

- Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Å stirre døden i hvitøyet

Takk til Materstvedt for den interessante og personlige fortellingen om «å stirre døden i hvitøyet» i Tidsskriftet nr. 6/2015 (1), og spesielt for hans rungende «nei» til å «akseptere døden». Jeg kjenner igjen denne motviljen blant foreldre til barn med trisomi 18, meg selv inkludert. Hvorfor i all verden skal vi «akseptere døden» på vegne av våre trisomibarn? Hvorfor skal vi ta til takke med et palliativt fokus, når det vi ønsker for våre barn er mulighet til å leve? For våre barn blir dessuten presset om å «akseptere døden» og det lindrende fokus med manglende vilje til behandling, til en selvoppyllende profeti.

Siri Fuglem Berg
sirifberg@gmail.com

Siri Fuglem Berg (f. 1969) er forsker ved Sykehuset Innlandet Helseforetak, Gjøvik.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Materstvedt LJ. Å stirre døden i hvitøyet. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 565–6.

Re: Pasienten i sentrum

«Bent Høie ønsker å skape pasienten si helseteneste» kan vi lese i et intervju med helseministeren i Tidsskriftet nr. 6/2015 (1). Pasientens helsetjeneste bør først og fremst bli bedre, ikke dårligere. Pasientens helsetjeneste må også, i tråd med spesialisthelsetjenesteloven, sikre alle pasienter et likeverdig tilbud, uansett hvor de bor eller oppholder seg. Det er urovekkende at statsråden gir uttrykk for at det er banalt at pasientene ønsker nærhet til spesialisthelsetjenesten, samtidig som han prøver å gi inntrykk av at han vil overføre mer makt til den enkelte pasienten. Den enkelte pasienten har et basalt ønske om å overleve. Det hjelper fint lite hvor god kvalitet det er på det sentraliserte spesialistsykehuset, hvis pasienten allerede er død ved ankomst.

For de mange pasientene rundt omkring i landet som allerede har mistet, eller står i fare for å miste, lokalsykehus og -avdelinger er det derfor ikke betryggende når statsråden sier at den medisinske utviklingen tilsier et spesialisert og sentralisert kirurgitilbud. Det er riktignok mye som kan sentraliseres, og planlagt behandling kan strengt tatt foregå hvor som helst i landet, eller for den del i utlandet.

Men det er ikke ved planlagt behandling avstanden til sykehuset er et problem, men ved akutsituasjoner. Likeverd og muligheter for alle handler ikke først og fremst om hvor lang tid det tar å få en hofteoperasjon, men om hvor lang tid det tar å få behandling for slag, hjerteinfarkt, hjertestans, pustestans og traumer. Prehospitale tjenester kan aldri erstatte akuttmottaket, og helikopter kan aldri erstatte bil og båt. Et sentralisert spesialistsykehus kan heller ikke veie opp for et akuttmottak uten kirurg på vakt.

Dersom statsråden mener alvor med at makt skal flyttes til pasienten, synes jeg det er på tide å begynne å lytte til de frustrerte pasient- og pårørende gruppene rundt omkring i landet som kjemper for å beholde de sykehusene og avdelingene de har og har hatt.

Hvis du gir pasienten makt og lytter til hva pasienten ønsker, vil pasientens helsetjeneste først og fremst bestå av nærhet til barne-

avdeling, fødeavdeling og akuttmottak med indremedisin og kirurgi, samt støttefunksjoner.

For å opprettholde pasientens helsetjeneste som et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud uavhengig av bo- eller oppholdssted, er sentralisering det motsatte av hva pasienten vil bruke sin makt til å oppnå. For å opprettholde pasientens helsetjeneste er det tvert imot nødvendig å desentralisere spesialisthelsetjenesten, slik at det er mulig å bygge opp og holde på kompetanse lokalt. Spesialister vil gjerne søke seg til små lokalsykehus med spisskompetanse, så lenge de ikke opplever de små sykehusene som nedleggingsstruet. Jeg mener mangel på spesialister i lokalsykehusene først og fremst er et politikerskapt problem. Med politisk vilje til å beholde og forsterke et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud i stedet for å rasere det tilbudet som er bygd opp over tid, vil spesialistene på nytt søke tilbake til de mindre lokalsykehusene, fordi de igjen vil være attraktive og faglig interessante kompetansearbeidsplasser.

Stig Ohrvik
stigohrvik@gmail.com

Stig Anders Ohrvik (f. 1970) er daglig leder.

Oppgitte interessekonflikter: Stiller til valg for Nordmørslista ved fylkes-tingsvalget 2015 i Møre og Romsdal.

Litteratur

1. Homlong L. Pasienten i sentrum. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 530–2.

Re: Ny og bedre medisin mot hjertesvikt

I Tidsskriftet nr. 3/2015 omtales en randomisert studie av et nytt legemiddel mot hjertesvikt (1). Studien er finansiert av Novartis og publisert i *New England Journal of Medicine* (2). Legemidlet er et kombinasjonspreparat (LCZ696) av angiotensin-2-reseptorantagonisten valsartan og en hemmer av enzymet neprilysin kalt sacubitril (AHU-377).

En lignende hemmer av både neprilysin og angiotensinkonverterende enzym (ACE), omapatrilat, ble trukket tilbake helt eller delvis pga. høy forekomst av alvorlig angioødem. Mekanismen var redusert nedbrytning av bradykinin (3). Angioødem pga. plasmalekkasje, men også mye av den ønskede blodtryksenkende effekten, skyldes at denne gruppen legemidler bremser nedbrytning av bradykinin. Angioødem under behandling med ACE-hemmer har vært kjent lenge, men overrasker mange fortsatt. Kanskje fordi angioødemet kan komme etter flere års behandling (4).

Hemmes ett eller flere av de bradykinin nedbrytende enzymer medikamentelt, vil bradykininnivået være prisgitt funksjonen i de gjenværende enzymene (5). Pga. individuelle polymorfier og mutasjoner i genene som koder for disse bradykinin nedbrytende enzymer, kan funksjonen være lav hos noen. Det kan forklare hvorfor bare noen pasienter får bradykininmediert angioødem under enzymhemming (6). En ny gruppe antidiabetika hemmer dipeptidylpeptidase-4, og en samtidig forordning av ACE-hemmer er vist å øke risikoen for alvorlig angioødem (7). En rekke tilfeller er rapportert allerede (5).

Også rene angiotensinreseptorantagonister kan gi angioødem (8, 9), men sjeldnere enn ACE-hemmere. Av denne grunn er det ventet at også det nye kombinasjonspreparatet LCZ696 vil kunne

>>>

gi alvorlige tilfeller av angioødem. Det er derfor med stor undring vi er at den randomiserte studien av LCZ696 er gjennomført på et selektert utvalg pasienter. Etter to prøveperioder med hhv ACE-hemmer og LCZ696 ble 20 % av pasientene ekskludert fra studien, hovedsakelig pga. bivirkninger. Så skjedde randomiseringen. Den rapporterte bivirkningsfrekvensen må da forventes å bli urealistisk lav, hvis man først har ekskludert de som får bivirkninger. Når det nye kombinasjonspreparatet LCZ696 kommer i salg, vil den i langt større grad forskrives til uselekterte pasienter med hjertesvikt. Pasienter med en latent tendens til angioødem pga. redusert evne til bradykininbrytning, er dermed i faresonen for å utvikle alvorlig angioødem.

Erik Waage Nielsen
erik.waage.nielsen@gmail.com
Knut Tore Lappegård
Harald Thidemann Johansen

Erik Waage Nielsen (f. 1956) er overlege ved Akuttmedisinsk avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø og professor ved Universitetet i Tromsø, Universitetet i Nordland og Universitetet i Oslo. Han har studert bradykininmediert angioødem fra 1987. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Knut Tore Lappegård (f. 1961) er overlege ved medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø og spesialist i indremedisin. Han er professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Thidemann Johansen (f. 1955) er professor i farmakologi ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Helsing LM. Ny og bedre medisin mot hjertesvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 227.
2. McMurray JJV, Packer M, Desai AS et al; PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.
3. Fryer RM, Segreti J, Banfor PN et al. Effect of bradykinin metabolism inhibitors on evoked hypotension in rats: rank efficacy of enzymes associated with bradykinin-mediated angioedema. *Br J Pharmacol* 2008; 153: 947–55.
4. Nielsen EW, Stenberg PA, Einarsen E et al. Angioødem ved ACE-hemmere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 804–6.
5. Beaudouin E, Defendi F, Picaud J et al. Iatrogenic angioedema associated with ACEi, sitagliptin, and deficiency of 3 enzymes catabolizing bradykinin. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2014; 46: 119–22.
6. Cilia La Corte AL, Carter AM, Rice GI et al. A functional XPNPEP2 promoter haplotype leads to reduced plasma aminopeptidase P and increased risk of ACE inhibitor-induced angioedema. *Hum Mutat* 2011; 32: 1326–31.
7. Brown NJ, Byiers S, Carr D et al. Dipeptidyl peptidase-IV inhibitor use associated with increased risk of ACE inhibitor-associated angioedema. *Hypertension* 2009; 54: 516–23.
8. Nielsen EW. Hypotensive shock and angio-oedema from angiotensin II receptor blocker: a class effect in spite of tripled tryptase values. *J Intern Med* 2005; 258: 385–7.
9. Strassen U, Bas M, Hoffmann TK et al. Treatment of angiotensin receptor blocker-induced Angioedema: A case series. *Laryngoscope* 2015; Epub.

Re: En verden fri for atomvåpen

I Tidsskriftet nr. 6/2015 kommenterer Bjørn Hilt det gode arbeid norske Leger mot atomvåpen medvirker til (1). Han håper som oss alle at atomvåpen etter hvert blir forbudt. Men når han klassifiserer disse som «inhumane masseødeleggelsesvåpen som kjemiske og biologiske våpen...», blir jeg tankefull: Er det bedre å bli langsomt klemt i hjel under en sammenrast bygning, som er truffet av gammel-dags bomber? Hva er humant ved konvensjonell, «gammeldags» krigføring?

Carl Ditlef Jacobsen
cd-j@online.no

Carl Ditlef Jacobsen (f. 1930) er pensjonert internist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hilt B. En verden fri for atomvåpen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 520.

B. Hilt svarer:

Tusen takk for denne poengterte kommentaren fra Carl Ditlef Jacobsen, en tankefull kollega. Det som er ekstra inhumant med masseødeleggelsesvåpen, er at de er såkalt ikke-diskriminerende ved at de er umulige å bruke uten at man også rammer sivile. Ja, noen av dem, som atomvåpen, er laget for nettopp å ramme sivile. Dette er klart i strid med Genève-konvensjonene for krigføring. Atomvåpen er masseutryddelsesvåpen. Det er klar enighet om at ingen land har noen adekvat hjelp å stille opp med hvis befolkningen blir rammet av en atombombe. Når det er sagt, har kollega Jacobsen selvfølgelig rett i at det for den enkelte kan være like ille å bli truffet av en konvensjonell bombe. All krig rammer dessverre i økende grad sivile. Det er så absolutt noe vi leger må reagere på.

Bjørn Hilt

bjorn.hilt@stolav.no

Bjørn Hilt (f. 1949) er overlege og professor II ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Den vanskelige prostatakrefte

«Ca. 60 % av 60-årige menn har prostatakrefte» står det innledningsvis i Johansens lederartikkel i Tidsskriftet nr. 6/2015 (1). Det har jeg vanskelig for å tro. Kanskje tallene her bør kvalitetssikres bedre?

Anders Taraldset

anders@tellus.tc

Anders Taraldset (f. 1964) er statistiksjeff i Den norske legeforening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Johansen TE. Den vanskelige prostatakrefte. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 508.

Re: Den vanskelige prostatakrefte

Svar til Anders Taraldset: Å skille klinisk signifikant cancer fra indolente cancerforandringer er urologiens store utfordring. Flere studier har vist at sjansen for å ha kreftceller i prostatakjertelen grovt regnet tilsvarende mannens alder i prosent. Det er nylig publisert en systematisk gjennomgang av disse studiene i *International Journal of Cancer* (1).

Gry Anette Lund

gryanettelund@gmail.com

Gry Anette Lund (f. 1976) er konstituert overlege ved Urologisk avdeling, Drammen sykehus, Vestre Viken. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bell KJ, Del Mar C, Wright G et al. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer* 2015. E-publisert 26.3.