

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 hypertensivere?

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-