

Dette utsagnet er en sannhet med modifikasjoner, idet vi allerede for mange år siden var opptatt av problemstillingen og gjorde tilsvarende funn.

Av 410 pasienter med akutt hjerteinfarkt som ikke fikk trombolytisk behandling ved innleggelsen, hadde 72 pasienter brukt en ACE-hemmer før innleggelsen (3). Det ble utført multivariatanalyse som viste at bruk av ACE-hemmere var ledsaget av redusert maksimal plasmakreatinkinase (CK_{max})-verdier (730 U/l mot 1056 U/l hos ikke-brukere; $p < 0,001$) og maksimal plasmalaktatdehydrogenase (LD_{max})-verdier (795 U/l mot 906 U/l; $p = 0,044$). I en annen studie ble 299 hypertensive pasienter med et akutt hjerteinfarkt inkludert (4). Hos pasienter som ved innleggelsen sto på ACE-hemmere var oddsratio for død under oppholdet 0,44 ($p = 0,045$), dvs. 56 % lavere dødelighet enn hos dem som ikke fikk slik behandling. Sammenhengen mellom infarktstørrelse og overlevelse etter hjerteinfarkt er veldokumentert: Jo større infarkt, jo større risiko for død (5).

Flere studier indikerer altså at forutgående behandling med RAS-hemmere har en beskyttende effekt hos pasienter som får akutt hjerteinfarkt, idet både infarktstørrelse og dødelighet under hospitalisering ble redusert.

**Knud Landmark
Ivar Aursnes
Elena Kvan
Åsmund Reikvam**

Farmakologisk Institutt
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Hem E. RAS-hemmer kan redusere infarktstørrelse. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2213.
2. Shariff N, Dunbar C, Matsumura ME. Relation of pre-event use of inhibitors of the rennin-angiotensin system with myocardial infarct size in patients with a first ST-segment elevation myocardial infarction. Am J Cardiol 2010; 106: 646–9.
3. Landmark K, Aursnes I. Infarct size as assessed by peak enzyme levels is reduced in patients who are using angiotensin-converting enzyme inhibitors at the onset of infarction. Clin Drug Invest 2000; 20: 415–23.
4. Landmark K, Aursnes I, Kvan E et al. Antihypertensive therapy at the onset of an acute myocardial infarction predicts in-hospital mortality. Blood Press 2003; 12: 40–5.
5. Pitt B. Prognosis after acute myocardial infarction. N Eng J Med 1981; 305: 1147–8.

Atraumatiske skulderlidelser

Atraumatiske skulderlidelser av Brox og medarbeidere i nr. 21/2010 er en nyttig oversiktsartikkel (1). Forfatterne har gjort et godt arbeid. Men noen kommentarer er allikevel på sin plass.

Under sykehistorie står det følgende: «Subakromiale smerter er vanligvis lokalisert til lateralsiden av overarmen (...)»

Videre står det: «Symptomene (ved subakromiale smerter) kan initialt likne adhesiv kapsulitt (...)». I *Lærebok i allmennmedisin* (2) og i *Norsk Elektronisk Legehåndbok* (3) står dette etter min mening på en bedre måte. Her sier man at skuldermertene refereres til C5-dermatomet. Smertene kan sitte i skulderen, kan stråle med lateral-siden av overarmen og er smertene riktig ille og har vart en tid, så kan de strekke seg helt ned til hånden. Dette gjelder uansett om lidelsen sitter i glenohumeralledet, i bursaen, i supraspinatus, infraspinatus eller subscapularis. Det samme sier Cyriax (4, 5). Men dette gjelder ikke akromioklavikulærledet, som vanligvis er en C4-struktur og dermed gir smerter lokalisert til området rundt dette leddet.

Fysikalskmedisinere har et merkelig forhold til James Cyriax. I det ene øyeblikket er han første referansekilde i spesialistutdanningen i fysikalsk medisin. Og selv om han var det i ganske mange år, så er det svært få fysikalskmedisinere som har lært seg «ortopedisk medisin», som Cyriax kalte systemet sitt. I neste øyeblikk er Cyriax «død» for fysikalskmedisinere – i motsetning til for mange allmennpraktikere som umiddelbart har forstått at dette systemet ofte fungerer meget bra i praksis.

At Cyriax-systemet er erfaringsbasert, som det hevdes i artikkelen, er bare delvis riktig. Cyriax var meget flink til å oppdatere sitt system med nytt kunnskapsgrunnlag, se bare på referanselisten i hans lærebok (4).

Men så er ikke Cyriax helt død allikevel. Cyriax sniker seg også inn i denne artikkelen når kapsulært mønster nevnes uten at Cyriax blir kreditert som referanse. Det var Cyriax som først beskrev kapsulært mønster, som er en fantastisk oppdagelse. Det gjør all skulderdiagnostikk mye lettere. Men da må han også krediteres for det. Og selv om man ikke har kreditert opphavsmannen, så burde man ha beskrevet kapsulært mønster korrekt. Det har man heller ikke gjort.

Ellers er det litt forvirrende at man i artikkelen henviser til lærebok i fysikalsk medisin (6) der man presenterer supraspinatustendinopati som en diagnosemulighet, mens man i artikkelen ikke nevner denne viktige tendinopati annet enn når ruptur har skjedd. Det vil jo være nærliggende å tenke at det ofte kan ta tid fra tendinopati initieres til rupturen skjer, slik Cyriax beskriver. Så jeg synes læreboken på dette området er mer interessant enn artikkelen.

Kurt Andreassen
OMI-Klinikken

Litteratur

1. Brox JI, Sunde P, Schrøder CP et al. Atraumatiske skulderlidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2132–5.
2. Hunsbæk S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
3. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <http://legehandboka.no/> [31.1.2011].

4. Cyriax JH. Textbook of orthopaedic medicine. 8. utg. London: Baillière Tindal, 1982.
5. Ombregt L, Bisschop P, ter Veer H. A system of orthopaedic medicine. London: Churchill Livingstone, 2003.
6. Juel NG. Norsk fysikalsk medisin. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.

J.I. Brox og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentarer og beklager at ikke Cyriax er referert for sin beskrivelse av kapsulært mønster.

I artikkelen konkluderte vi med at klassifisering basert på kliniske enkelttester og bildediagnostikk har begrenset verdi ved atraumatiske skulderlidelser. Vi anbefalte en kombinasjon av sykehistorie og noen få enkle kliniske tester (som til dels også brukes i Cyriax-metodikk) ved undersøkelse av pasienter med atraumatiske skulderlidelser.

Dette gjelder også ved tendinopati i rotatorcuffen (for eksempel supraspinatus-tendinopati), som i artikkelen og i klinisk praksis omfattes av diagnosen subakromiale smerter.

Jens Ivar Brox

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Per Sunde

Klinikk Frogner

Cecilie Piene Schrøder

Lovisenberg diakonale sykehus

Kaia Engebretsen

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Øystein Skare

Lovisenberg diakonale sykehus

Ole Marius Ekeberg

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Helse Fonna

Niels Gunnar Juel

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Vertikale MR-maskiner

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 22/2010 omtaler Kvistad & Espeland kort bruk av vertikale MR-maskiner slik at pasienter med spinal stenose kan undersøkes i stående stilling.

Det ville kanskje være vel så interessant å undersøke pasienter som får mye av sine plager i sittende stilling mens de sitter. Eller man kan undersøke pasienter som får sine smerter mest i stående bøyde stillinger i flekterte posisjoner mens de står. Mange pasienter må reise seg etter en tids sitting for å gå litt rundt for smertene forsvinner. En del pasienter har nytte av elektrisk heve-senke-bord i kontorjobber. Ikke så få pasienter må være forsiktig med aktiviteter i halvbøyde stillinger, som støvsuging og gulvvask og spesielt løfting av tunge gjenstander med krum rygg og strake bein (1, 2). Dette er ofte pasienter som får dia-

gnosen uspesifikke ryggsmarter etter MR, men som kan ha en disklesjon som ikke oppdages på konvensjonell MR i liggende. Skivetrykket øker mer bakover i sittende og i bøyd stående stilling enn det gjør i rak stående og i liggende stilling (3, 4).

Jeg har så langt ikke hørt om MR-maskiner som kan brukes til undersøkelser i bøyd stående stillinger. Men det finnes MR-maskiner som kan undersøke pasienter i sittende stilling. I Europa finnes disse så vidt jeg vet kun i London, Hannover og Zürich. Det finnes også slike maskiner i USA. Noen norske pasienter har allerede gjennomført slike undersøkelser i utlandet.

Jeg er fullstendig klar over at det ikke foreligger dokumentasjon på området. Men slike tilstander innebærer mye lidelse for mange pasienter og store kostnader for samfunnet. En del av pasientene får langvarige plager. Når intet vises på vanlig MR, får noen etter hvert ikke bare store problemer med ryggen, men også med NAV og med egen selvfølelse. Samlet sett burde dette tilsi at vi i Norge burde ta oss råd til en slik maskin. Det ville ha vært et stort fremskritt om man forsket seg frem til bedre MR-undersøkelser for denne pasientgruppen. Slik ville vi gjøre vår del av jobben.

Kurt Andreassen

OMI-klinikken
Oslo

Litteratur

1. Kvistad KA, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmarter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2256–9.
2. Ombregt L, Bisschop P, Herman J. A system of orthopaedic medicine. 2. utg. New York, NY: Churchill Livingstone, 2003.
3. Cyriax J. Textbook of orthopaedic medicine. 8. utg. Edinburgh: Baillière Tindall, 1982.
4. Nachesom AL. Disc pressure measurements. Spine 1981; 6: 93–7.

Hur ska man definiera dödshjälp?

Det är ovanligt och inte god ton att författare reagerar på recensioner av deras böcker. Vi vill trots det kommentera Reidun Førdes recension av vår bok *Medicinska etikens ABZ* i Tidsskriftet nr. 23/2010 (1).

Førde anser att definitionen av vissa termer är präglade av våra egna värderingar, vilket leder till mer förvirring än klarhet. Det vore, om det stämde, en allvarlig invändning mot en bok som är tänkt



att fungera som uppslagsverk i medicinsk etik. Vi menar dock att det inte stämmer.

Det gäller termer relaterade till bland annat eutanasi. Førde menar att vi säger att eutanasi innebär att 'läkare gör sådan behandling att patienten dör en smärtfri död'. Enligt Førde kan det sista «like gjerne beskrive god dødspleie eller lindrende sedering». Førdes recension är i detta avseende problematisk av två skäl:

a) När Førde citerar oss, skär hon bort sista delen av meningen. Det vi faktisk säger är att det handlar om att «läkare ger sådan behandling att patienten dör en snabb och smärtfri död, för att på detta sätt få slut på sitt lidande.» Sista delen av meningen hänvisar till det övergripande målet med eutanasi. Det övergripande målet med eutanasi är ju inte att ha ihjäl patienten – det är att på patientens begäran befria denna från ett outhärdligt lidande. Det som skiljer sederingsterapi och eutanasi är *metoderna* och *delmålet* med behandlingarna. Delmålet med eutanasibehandlingen är att hjälpa patienten att dö snabbt och smärtfritt. Delmålet med sederingsterapi är att sedera patienten. Men det övergripande målet med både åtgärderna är att patienten ska slippa att lida.

b) Enligt Europeiska palliativa föreningens dokument om sederingsterapi så definieras eutanasi som en handling där målet är att döda patienten genom administration av letala doser av ett läkemedel. Detta till skillnad från sederingsterapi där målet anges vara lindring av lidande. Här använder man alltså vid definitionen av eutanasi delmålet med åtgärden och vid sederingsterapi det övergripande målet. Med denna definition av eutanasi lyckas man få till stånd en skenbar skillnad mellan eutanasi och sederingsterapi (2). Men skillnaden är bara skenbar. Om man fokuserar på det övergripande målet med både eutanasi och sederingsterapi, så finns ingen skillnad.

Vi undrar om Førdes bedömning av vår definition av eutanasi kan vara influerad av dessa otydligheter i definitionen så som de förekommer i de palliativa skrifterna?

Niels Lynøe
Niklas Juth

Karolinska institutet
Stockholm

Litteratur

1. Førde R. Sentrale temaer i medisinsk etik. Anmeldelse av: Lynøe N, Juth N. Medicinska etikens ABZ. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2383.
2. Juth N, Lindblad A, Lynøe N et al. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. BMC Palliat Care 2010; 9: 20.

Eldre leger og lisens

Jeg takker president Torunn Janbu for svar i Tidsskriftet (1) på mitt innlegg i nr. 1/2011 (2).

Dessverre svarer hun ikke på mitt konkrete spørsmål om å få en juridisk vurdering av lisens/ autorisasjonssaken. Uten at hun har skrevet det i klartekst, oppfatter jeg svaret som at hun ikke ønsker å ta tak i dette på en ny måte. Det hun skriver er gammelt nytt som vel ikke har brakt saken til noen forbedring.

Hun ser på tilbakekallelsen av en leges lisens omtrent likt med at en arbeidstaker ikke har krav på å få fortsette i sin jobb etter 70 år. Slik oppsigelse anses ikke for å være aldersrelatert diskriminering og er, slik hun ser det, sidestilt med tilbakekallelse av legelisensen. Skulle denne sammenlikningen ha noe for seg, måtte det være at leger etter en bestemt alder ikke skal kunne kreve honorar, i alle fall ikke som sugerør til seg selv fra offentlige kasser.

En ordning slik den praktiseres i Danmark (3), bibehold av lisens, men ikke honorering, vil kunne være et mål også her i landet. Men når presidenten ikke har mot til å svare ja eller nei til en juridisk vurdering, står nok hele saken i stampe. Det passer sikkert departementet perfekt.

Jeg og Eldre legers forening får vente i håpet om at i alle fall presidenten ikke er aldersdiskriminerende. Tiden vil vise det.

Steinar Hagen
Asker

Litteratur

1. Janbu T. Eldre leger og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 111.
2. Hagen S. Hvor er Legeforeningen? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 13–4.
3. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1917–20.

Behandling av svelgevansker etter strålebehandling

I Tidsskriftet nr. 21/2010 har Mosberg & Rivelrud en kronikk om svelgevansker etter strålebehandling (1). De observerer blant annet at helsepersonell som møter pasienter med slike plager har «varierende grad av kjennskap til mulige tiltak». Vi er helt enig i dette og synes derfor det er underlig at de helt har utelatt hyperbar oksygenbehandling som ett av flere mulige tiltak.

Hyperbar oksygenbehandling er definert som en prosedyre der man puster inn 100 %