

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Storcellet granulær lymfocyt-leukemi

I en interessant og oversiktlig artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2009 påviste Silje Michalsen og medarbeidere at 21 % av pasientene med storcellet granulær lymfocyt-leukemi hadde revmatoid artritt. Revmatoid artritt er den hyppigste komorbidityten man finner ved denne leukemiformen (1). Ti pasienter hadde splenomegali ved diagnostidspunktet og åtte pasienter var splenektomert før diagnosen storcellet granulær lymfocyt-leukemi ble stilt. Indikasjonene for gjennomført splenektomi var uklare. Det ville være interessant å vite forekomsten av revmatoid artritt hos disse 18 pasientene, og om noen av dem tidligere hadde fått diagnosen Felty's syndrom, en triade bestående av revmatoid artritt, leukopeni (nøytropeni) og varierende grad av splenomegali (2). Splenektomi har tidligere vært behandling for syndromet, men er vel blitt erstattet av medikamentell behandling (3). Selv om skillet mellom storcellet granulær lymfocyt-leukemi og Felty's syndrom tidligere er kort omtalt i Tidsskriftet (4), er det ønskelig med en differensialdiagnostisk grenseoppgang på bakgrunn av nyere kunnskap.

Odd Kildahl-Andersen
Harstad

Litteratur

1. Michalsen S, Schrupf E, Beiske K et al. Storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1098–102.
2. Moosig F, Schoch R, Kneba M. Die T-large Granular Lymphocyte Leukämie (T-LGL-Leukämie) – Eine wichtige Differenzialdiagnose zum Felty-Syndrom. Z Rheumatol 2006; 65: 447–51.
3. Burks EJ, Loughran TP. Pathogenesis of neutropenia in large granular lymphocyte leukemia and Felty syndrome. Blood Rev 2006; 20: 245–66.
4. Berentsen S, Bruslerud Ø, Ulvestad E. Storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1045–8.

S. Michalsen og medarbeidere svarer:

Vi er enig med Odd Kildahl-Andersen at det ville ha vært interessant å få avklart prevalensen av Felty's syndrom blant våre pasienter med storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Hos 11 av våre pasienter var det godt dokumentert at de også hadde revmatoid artritt, men vi hadde begrenset tilgang til journaldokumentasjon for flere av pasientene som inngikk i materialet. Vi kan

derfor ikke utelukke at flere enn disse 11 pasientene hadde revmatoid artritt. Pga. mangelfull journaldokumentasjon (pasienter som ikke hadde vært til klinisk undersøkelse ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet) kan vi heller ikke si med sikkerhet hvor mange av våre pasienter som hadde granulocytopeni, revmatoid artritt og splenomegali. Så vidt vi kjenner til hadde ingen av pasientene eksplisitt fått stilt diagnosen Felty's syndrom, men det er åpenbart at noen av pasientene tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for det sykdomsbildet.

Geir E. Tjønnfjord
Silje Michaelsen
Elisabeth Schrupf
Klaus Beiske
Anne Tierens
Oslo

Vigdis Stenberg
Hønefoss

Solide retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer

Tor Ole Kjellelland er i Tidsskriftet nr. 13/2009 kritisk til at de nasjonale retningslinjene for individuell forebygging av hjerte- og karsykdommer anbefaler statiner som primærforebyggende tiltak (1, 2).

Retningslinjene er et resultat av flere års arbeid som har omfattet gjennomgang av tilgjengelig litteratur og egne metaanalyser. Disse metaanalysene støtter bruken av statiner i primærprofylakse hos pasienter med økt risiko. Det samme gjør også en helt ny metaanalyse publisert i *BMJ* (3).

Faggruppen som har utarbeidet retningslinjene er trygg på at anbefalingen er tuftet på solid vitenskapelig grunnlag. Retningslinjene presiserer at kolesterolsenkende medisiner skal gis til dem som har forhøyet risiko og som vil ha klar leveårsgevinst ved behandling. Personer med gjennomsnittlig eller lav risiko skal ikke tilbys medikamentell behandling. Alle skal imidlertid få råd om sunn livsstil, inkludert mosjon, kosthold og røykestopp.

Vi er enige om at unødvendig sykkelgjøring ikke er bra, men vi tror faktisk retningslinjene vil føre til det motsatte: Personer med høy risiko vil føle seg tryggere når de vet at de får behandling som effektivt forebygger alvorlig sykdom.

Tor Ole Kjellellands synspunkter bør ikke få gjennomslag – verken hos leger, pasienter eller i opinionen.

Steinar Madsen
Bjørn Gjelsvik
Sverre E. Kjeldsen
Tor Ole Klemesdal
Eivind Meland
Stein Narvesen
Ole Frithjof Norheim
Inger Njølstad
Serena Tonstad
Frøydis Ulvin
på vegne av retningslinjegruppen
Oslo

Litteratur

1. Kjellelland TO. Individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1353.
2. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiv/00116/Nasjonale_Retningsl_116709a.pdf [2.7.2009].
3. Brugs JJ, Yetgin T, Hoeks SE et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 338: b2376. doi: 10.1136/bmj.b2376.

Årsaker til globalisering av klinisk forskning

Det er viktig å diskutere etiske problemer ved globaliseringen av klinisk forskning, slik det ble gjort i en kommentar i Tidsskriftet nr. 9/2009 (1) som hovedsakelig refererte en artikkel i *New England Journal of Medicine* (2). Det er et faktum at en større og større del av den kliniske legemiddelforskningen utføres i Russland (og andre tidligere sovjetstater), India, Kina, Latin-Amerika og Det fjerne østen, de såkalte nye markedene («emerging markets»).

Kritikerne fremstiller flyttingen som utelukkende kostnadsmotivert – forskningen flyttes fra høykostland i Europa og Nord-Amerika til lavkostland. Det er imidlertid ikke riktig, som Riska gjør, å bruke begrepet «utviklingsland». De landene dette gjelder, er først og fremst Russland, India, Kina, Brasil og Sør-Korea – altså store, folkerike stater som er rimelig utviklet og i økonomisk vekst.

Det er riktig at det er billigere å gjøre studier i disse landene, men det er langt fra eneste årsak til utflyttingen av forskningen. Den internasjonale industrien ønsker å investere i nye markeder hvor det