

## Brev til redaktøren

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

## Tvilsom CRP- og statinstudie

JUPITER-studien, som ble publisert i *New England Journal of Medicine* i november 2008 (1) har fått en noe nær panegyriske mottakelse. Presidenten i American College of Cardiology, W. Douglas Weaver, uttalte at studien «takes prevention to a new level. It defines a new population of patients at risk» (2). Her hjemme kommenterte seksjonsoverlege Leiv Ose ved Lipidklinikken, Rikshospitalet blant annet at man med Crestor hadde fått data som viste at «hjerte- og karhendelsene reduseres med 45–50 prosent, og dødeligheten reduseres med 20 prosent hos nesten antatt friske personer [...] Jeg vil derfor vurdere å gi pasienter som har økt CRP statiner selv om pasientene har et tilnærmet normalt LDL-kolesterol. Det vil bety en økt medikamentbruk, men samtidig forebygge død og hjertesykdom» (3). Professor og overlege ved Rikshospitalets Nevrologiske avdeling David Russell mente at «hvis resultatene er så positive, bør statiner gis til personer med tegn på inflammasjon selv om de har normalt kolesterol. Det er langt billigere å forebygge enn å rehabilitere hjerneslag» (3).

Er det samsvar mellom disse stående ovasjonene og studiens realiteter? I studien vurderes effekten av statinet rosuvastatin på personer med CRP > 2 mg/l. Den viste en nedgang i CRP og en ledsagende nedgang i oppreden av kardiovaskulære hendelser. Studien omfatter 17 802 «tilsynelatende friske menn og kvinner». Mennene var over 50 år, kvinnene over 60 år, alle med et CRP-nivå > 2 mg/l. Median kroppsmasseindeks var 28,3, hvilket viser at mer enn halvparten var signifikant overvektige. De som tok rosuvastatin, utviklet diabetes raskere enn de som fikk placebo: 3,0 % mot 2,4 %.

Alvorlige kardiovaskulære hendelser ble redusert fra 1,8 % i placebogruppen til 0,9 % i studiegruppen (relativ risikoreduksjon 53 %). Den absolutte risikoreduksjonen var derved bare 0,9 %, og det er den som bør være av klinisk betydning når man skal vurdere hvorvidt det er grunnlag for endring i medikamentanbefalinger. I studien måtte 95 pasienter behandles med rosuvastatin i to år for å forhindre en alvorlig hendelse. Kommer vi til samme resultat dersom vi i stedet bruker de økonomiske ressursene til å behandle diabetikere, overvektige, røykere og hypertenikere?

Studien var planlagt å vare i fem år,

men den ble stoppet før det var gått to år. Hvorfor ble studien avsluttet så tidlig? Økningen av diabetes type 2 i behandlingsgruppen ville kanskje før eller siden ha medført flere kardiovaskulære hendelser, og dermed jevnet ut forskjellen mellom gruppene.

Studiens leder, dr. Paul M. Ridker, er del-eier i et patent på testen som måler CRP (1). Hvis man tester ti millioner mennesker for å finne de to millionene som skal ha rosuvastatin (man måtte i studien teste nesten 90 000 personer for å finne de 17 802 som inngikk i den), selges det CRP-tester for 200 millioner amerikanske dollar, dvs. ca. 1,4 milliarder kroner. Hvis royalty er 1 %, betyr det at Ridker får andel i en ekstrainntekt på ca. 14 millioner kroner (4).

**Paal Røiri**  
Oslo

### Litteratur

1. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*, 2008; 359: 2195–207. <http://content.nejm.org/cgi/reprint/359/21/2195.pdf> [6.2.2009].
2. Winslow R. Cholesterol drug cuts heart risk in healthy patients. *The Wall Street Journal* 10.11.2008. <http://online.wsj.com/article/SB122623863454811545.html> [6.2.2009].
3. Schjerve H. Risikoen for hjertedød og hjerneslag kan nær halveres med en ny kolesterolmedisin. *Dagbladet* 11.11.2008.
4. Scott A. CRP test financial ties: Brigham and Ridker could make millions. *Tech-archive.net* 11.1.2005. <http://sci.tech-archive.net/Archive/sci.med/2005-01/0759.html> [27.3.2009].

## Tidsskriftets bildeserie og legers varslingsplikt

Krig er grusomt, helsepersonell har plikt til å varsle, slik Mads Gilbert gjør med NORWAC-bildeserien fra Gaza i Tidsskriftet nr. 3/2009 (1). Jeg kan likevel ikke helt forstå nødvendigheten av disse bildene i vårt fagtidsskrift, når vi allerede er grundig informert via fjernsyn og aviser. Og ansvaret for grusomheten legges overveidende på den ene parten. Gilberts ståsted er ikke skjult. Men jeg anmoder Trond Markestad (2) og Ragnar Stien (3) om å lese innlegget fra Per Arne Norum nok en gang (4), og spørre seg hvor Hamas' ansvar ligger. I likhet med Norum har jeg en følelse av at hensikten med bildeserien ikke først og fremst var faglig oppdatering eller å fortelle oss noe vi (ikke?) visste, men

å anklage Israel alene for de forferdelige konsekvensene av krigshandlingene.

**Ellen Holter**  
Oslo

### Litteratur

1. Shifa-sykehuset, Gaza by. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 198–200.
2. Markestad T. Leger i krig. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 650.
3. Stien R. Om propaganda, terror og interessekonflikter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 651.
4. Norum PA. Ingen interessekonflikt? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 432.

## Leger i krig

Jeg undres over at Trond Markestad, som er leder for Rådet for legeetik, i Tidsskriftet nr. 7/2009 hyller og støtter Mads Gilbert og Erik Fosse som våger å si fra om «urett» i forbindelse med Gaza-krigen (1). Jeg vil minne om at Mads Gilbert og Hans Husum etter angrepet på World Trade Center 11.9. 2001 sa at de «forsvarer den moralske retten til dem du kalte terrorister, til å angripe USA, som et legitimt svar på 25 år med angrepskrig, miner, utsultning og embargo» (2). Under dette terrorangrepet ble nærmere 3 000 mennesker drept. De hadde ingen plass i dr. Gilberts store hjerte. De var bare amerikanere. Disse uttalelser viser egentlig Mads Gilberts ståplass og skinnhellighet.

**Imre Hercz**  
Høvik

### Litteratur

1. Markestad T. Leger i krig. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 650.
2. Sarastuen K. Norske leger: Forsvarer angrepet på USA. *Dagbladet* 30.9.2001: 14.

## De fleste skafoidfrakturer bør gipsbehandles

Leiv Hove hevder i Tidsskriftet nr. 3/2009 at flere skafoidfrakturer bør opereres (1). Han argumenterer med bedre tilheling og kostnadseffektivitet, med kortere sykmelding og varighet før gjenopptakelse av sportsaktiviteter. En systematisk oversikt fra 2007 konkluderer imidlertid med at det ikke er noen fordeler med operasjon av udislokerte eller minimalt dislokerte ska-

foidfrakturer med tanke på tilheling, syk-melding, gripestyrke, bevegelse eller pasienttilfredshet (2). Senere studier har støttet dette (3). Operasjon tenderer til ras-kere gjenvinning av bevegelse og styrke enn gipsbehandling. Effekten er forbigå-ende, og ingen forskjell lot seg påvise etter 1–10 år (2, 3). Utenlandske studier vedrø-rende kostnadseffektivitet er ikke direkte overførbare til nordiske forhold. Sykmel-dingsvarigheten er mest avhengig av syke-pengeordningen. En svensk randomisert studie viste nylig lavere totale kostnader ved gipsbehandling enn ved kirurgi hos pasienter som ikke var kroppsarbeidere.

Eksperstudier demonstrerer langt flere komplikasjoner ved operasjon, særlig ska-fotrapezial artrose og skruerproblemer (2, 3). Vi synes ikke skafoidkirurgi er enkelt, og økningen av henvisninger til regionsnivå tyder på at mange er enige. Os scaphoideum har leddfasetter over nesten hele overflaten. Det er lett å få skruerperforasjon, som kan ødelegge håndleddet. Inntil 1500 årlige skafoidosteosynteser ville føre til betyde-lige kompetansemessige og kapasitetsmes-sige problemer. Systematisert gipsbehand-ling av skafoidfrakturer er nesten komplika-sjonsfri og gir høy grad av tilheling. I et årsmateriale fra Oslo skadelegevakt ble to av 154 skafoidfrakturer operert primært på grunn av dislokasjon. De resterende 152 ble gipsbehandlet. Kun tre utviklet pseudartrose, 98 % tilhelet (4).

Vi anbefaler gipsbehandling av udislo-kerte eller minimalt dislokerte skafoidfrak-turer. Kombinasjon med andre håndrots-skader, dislokasjon over 1 mm, manglende behandling i fire uker eller ingen tegn til tilheling etter fire måneder gir operasjons-indikasjon. CT kan gi verdifull informasjon om tilhelingen. Ved særlig behov for rask mobilisering kan skruerosteosyntese ved udislokerte skafoidfrakturer forsvares, for-utsatt grundig informasjon og aksept av den forøkte risikoen for komplikasjoner.

Derimot er vi helt enig med Hove (1) om at avdelinger som behandler slike frakturer, må ha rask tilgang til MR. Erfaringene fra Oslo skadelegevakt bekrefter at kun 15 % av pasientene som gipsbehandles for klinisk mistenkt skafoidfraktur, har positivt pri-mærrøntgenfunn. Ved negativt røntgenfunn viste MR 25 % skafoidfraktur, 14 % brudd i tilgrensende knokler, 22 % skade på det subkondrale bein (bone bruise) og 38 % ingen skjelettskade (4). I vårt noe haltende helsevesen bør hovedutfordringen være å sikre pasientene tidlig MR for å avdekke bruddene fremfor å være så opptatt av at flere skal opereres.

#### Magne Røkkum

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

#### Knut Melhuus

Oslo skadelegevakt

#### Litteratur

1. Hove LM. Håndrotsbrudd – på tide med ny praksis! Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 176.
2. Yin Z-G, Zhang J-B, Kan S-L et al. Treatment of acute scaphoid fractures. Systematic review and meta-analysis. Clin Orthop Rel Res 2007; 460: 142–51.
3. Vinnars B, Pietreanu M, Bodestedt Å et al. Non-operative compared with operative treatment of acute scaphoid fractures. A randomized clinical trial. J Bone Joint Surg Am 2008; 90: 1176–85.
4. Glad TH, Melhuus K. Scafoidfrakturer ved Oslo skadelegevakt. Ortopedisk høstmøte, 2008. Oslo: Den norske legeforening, Norsk ortopedisk forening, 2008.

#### L. M. Hove svarer:

Magne Røkkum & Knut Melhuus viser bl.a. til «nyere studier» som er fra årene 1992–97 (1). I disse studiene undersøkte man imidlertid pasienter som hadde fått utført *åpen* kirurgi, og ikke perkutan operasjon med kanylert skruer som jeg argumenterte for.

Problemet med skafoidfrakturer har vært at man kun har vært opptatt av å få bruddet til å tilhele. Man har lagt på gips uten å gjøre forsøk på å reponere en fraktur med noe dislokasjon. Dette fører til at et betydelig antall brudd tilheler med feilstilling (humpback deformity). Dette gir ofte langvarige eller permanente smerter fra håndleddet. Jeg har selv etterundersøkt en del gipsede pasienter, og om lag halvparten hadde smerter to år etter bruddet. Ved perkutan osteosyntese kan man lett reponere frakturen med ledepinnen.

De siste årene er det publisert en rekke studier med perkutan operasjonsteknikk med en tilhelingsrate på 100 %. Disse studiene er også referert til i undersøkelsen til McQueen og medarbeidere, som viste at skruerfikserte pasienter hadde en gjennomsnittlig sykmeldingstid på 27 dager mot 80 dager i den gipsede gruppen (2). Andre studier viser åtte dager sykmelding og 43 dager til tilheling i skruegruppen mot 55 dager sykmelding og 74 dager til tilheling i konservativ gruppe (3).

Røkkum & Melhuus hevder at den opera-tive metoden er vanskelig. Da tror jeg neppe de kan ha prøvd den nye perkutane teknik-ken med kanylerte skruer som er utrolig enkel. I våre naboland bruker en assistent-lege i gjennomsnitt ca. 20 minutter på en slik operasjon.

Man skal heller ikke se bort fra den ulempen det er for mange pasienter å gå med gips i månedsvis. Vi opplever derfor i økende grad at pasientene ber om å bli operert fremfor å få konservativ behandling.

På det forrige kurset i håndkirurgi for spesialistkandidater stilte jeg følgende spørsmål til auditoriet «Hvis dere selv får en skafoidfraktur, vil dere da gipses eller ha en perkutan operasjon med kanylert skruer?» De ti foreleserne og 90 % av kurs-deltakerne ønsket operativ behandling. Da bør vi også kunne tilby denne formen for behandling til våre pasienter.

#### Leiv M. Hove

Haukeland universitetssykehus

#### Litteratur

1. Vinnars B, Pietreanu M, Bodestedt Å et al. Non-operative compared with operative treatment of acute scaphoid fractures. A randomized clinical trial. J Bone Joint Surg Am 2008; 90: 1176–85.
2. McQueen MM, Gelbke MK, Wakefield A et al. Percutaneous screw fixation versus conservative treatment for fractures of the waist of the scaphoid. J Bone Joint Surg Br 2008; 90: 66–71.
3. Arora R, Gschwentner M, Krappinger D. Fixation of nondisplaced scaphoid fractures: making treatment cost effective. Prospective controlled trial. Arch Orthop Trauma Surg 2007; 127: 39–46.

## Regelrytteri i blåreseptordningen

I Tidsskriftet nr. 8/2009 viser Gro Hillestad Thune at rigide regler kan virke mot sin hensikt, og skade den som skulle beskyttes av dem (1). Hun oppfordrer leger til å praktisere på grunnlag av egne medisinskfaglige vurderinger, medmenneskelighet og sunn fornuft.

Jeg ønsker å utvide Thunes bekymringer til å gjelde myndighetenes krav om valg av legemidler på blåresept. Staten har satt opp svært detaljerte lister over medikamenter legene skal bruke til gitte tilstander. Disse listene er satt opp på grunnlag av pris og ikke på grunnlag av beste medisinske behandling. Jeg har mange ganger kommet i en etisk og medisinsk problemstilling: Dersom jeg følger regelverket, vil min pasient få en mindreverdige behandling, en behandling jeg selv aldri ville hatt, en behandling jeg ikke ville gitt min kone eller mine barn. Men min ubemidlede minstepensjonist må ta til takke med et slikt preparat uten at han eller hun har mulighet til å betale ekstra for å få et preparat som er i samsvar med beste medisinske praksis. Grunnet økende detaljstyring fra myndig-hetene, vil legen oftere og oftere komme i konflikt mellom å være tro mot regelver-ket og å være tro mot det å utøve legeyrket i samsvar med beste medisinske praksis. Vi må aldri komme til det punkt at legene gir etter for myndighetskrav når slike krav stri-der mot det som er pasientens beste. Jeg vil oppfordre alle praktiserende leger til å lese innlegget til Gro Hillestad Thune en gang til. Juristeriet må stanses i starten!

#### Ole Terland

Indre Arna

#### Litteratur

1. Thune GH. Vis klør mot juristeriet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 769.