

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Medisinsk forskning og doping

I 2004 laget ni eksperter nye retningslinjer for hva som skulle være behandlingstrenende høyt kolesterolnivå i USA. Retningslinjene ville medføre at nye millioner amerikanere ville bli satt på statiner. Problemet var at åtte av de ni kolesterolekspertene var på statinfabrikantenes lønningslister (1). Spørsmålet er om disse ekspertene er i stand til å lage retningslinjer uavhengig av den industrien de er knyttet til.

Man kan selvfølgelig velge å tro på dem. På samme måte som man kan droppe dopingkontroller i idretten og stole på at utøverne snakker sant. Ett enkelt spørsmål kunne stilles alle syklistene før Tour de France: «Har du dopet deg?» Hvis svaret er nei, er problemet løst. Ingen dopingkontroll nødvendig.

Det ville ha vært utenkelig i idrettsmiljøet. I medisinsk sammenheng er det imidlertid uproblematisk å bli betalt av legemiddelindustrien. Så lenge du forteller at du har fått penger og hvem du har fått dem av, er det greit. I medisinsk litteratur blir man følgelig bedt om å opplyse om eventuelle interessekonflikter. Problemet er at det viser seg at dette ikke blir gjort. En studie har vist at 8 % av dem som oppga «ingen interessekonflikter», allikevel hadde det (2).

Dagens medisinske sannheter er ofte ikke resultat av forskning, men av konsensus. Og konsensus er det motsatte av vitenskap – det er helsepolitikk, som i dagens medisin er viktigere enn forskningsresultater. Dessverre fører dette ofte til at hvis ny forskning ikke viser det man forventer, er det studien som angripes, ikke den etablerte konsensus. Ta for eksempel to store kolesterolstudier. I ENHANCE-studien var det dobbelt så stor økning av aterosklerose i gruppen som fikk det nye kolesterolsenkende Vytorin (3). I ILLUSTRATE-studien undersøkte man den nye «vidundermedisinen» Torcetrib, men det eneste studien illustrerte, var at medikamentet i beste fall hadde null effekt (4).

Da ENHANCE-studien var ferdig i april 2006, ventet store deler av den medisinske verden på resultatet. Medikamentet Vytorin var allerede i salg i USA. Resultatet av studien lot imidlertid vente på seg. Først etter mye press fra mediene og til og med fra Kongressen kom resultatene i januar i år. Det ble brått slutt på salget av Vytorin, men inntil da hadde Merck og Schering-Plough drevet aggressiv markedsføring av midlet

og solgt for 5 milliarder dollar! I tillegg hadde de lokket mange investorer til selskapet på grunn av forhåpningene som var knyttet til dette nye medikamentet.

Ville det ha tatt to år å få frem resultatene hvis studien hadde vært positiv? Vi kan jo tro det. Det er lettere å tro på en Tour de France-rytter som sier han ikke har dopet seg.

Tor Ole Kjellevand
Oslo

Litteratur

1. Cholesterol guidelines become a morality play. www.usatoday.com/news/health/2004-10-16-panel-conflict-of-interest_x.htm (1.7.2008).
2. Report faults scientific journals on financial disclosure. www.cspinet.org/new/200407123.html (1.7.2008).
3. Kastelein JJ, Akdim F, Stroes ES et al. Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2008; 358: 1431–43.
4. Nissen SE, Tardif JC, Nicholls SJ et al. Effect of torcetrapib on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2007; 356: 1304–16.

Blir man glemsk av statiner?

I sommer fant det sted en debatt i Aftenpostens spalter om bivirkning av statiner (1–3) som jeg synes det kunne være verdt å bringe videre. Blir man glemsk av statiner? For den som vil lese en utfyllende oppsummering av dagens viten på dette området, henviser jeg i første rekke til en oversiktsartikkel fra 2006 (4). Selv har jeg også skrevet om emnet (5).

I store kliniske forsøk er det ikke rapporter noen kognitive effekter av kolesterolsenkende legemidler, men det er ikke lagt inn tilstrekkelig finfølende tester i disse forsøksoppleggene. Andre har funnet at enkelte delfunksjoner lider under behandling med lovastatin 20 mg daglig, idet oppmerksomhet og psykomotorisk hastighet blir lett svekket, mens en rekke andre tester ikke viste forskjell mellom behandlings- og placebogruppe (6). Funnet ble reproduisert i en ny studie med 10–40 mg simvastatin (7). Lovastatin og simvastatin er de to mest lipidløselige statinene, de penetrerer godt blod-hjerne-barrieren og man kunne forvente at de hadde slike effekter. Atorvastatin 10 mg per dag, derimot, er senere forsøkt i en serie i sammenlikning med placebo. Der skåret behandlingsgruppen signifikant best på en rekke funksjoner (8).

Observasjonelle undersøkelser tyder på

at statiner skulle kunne forebygge Alzheimers sykdom og demens, men i øyeblikket blir dette avvist på bakgrunn av en meta-analyse av randomiserte kliniske studier (9). Derimot foreligger det tallrike enkelt-rapporter som beskriver hukommelsestap ved bruk av statiner. Dette dreier oftest om individer med betydelige risikofaktorer for demens eller med begynnende demenssykdom (10).

Ivar Aursnes
Oslo

Litteratur

1. Ingulstad F. Blir jeg glemsk av pillene jeg tar? www.aftenposten.no/meninger/signert/article2510952.ece (17.9.2008).
2. Kjekshus J. Påvirker ikke hukommelsen. www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2517828.ece (18.9.2008).
3. Ose L. Er jeg blitt glemsk av pillene jeg tar? www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2523574.ece (18.9.2008)
4. Bays H. Statin safety: an overview and assessment of the data – 2005. *Am J Cardiol* 2006; 97 (suppl): 6C–26C.
5. Aursnes I. Drugs that affect lipid metabolism. I: Aronson JK, red. Side effects of drugs annual 28. New York: Elsevier, 2005: 534–7.
6. Muldoon MF, Barger SD, Ryan CM et al. Effects of lovastatin on cognitive function and psychological well-being. *Am J Med* 2000; 108: 538–47.
7. Muldoon MF, Ryan CM, Sereika SM et al. Randomized trial of the effects of simvastatin on cognitive functioning in hypercholesterolemic adults. *Am J Med* 2004; 117: 823–9.
8. Parale GP, Baheti NN, Kulkarni PM et al. Effects of atorvastatin on higher functions. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62: 259–65.
9. Zhou B, Teramukai S, Fukushima M. Prevention and treatment of dementia or Alzheimer's disease by statins: a meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 23: 194–201.
10. Wagstaff LR, Mitton MW, Arvik BM et al. Statin-associated memory loss: analysis of 60 case reports and review of the literature. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 871–80.

Selvtilfreds kursledelse – sett fra den andre siden

Høsten 2007 gjennomførte undertegnede de engelske ph.d.-kursene i forskningsmetode og vitenskapsteori/forskningsetikk ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

11 av våre medstudenter på kurset ble mistenkt for juks – og frikjent. Prosessen ble kommentert av kurslederne i Tidsskriftet nr. 13–14/2008 (1) og i pressen (2), utspill vi som studenter har reagert på. Selv opplevde vi at kursholderne ikke klarte å formidle de forskningsetiske normene de ønsket å bringe videre.