

bildad, erfaren och mindre rutinerad. Det sociala inslaget är berikande, trivselen under kvällen är god och ett versifierat tack till föreläsare och läkemedelsföretag uppskattas.

Birger Herner var rondledare åren 1957–1976 till sin pensionering. Lars Ysander fyller funktionen 1976–1996 dvs två år efter ordinarie pensionsavgång. Någon villig och lämplig efterträdare har ännu inte engagerats, men vi hoppas på god fortsättning.

Vi vet att det finns kolleger som anför samvetsskäl för beroendeställningen till kommersiella företag. Det är därför lugnande att läsa i Socialstyrelsens »Hälsa- och sjukvårdens årsbok» den uppskattning överdirektör Edhag uttalar: »De vidareutbildningar, som läkemedelsindustrin erbjuder är av hög klass, men för smala».

Måhända kan Varbergsmodellen, som enligt vår uppfattning ger en bred uppfattning av framstegen inom de olika specialiteterna, vara ett beaktansvärt komplement till en acceptabel kunskapsberikning för bibehållen legitimation.

*Birger Herner*  
f överläkare,  
Varberg

*Lars Ysander*  
f överläkare,  
Varberg

## Vårt undersöka alternativa behandlings- former

Jag har med intresse läst Mark Personnes artikel om alternativmedicin »Tro och vetande inom medicinen», i Läkartidningen 1-2/96. Många människor söker sig till den alternativa behandlingsform där skolmedicinen inte har mer att erbjuda, många människor är olyckliga över sin belägenhet och söker »halmstrået». Som exempel på alternativläror nämns bl a chiropraktik, som säkert av medlemmar av Svensk förening för ortopedisk medicin ej anses för »alternativ» i klass med irisdiagnostik, kristallterapi, energimassage etc. Chiropraktik är i övrigt att översätta med ordet manipulationsbehandling.

Åtskilliga läkare använder sig av denna behandlingsform.

Våra föregångsmän inom manipulationsbehandling är Harald Brodin och Ulrich Moritz.

Kanske Personne ej kommer ihåg hetsjakten på läkare, som på 1970-talet intresserade sig för akupunktur och TNS-behandling. Man använde sig av uttryck som »bedrägeri, fusk och oetisk behandling», en behandling som 1983 erkändes av Socialstyrelsen vara i enlighet med »vetenskap och beprövad erfarenhet».

### Zonterapi mot astma

Enligt dansk TV skall för övrigt universitetskliniken Rigshospitalet i Köpenhamn sätta i gång en undersökning av zonterapi mot astma – 40 astmasjuka patienter skall ingå, 20 får »riktig» zonterapi, och 20 »låtsas». Den ansvarige för projektet anser att man måste undersöka behandlingsformen, eftersom så många astmapatienter har fått zonterapi med gott resultat.

*Eyvind Lindholm*  
f d överläkare, anesthesi,  
Hörby

## Minskar mortaliteten på lång sikt vid lipidreglering hos friska?

Primärpreventiv kolesterol-sänkning med statiner tycks minska totala dödligheten under de första fem behandlingsåren, vilket nu är så gott som visat ( $P=0,051$ ) för pravastatin på friska medelålders män med serumkolesterol  $>6,5$  mmol/l [1]. Det skulle alltså inte bara löna sig att behandla dyslipidemi hos kranskärlsjuka och andra med allvarlig aterosklerosjukdom utan även hos friska män.

Inför de svindlande perspektiv som öppnar sig vill Thomas Newman och Stephen Hulley att vi besinnar oss och beaktar att djurförsök antyder att statiner och fibrater kan vara karcinogena [2]. De noterar att samtliga preparat i dessa båda grupper har givit cancer hos gnagare i doser som kan vara relevanta för människa,

medan som jämförelse flertalet antihypertensiva läkemedel inte har haft motsvarande effekt. Deras framställning är tankeväckande även när det gäller turerna kring godkännandet av fibrater och statiner i USA trots varningar från expertis i Food and Drug Administration.

Newman och Hulley är likosom jag övertygade om nyttan av farmakologisk kolesterolsänkning vid manifest aterosklerosjukdom. Frågan är där emot om 5-åriga studier är tillräckliga för att ligga till grund för massförskrivning till friska personer. Det är nog inte många som förespråkar randomiserade studier som löper dubbelblindt över 20 år. Jag skulle därför välkomna en kommentar från Läkemedelsverket i frågan.

*Staffan Lindeberg*  
distriktsläkare, med dr,  
Vårdcentralen, Sjöbo,  
institutionen för samhälls-  
medicinska vetenskaper,  
Lunds universitet

### Litteratur

1. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW et als. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301-7.
2. Newman TB, Hulley SB. Carcinogenicity of lipid-lowering drugs. *JAMA* 1996; 275: 55-60.

### Replik:

## Bör grunda sig på en värdering av data från kliniska studier

De lipidsänkande medel som diskuteras i artikeln av Newman och Hulley finns, utom lovastatin, på den svenska marknaden. I samband med registreringsansökan har verket utrett den tumorigena potentialen.

Läkemedelsverket anser att tumörfynd på gnagare med såväl fibrater som statiner inte påverkar ändamålsenlighetsbedömningen gjord utifrån en ren klinisk effekt och säkerhetsvärdering.

– I gängse undersökningar har vare sig fibrater eller statiner visats vara genotoxiska, dvs de interagerar inte direkt med DNA,

– substanserna kan betraktas som epigenetiska karcinogener vilket innebär att det finns en dos/exponeringströskel under vilken det inte bedöms föreligga någon risk för tumörutveckling,

– för statinerna ligger denna tröskeldos betryggande långt ifrån maximal terapeutisk dos; för levertumörer har säkerhetsfaktorer på 90 (pravastatin) och 170 (simvastatin) erhållits medan det för fluvastatininducerade tyreoidtumörer, vilka sannolikt härrör från leverpåverkan, fastslagits en faktor om 34 (säkerhetsfaktorerna är beräknade som kvoten mellan lägsta tumörframkallande dosnivå hos rått och maximal terapeutisk dos),

– för fibratgruppen är säkerhetsmarginalerna betydligt mindre. Här anses dock sambandet mellan den speciesspecifika peroxisomproliferationen och utvecklingen av levertumörer vara så styrkt att iakttagen tumörförekomst inte har någon relevans för bedömning av säkerheten hos människa.

Newmans och Hulleys påstående att flertalet antihypertensiva läkemedel inte uppvisat någon tumorigenicitet är inte rättvisande. Vissa antihypertensiva medel har inte kunnat ges i högre doser än någon eller några gånger klinisk dos och för andra medel har bevisligen tumörfynd registrerats, dock vanligtvis ej i lever. Även i dessa fall har betryggande säkerhetsmarginaler förelagat eller så har speciesspecificitet dokumenterats.

Läkemedelsverket menar därför att värdet av långtidsterapi med lipidsänkande medel i allt väsentligt bör grunda sig på en värdering av data från kliniska studier. Våra senaste rekommendationer om behandling av hyperlipidemi [1] ger också råd om behandling av patienter utan etablerad arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, »primärprevention». I frånvaro av andra riskfaktorer är behandling med läkemedel i denna grupp i första hand aktuell vid uttalad hyperkolesterolemia (total kolesterol  $\geq 8,0$  mmol/l) när intensifierad icke-medicinell behandling inte givit önskvärt resultat. Shepherd och medarbetares studie har inte värderats i detalj, men de allmänna rekommendationerna förefaller vara i samklang med studieresultatet.