy of glucosamine sulfate in osteoarthritis: financial and nonfinancial conflict of interest. Arthritis Rheum 2007; 56: 2105–10.
4. Altman RD, Abramson S, Bruyere O et al. Commentary: osteoarthritis of the knee and glucosamine. Osteoarthritis Cartilage 2006; 14: 963–6.

Antidiabetikum med økt risiko for karsykdom

På bakgrunn av en svært omdiskutert meta-analyse (1) anbefaler Kristian F. Hanssen at «ingen pasienter i Norge bør begynne med glitazoner, og de som bruker slike midler, bør skifte til annen antidiabetisk behandling» (2).

Hanssens konklusjoner går langt utover tilgjengelige data. Å ta medisinene fra velbehandlede pasienter innebærer en risiko og bør ikke gjøres uten god dokumentasjon.

Rådgivningskomiteen i Food and Drug Administration (FDA) konkluderte 31. juli i år med at metaanalyser tyder på en viss risiko for iskemiske hendelser med rosiglitazon, men anbefalte at medisinen fortsatt bør være på markedet. Den fant det ikke bevist at risikoen for iskemisk hjertesykdom var økt når behandlingsregimer med rosiglitazon ble sammenliknet med kontrollregimer med metformin eller sulfonylurea (3).

I ADOPT, en dobbeltblindet, randomisert studie over fem år viste man bl.a. at risiko for iskemisk hjertesykdom med rosiglitazon (2,14 hendelser/100 pasientår) var sammenliknbar med metformin (2,26 hendelser/100 pasientår) og glibenklamid (1,93 hendelser/100 pasientår) (4).

Rosiglitazon ga dessuten en relativ risikoreduksjon for monoterapivikt på 63 % i forhold til glibenklamid og 32 % i forhold til metformin.

Andre datakilder viser at den kardiovaskulære sikkerhetsprofilen til rosiglitazon er sammenliknbar med andre perorale antidiabetika, når man ser bort fra hjertesvikt (3, 5). Det er økt forekomst av hjertesvikt hos pasienter som bruker glitazoner, men en metaanalyse tyder på at dette ikke gir økt risiko for kardiovaskulær død (6).

Pasientsikkerhet har høyeste prioritet i GlaxoSmithKline. Sikkerhet og effekt av