

Ø. Midtvedt og medarbeidere svarer:

Vi takker professor Eivind Rødahl for gode kommentarer og innspill til vår kasuistikk om en pasient med Erdheim-Chesters sykdom. Rødahl etterlyser eventuell behandlingsrespons på vemurafenib (Zelboraf) hos vår pasient. Vi kan meddele at det ble startet opp med vemurafenib 480 mg to ganger daglig. Pasienten opplevde selv rask behandlingsrespons med tilbakegang av skjelettsmerter, bedret almenntilstand og syn. PETCT utført to måneder etter oppstart av vemurafenib viste tegn på god behandlingsrespons med tilbakegang av fluorodeoxyglykose (FDG)-opptak i benmarg, periaortalt, perirenalt og retroperitonealt, men uendret FDG-opptak i begge orbitahulter. MR orbita utført fire måneder etter oppstart viste uendret oppfylning intraorbitalt, men kontroll av synsfelt hos øyelege viste bedring av synsfeltet.

Til tross for behandlingen med vemurafenib har det dessverre tilkommet postrenal nyresvikt. Pasienten fikk innlagt bilateral JJ stent fem måneder etter oppstart av vemurafenib. En skal være forsiktig med vemurafenib ved nyresvikt, og dosen er derfor halvert. Nyrefunksjonen er i bedring, og vi håper at den positive utviklingen fortsetter.

Pasienten har gitt samtykke til at innlegget blir publisert.

Øyvind Midtvedt
omidtved@ous-hf.no
Jan Tore Gran
Hanne Solheim
Eva Kirkhus
Signe Spetalen

Øyvind Midtvedt (f. 1964) er spesialist i revmatologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Tore Gran (f. 1949) er dr.med., spesialist i revmatologi, seksjonsoverlege og professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hanne Solheim (f. 1965) er spesialist i nukleærmedisin med spesialkompetanse på PET-CT. Hun er lege i spesialisering i radiologi. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eva Kirkhus (f. 1960) er spesialist i radiologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Signe Spetalen (f. 1970) er ph.d., spesialist i patologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kronikken «Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett» (1) har ført til en debatt mellom professor Lars Jacob Stovner og artikkelforfatterne som har gått over flere måneder. Debatten i sin helhet kan leses i kommentarfeltet under kronikken på Tidsskriftets nettsider.

Re: Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

Utgangspunktet for debatten er høyesterettsdommen og om premisene for den var korrekte, slik Sjaastad og Hesselberg diskuterte i sin kronikk (1). Da er det rett å se på det grunnlag som Høyesterett ble forelagt (begge Litauenstudiene), og det er irrelevant at Sjaastad og Hesselberg «i hovedsak beskjeftiget seg» med den første Litauenstudien, og «fortsett gjerne vil holde seg til den». Det de skriver i sin kronikk under overskriften «Litauen-undersøkelsene» er følgelig feilaktig («bilførerne hadde vært utsatt for påkjørsler bakfra i gjennomsnitt 21,7 måneder tidligere»). Høyesterett fikk presentert et materiale som blant mye annet refererte til begge studiene fra Litauen, og der man i den ene identifiserte bilførere en uke etter at de var påkjørt bakfra.

Nok en gang: Høyesterett har ikke bedt de sakkyndige om å vurdere prognosen ved et sykdomsbilde, men etter en hendelse: Kan senere plager relateres til ulykkehendelsen mange år tidligere? Derfor er Litauenstudiene, som tar utgangspunkt i hendelser

(påkjørslar bakfra), mer relevante enn studier som tar utgangspunkt i personer med sykdom eller symptomer som hodepine og nakkesmerter.

Jeg har aldri sagt at det var en fordel med mannsovervekt, men at det iallfall ikke gjorde studiene irrelevante i Høyesterettsaken, siden den gjaldt en mann. For den generelle debatten om nakkesleng er mannsovervekten antakelig ikke av stor betydning siden langtidsprognosen etter påkjørsel bakfra ut fra andre studier ikke later til å være ulik hos menn og kvinner.

Sjaastad og Hesselbergs kronikk er lite eksplisitt på mange punkter. For eksempel, mener de at det er metodisk korrekt at: «I de fleste nakkeslengsmaterialer har den skadete selv oppsøkt helsevesenet og derved blitt definert som pasient»? Eller mener de som undertegnede at dette gir opphav til helt uoversiktlig seleksjonsskjevhet i forhold til årsaksspørsmålet? Eller har de et tredje standpunkt? Og videre, hva menes med at en formulering i dommen «kan synes å være en undervurdering av det sublime med å være kliniker»? Og hva med utsagnet om at deres syn deles av «erfarne nevrologer og hodepinespesialister internasjonalt»? Mange slike personer deler mitt syn, men hvilken relevans har det? Videre, i siste avsnitt av kronikken, påstår det at den «alminnelige fornuft tilsier at det er en årsakssammenheng mellom traume og sensymptomer». Mener de at man som sakkyndig i Høyesterett skal foreta gallupundersøkelser blant folk flest for avdekke årsaker til sykdom og plager? Sjaastad og Hesselberg kjenner antakelig til at den samme alminnelige fornuft i tidligere tider mente at sykdom var forårsaket av onde ånder.

Denne diskusjonen går nå i ring. Jeg tror den kan ha vært av verdi for å tydeliggjøre skillelinjer når det gjelder forståelse av vitenskapelighet, og at den kan være avklarende dersom noen i lignende saker fremmer synspunkter på tolkning av data som ligner de Sjaastad og Hesselberg har.

Lars Jacob Stovner
lars.stovner@ntnu.no

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er professor ved Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Interessekonflikter: Forfatteren har i 2013 mottatt honorar for foredrag om nakkesleng i Personskadeforbundet.

Litteratur

1. Sjaastad O, Hesselberg JP. Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 721–4.

O. Sjaastad & J.P. Hesselberg svarer:

Vi har ifølge Stovner ment at andre artikler i Litauen-serien – «ikke SKAL omtales» (altså et påbud). Det har vi selvsagt ikke skrevet. Vi skrev at vi i hovedsak har beskjeftiget oss med den første, skjellsettende artikkelen og at vi i fortsettelsen gjerne ville holde oss til den, av nevnte grunner. Det er en himmelvid forskjell mellom disse to utsagnene. Kanskje kunne Stovners presisjonsnivå ha vært bedre.

Sykdomsbildet etter nakkesleng må være av en viss alvorlighet for at betegnelsen nakkesleng skal være berettiget. Vårt syn på dette er beskrevet i enkle, lettfattelige ordelag tidligere, og det kan ikke være noen grunn til å gjenta dette. Noen alvorlighetsgradering lot seg ikke inkorporere i Litauen-studien. Det gjør den eo ipso til en umulighet. Stovners skrivelser om kjønnsfordelingen ved nakkesleng synes vi blir mer og mer underfundige.

Stovner har nå funnet frem til et nakkeslengsmateriale med en viss mannsovervekt. Så hva? Det at det gjennomsnittlig er ca. $\frac{2}{3}$ flertall av kvinner i nakkeslengsmaterialer, indikerer jo ikke at alle nakkeslengsmaterialer har denne kjønnsratio; det kan til og med være en viss mannsovervekt. I Litauen-studien var imidlertid mannsdominansen på 78 % (i et senere materiale i serien var den på hele 86 %). Dette er langt hinsides den kjønnsratio som finnes

>>>

i andre nakkeslengsmaterialer. En uriktighet blir ikke mer riktig ved å gjentas.

I aktuelle Høyesterettsdom har vi påvist mange, litt uriktige påstander. Små hver for seg, men alle har gått i den skadedes disfavør.

Stovner har fra første stund fremhevet at han ikke var interessert i å diskutere våre synspunkter, som angivelig var for «private», hva han nå måtte mene med det. Han ville derfor benytte denne anledningen til å propagandere for Litauen-studien, samt fremme egne synspunkter. Utspillene har stort sett vært hans. Vi har bare svart.

Det kan vel hende at det med tiden vil vise seg at nakkesleng per se ikke leder til særlige organiske plager, men Litauen-studiene bidrar ikke til slik kunnskap. Vi føler nå at det ikke er riktig å oppta mer spalteplass siden ingen endring i Stovners grunnholdning har funnet sted, og ingen nye synspunkter synes å fremkomme.

Ottar Sjaastad
ellhed@online.no
Johan Petter Hesselberg

Ottar Sjaastad (f. 1928) er dr.med., spesialist i nevrologi, pensjonert overlege og professor.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Petter Hesselberg (f. 1932) er spesialist i nevrologi og pensjonert overlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Klimakamp er helsearbeid

I en kronikk i Tidsskriftet nr 16/2014 skriver professor emeritus Gunnar Kvåle at leger har ansvar for å bidra til å hindre klimaendringer med meget alvorlige konsekvenser for liv og helse (1). Han nevner energisparing og overgang fra fossilt brennstoff til mer bærekraftige energiformer som viktige tiltak.

Dette er gode poenger, og noen av de viktige politiske grepene som er nødvendig. Hver og en av oss kan imidlertid også gjøre en viktig innsats – både gjennom vår yrkesutøvelse som leger og egen livsstil. Ved å dreie i retning av et mer plantebasert kosthold, med redusert inntak av kjøtt og animalske produkter, kan vi bidra til betydelig reduksjon i klimagassutslipp og i tillegg spare energi, vann- og matressurser. Slike kostendringer kan samtidig forebygge en stor andel av livsstilssykdommene og tidlige dødsfall.

I følge FNs klimapanel står produksjon av kjøtt og andre matvarer fra dyreriket for hele 18 % av verdens klimagassutslipp (2). Produksjon av kraftfôr til husdyr legger beslag på en stor andel av verdens mest knappe ressurs – rent vann, samt næringsrike matvarer som soya, korn og mais (3, 4). For å produsere ett kilo kjøtt bruker norsk industrilandbruk en stor mengde importert kraftfôr som kunne blitt brukt som mat både i Norge og i andre land – i tillegg til at mange områder som kunne blitt brukt til annen matproduksjon blir brukt til beitemark.

Kan vi mennesker leve av et plantebasert kosthold? Helsemyndigheter og de fleste forskere over hele verden har for lengst anerkjent at et kosthold bestående utelukkende av plantebasert (vegansk) kost beriket med vitamin B12 er fullverdig og innebærer en rekke helsefordeler (5). Amerikansk forening for ernæringsfysiologer, Academy of Nutrition and Dietetics, har for eksempel uttalt: «*It is the position of the American Dietetic Association that appropriately planned vegetarian diets, including total vegetarian or vegan diets, are healthful, nutritionally adequate, and may provide health benefits in the prevention and treatment of certain diseases. Well-planned vegetarian diets are appropriate for individuals during all stages of the life cycle, including pregnancy, lactation, infancy, childhood, and adolescence, and for athletes.*» (5).

Kostrådene utgitt av Nasjonalt råd for ernæring i 2011 anbefaler, i kostråd nummer én, et kosthold som hovedsakelig er plantebasert

(6). De nyeste nordiske næringsstoffanbefalingene, NNR 2012, sier at et plantebasert kosthold er assosiert med lavere risiko for flere sykdommer (7). Forskning har vist at vegetarianere har lavere risiko for å dø av hjerteinfarkt, lavere risiko for diabetes, fedme og visse typer kreft. Vegetarianere har i gjennomsnitt lavere blodtrykk, vekt og kolesterolverdier (5, 6). Ved diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet at grønnsaker og belgvekster bør ha en sentral plass i kosten (8). Også Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (9) og American College of Cardiology anbefaler et hovedsakelig plantebasert kosthold (10).

Vi som leger har et ansvar for å opplyse pasienter og befolkningen generelt om at et riktig sammensatt plantebasert kosthold er fullverdig og innebærer store helsefordeler.

Tetyana Kalchenko
tetk2003@yahoo.no
Lars Thore Fadnes

Tetyana Kalchenko (f. 1974) er lege og medlem i foreningen Helsepersonell for plantebasert kosthold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Thore Fadnes (f. 1982) er lege og helseforsker.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kvåle G. Klimakamp er helsearbeid. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1582–4.
2. FAO. 2006. Livestock's long shadow. www.fao.org/docrep/010/a0701e/a0701e00.HTM [1.9.2014]
3. Miljødirektoratet. Forslag til handlingsplan for norske utslipp av kortlevde klimadrivere. Rapport M-89/2013. <http://miljodirektoratet.no/no/Publikasjoner/2013/Desember-2013/Forslag-til-handlingsplan-for-norske-utslipp-av-kortlevde-klimadrivere/> [22.9.2014]
4. Mekonnen MM, Hoekstra AY. The green blue and grey water footprint of farm animals and animal products. Vol 1. Main Report. Value of water. Research report series No. 48. UNESCO IHE Institute for water education. 2010.
5. Craig WJ, Mangels AR. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1266–82.
6. Nasjonalt råd for ernæring. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer, 2011. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-2011.pdf> [1.9.2014]
7. Nordisk ministerråd, NNR-2012. Nordiske næringsstoffsanbefalinger, www.norden.org/sv/tema/nordic-nutrition-recommendation/ [1.9.2014]
8. Helsedirektoratet. Behandling av diabetes. <http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/diabeteskosthold/Vekt.aspx> [1.9.2014]
9. LHL. Spør ekspertene. Plantebasert kosthold. www.lhl.no/spor-eksperten/sporsmal/Plantebasert-kosthold/ [1.9.2014]
10. William KA. Vegan diet, healthy heart? American College of Cardiology in Touch Blog. http://blog.cardiosource.org/post/vegan-diet-healthy-heart/?WT.mc_id=cvnewsdgi [1.9.2014]

G. Kvåle svarer:

Jeg takker Kalchenko og Fadnes for en viktig kommentar til artikkelen *Klimakamp er helsearbeid* (1). Som det påpekes, kan leger gjennom kostholdsråd til pasienter og befolkningen generelt bidra både til bedre helse og til reduserte klimagassutslipp. I tillegg mener jeg det bør legges opp til en prispolitikk som avgiftsbelegger kjøtt og annet helse- og klimaskadelig kosthold, slik at et kjøttbasert kosthold blir dyrere og frukt, grønnsaker og annet plantebasert kosthold relativt billigere.

Regjeringen nedsatte i august en grønn skattekommisjon som skal vurdere hvordan en grønn skatteomlegging kan bidra til bedre ressursutnyttelse og til å oppfylle målene i klimaforliket (2). I denne sammenheng bør avgifter på klimaskadelig kosthold og landbruksproduksjon samordnes med avgifter som fremmer helse. Kostvaner er vanskelig å vende. Det er derfor nødvendig at prisforskjellene mellom klima- og helsemessig gunstig kosthold og alternativet blir så store at dette virker til en rask omlegging. Dette må komme i tillegg til folkeopplysning som begrunner hvorfor en slik omlegging er nødvendig.

Regjeringens målsetting er å kutte 8 millioner tonn CO2 innen 2020 (3). Målet blir ikke annet enn et fromt ønske så lenge ikke

>>>