

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

- Hem E. RAS-hemmer kan redusere infarktstørrelse. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2213.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 allmenmedisin (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 ned 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

- Brox JI, Sunde P, Schrøder CP et al. Atraumatiske skulderlidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2132–5.
- Hunskår S, red. Allmenmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok. <http://legehåndboka.no/> [31.1.2011].

- Cyriax JH. Textbook of orthopaedic medicine. 8. utg. London: Baillière Tindal, 1982.
- Ombregt L, Bisschop P, ter Veer H. A system of orthopaedic medicine. London: Churchill Livingstone, 2003.
- 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 supraspinatustendinopati), 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 før 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-