

Ingen anledning byta ut svensk skala för skallskador

Bengt Gerdin föreslår i Läkartidningen 8/96 sidorna 675–6 att den svenska RLS85 skall bytas ut mot Glasgow Coma Scale (GCS). Argumenten är tre: Hög korrelation mellan skalorna, svårighet att jämföra en summaskala med en hierarkisk villkorsskala samt ett svenskt behov av att bryta intellektuell isolering.

När det gäller korrelationen har Gerdin inte nästan rätt utan helt fel; i mitten av skalorna har korrelationen omvänt tecken, vilket innebär ett allvarligt problem.

Summaproblemen har inte vi hittat på i Sverige. Redan Levy och medarbetare [1] ansåg att det var meningslöst att skapa en »sum score».

Det allvarligaste problemet som ger upphov till Gerdins bekymmer är att GCS är svår att jämföra inom sig själv, vilket följande exempel illustrerar. TNM-systemet [2] är konstruerat på samma sätt som GCS och används för att svårighetsgraderna intestinal cancer. Låt oss anta, att man i detta system kan värdera tumörstorleken (T), men att man endera inte kan värdera lymfkörtelspridning (N) eller förekomsten av metastaser (M). Skall vi använda någon av de fyra varianter som rekommenderats för GCS:

- utesluta patienterna från undersökningsmaterialet,
- svara att patienterna är ovanliga hemma hos oss,
- applicera en median som baseras på de patienter som kan utvärderas fullt eller
- anta att det värsta har hänt och ge sämsta möjliga värde på delskalan? [3]

Gale och medarbetare [4] visade för snart 15 år, sedan att morbiditet och mortalitet varierar stort beroende på valet av metod enligt a) till d). Gerdins huvudproblem är att han med okänd tillförlitlighet för GCS skall jämföra en grupp patienter som kan utvärderas helt med grupper av varierande storlek som inte kan utvärderas helt. Märkvärdigare än så är det inte. Det gäller att lösa ett praktiskt och vardagligt förekommande problem i sjukvården, där många olika vårdgivare är inblandade i en vårdkedja [5]. RLS85 är befriad från denna

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

typ av svagheter och utgör således ett bra val, och detta är med andra ord ett uttryck för ett vetenskapligt förhållningssätt.

Jan-Erik Starmark
överläkare,
neurokirurgiska divisionen,
Sahlgrenska sjukhuset

Litteratur

- Levy DE, Bates D, Caronna JJ, Carlidge NEF, Knill-Jones RP, Lapinski RH et al. Prognosis in nontraumatic coma. *Ann Int Med* 1981; 94: 293-301.
- Beart RW, van Herden JA, Beahrs OH. Evolution in the pathologic staging of carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 257-9
- Marion DW, Carlier PM. Problems with initial Glasgow Coma Scale Assessment caused by prehospital treatment of patients with head injuries: results of a national survey. *J Trauma* 1994; 36: 89-95.
- Gale JL, Dikmen S, Wyler A, Temkin N, McLean A. Head injury in the Pacific Northwest. *Neurosurgery* 1983; 12: 487-91.
- Ponten U, Persson L. Effektivare vårdkedja krävs för hjärnskadevården. *Läkartidningen* 1990; 87: 1441-7.

Replik:

För bättre internationell kommunikation

Jan-Erik Starmark ifrågasätter det kloka i mitt förslag. Jag väntade mig detta, eftersom Starmark är en av fäderna till det RLS85 jag anser bör

bytas ut mot Glasgow Coma Scale (GCS) vid bedömning av skadade patienter.

Jag vill inte gå in på detaljer i den lättillgängliga RLS-GCS-litteraturen eller repetera de argument jag tidigare anfört. Däremot vill jag nämna att jag fått ett otal positiva kommentarer på min tidigare debattartikel, även från neuroskolade individer, vilket stödjer min uppfattning.

Starmarks inlägg föranleder ändå några förtydliganden och kommentarer.

RLS85 är en utmärkt skala för att mäta påverkan på medvetandet. Som Starmark tidigare visat är den lätt att lära och ger reproducerbara resultat. Jag har inte vänt mig emot detta.

Det jag vänt mig emot har Starmark missat. Om man vill (= behöver) veta att man gör rätt, t ex använder bästa möjliga operationsmetod, måste man kunna jämföra sina resultat med andras i den internationellt tillgängliga pressen. Det är omöjligt om språket inte är gemensamt. Inga andra än vi talar RLS85.

Starmarks analogi mellan GCS för värdering av medvetandegrad och TNM för tumörklassifikation vid gastrointestinal cancer haltar. För TNM finns internationellt förstådda och idag mycket vanligare alternativ. För GCS finns inget sådant.

Bengt Gerdin
professor, Uppsala

Register för andra halvåret
1995 medföljde Läkartidningen 3/96.

Avslutande replik

Bengt Gerdin, ansvarig för traumasjukvården i en region – tycks anse att det går lätt att jämföra resultat med GCS. Tyvärr är det inte så.

Litteraturen med GCS är mycket svårtillgänglig. Man talar inte alls samma »språk» i GCS-världen. Det finns ett otal olika »dialekter» på grund av bristen på standardisering.

Liknelsen med TNM-systemet är perfekt därför att skalans konstruktion är samma som GCS-skalans, och exemplet fokuserar på orimligheten i GCS-systemet. Det är enligt min uppfattning emot vetenskap och beprövad erfarenhet att gå tillbaka till en sämre metod – inget nytt har tillkommit sedan debatterna 1990 vad gäller GCS-problemen.

Kan inte Gerdin i stället hjälpa oss andra att övertala världen att gå över till RLS85?

Jan-Erik Starmark

Dyspepsi och H pylori – Vilka ska gastroskoperas?

Rekommendationerna angående behandling av H pylori i »Information från Läkemedelsverket» [1] väcker en del frågor. I sammanfattningen står:

1. Eradikering bör endast ske hos patienter med fastställd ulcussjukdom.

2. Hos patienter som söker inom primärvården är funktionell dyspepsi 5 gånger vanligare än ulcus.

3. Diagnosen ulcus bör alltid ställas med hjälp av gastroskopi, då anamnesen endast har ett positivt prediktivt värde i 20–40 procent i ett primärvårdsmaterial.

Då jag för några år sedan gick kurserna i kirurgi och internmedicin var de uttalade rekommendationerna att man inte i oträngt mål skulle gastroskopera personer under 40 år med klassisk dyspepsianamnes utan »alarmsymtom» som indikerar organisk sjukdom, utan behandla enligt sedvanlig behandlingstrappa (antacida, H2-blockad, prokinetiskt läkemedel, protonpumpshämmare), då den primära anledningen till

gastroskopi skulle vara att utsluta malignitet. Liknande rekommendationer finns i Läke-medelsboken [2], där man till och med har åldern 45 år.

Med de nya behandlingsrekommendationerna mot *H pylori* ställer man sig frågan om även de under 40–45 år skall gastroskoperas, då ju ulcus inte är en ovanlig sjukdom i dessa åldrar. Man kan ju, enligt punkt 3. ovan, inte kliniskt säkert särskilja mellan dyspepsi och ulcus. Å andra sidan kan man ju inte heller gastroskopera alla som söker primärvården för dyspepsi – eller kan man det? Vad säger Sveriges gastroscopister? Skall tidigare rekommendationer ändras?

Hans Laestander
AT-läkare,
Vårgårda

Litteratur

1. Information från Läke-medelsverket nr 1/96, sid 23ff.
2. Läke-medelsboken 95-96, Stockholm: Apoteksbolaget sid 44ff.

Kommentar:

Graden av allvar får avgöra

Hans Laestander tar upp ett mycket aktuellt och brännande problem, som sjukhusspecialisten egentligen inte är den bäste att besvara, nämligen hur man ska göra med den mångfald patienter som söker inom primärvården för funktionell dyspepsi och som är under 40–50 år.

Tillkomsten av nya data angående *Helicobacter pylori* har ju egentligen inte ändrat denna problematik. Även tidigare fanns det ju inom sjukhusvården krafter som gjorde gällande att man ej skulle tillåta sig diagnosfri behandling av sådana patienter med dyrbara saltsyrehämmande läkemedel, t ex protonpumpshämmare. På samma sätt är det ju med *Helicobacter pylori*-behandlingen, som är av tveksamt värde hos patienter med dyspepsi.

Skall då alla patienter under 40 år med dyspepsi utredas med gastroskopi? Ja, detta är en svår fråga. Det finns gastroenterologer som anser att behandlingen blir säkrare och bättre för denna patientgrupp om man genomför en gastroskopi och sedan har mera fast mark att stå på. Ändå måste det väl bli en fråga för det goda

omdömet hos respektive primärvårdsläkare att avgöra graden av allvar av symtomatologin. Vi kan tänka oss att man vidgar indikationerna för gastroskopi i fall där patienterna har rejäla bekymmer, behöver vara sjukskrivna, har krav på dyrbara mediciner som vi vet är av tveksamt värde i en majoritet av patientgruppen.

Sven Gustavsson
docent, överläkare,
kirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala
Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket

Terapival vid *H pylori* – Vilka källor har använts?

I Informationsblad från Läke-medelsverket 1:96 refereras ett arbetsmöte om behandling av *Helicobacter pylori*-infektioner. I avsnittet om bakgrundsinformation har Magnus Ström och Peter Unge gjort en sammanställning av behandlingsstudier, dvs en form av metaanalys. I artikeln finns ingen hänvisning till hur man sökt fram studierna, dvs vilka källor man har haft, utan enbart inklusionskriterier.

Vi känner alla till publiceringsbias, dvs att studier som inte visat några signifikanta resultat har svårt att bli publicerade. I denna typ av studier finns sannolikt ett stort intresse från sponsorerarna att inte publicera studier med negativa resultat. Det framgår inte heller säkert vilka studier som ingått i värderingen. Häpnadsväckande nog finns även vismutberedningar med bland rekommenderade preparat!

Då denna information har stor spridning och stor genomslagskraft när det gäller att påverka terapivalet i landet är det viktigt att man noggrant redovisar bakgrunderna för sina rekommendationer och att man inte ger sig på att rekommendera preparat som inte är tillgängliga på marknaden.

Staffan Gyllerup
med dr, distriktsläkare,
Helsingborg

Replik:

Risken för publikationsbias liten

Den sammanställning av behandlingsstudier om *Helicobacter pylori* som presenterades i Läke-medelsverkets informationsblad 1:96 är en poolad analys [1]. Totalt 369 artiklar granskades och 165 uppfyllde kriterierna. I första hand valdes rapporter publicerade som »abstract» eller artiklar under 1985–februari 1995 och som finns tillgängliga på Medline. Därtill har sökning för hand gjorts av European Study Group annual meeting sedan 1988, American Gastroenterology Association annual meeting sedan 1988, European Digestive Disease Week sedan 1992 samt delar av British Society of Gastroenterology meetings.

Inklusionskriterierna var följande: definierat protokoll, tydligt angiven terapeutisk regimen, angivet antal inkluderade och botade patienter samt beskriven metod för detektering av *H pylori*; serologi enbart accepterades ej.

Det stora antal variationer på läkemedelskombinationer, dosering, tempo och behandlingstidens längd gjorde att materialet grupperades med hänsyn tagen till ingående läkemedelstyp eller om möjligt specifikt läkemedel.

Alla inkluderade patienter evaluerades. Alla ej uppföljda patienter (förutom de som var *H pylori*-negativa före behandling) räknades som ej botade (worst case analysis). Definition på lyckad behandling var negativt *H pylori*-status minst fyra veckor efter avslutad behandling.

Risken för publikationsbias bedöms som liten, då även sammanfattningar är inkluderade och möjligheten att få rapporter accepterade har varit stor.

Peter Unge
med dr,
medicinska kliniken,
Sandvikens sjukhus

Litteratur

1. Unge P. Review of anti-*Helicobacter pylori* treatment regimens. Scand J Gastroenterol. In press.

Kommentar:

Stora studier opublicerade

Läkemedelsverket godkänner mycket ofta läkemedel på basen av dokumentation som inte är publicerad vid godkännandetillfället. Vid genomförandet av arbetsmötet om behandling av *Helicobacter pylori*-infektioner var situationen analog. Det förelåg stora opublicerade studier avseende de aktuella kombinationsbehandlingarna. Dessa studier låg till grund för rekommendationerna och kommer i sinom tid att bli tillgängliga. Baserandet av godkännandena och rekommendationerna på en icke-publicerad dokumentation är naturligtvis en nackdel, men jag hoppas att Hälso- och sjukvården har förtroende för Läke-medelsverket och de medverkande experterna vid våra arbetsmöten.

Inte felaktigt informera

Vad gäller vismutberedningar finns inga godkända preparat i Sverige, men det kan för den sakens skull inte anses felaktigt att informera om vilka terapistrategier som för dagen är mest framgångsrika. Dessutom kan man förskriva vismutberedningar ex tempore.

Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Se upp för skrämmande rykten om datorvirus!

I Läkartidningen 10/96 beskrivs hur datorvirus nu även kan spridas via textdokument (eller egentligen mallar som maskerats till textfiler). Som egenföretagande »antiviruskonsult» skulle jag vilja lägga till några viktiga kommentarer som gäller alla PC-användare.

1. Skaffa en bra antivirus-scanner (inte för gammal) samt en sk integritet checker. Den senare för att kunna hitta okända virus samt filskada som beror på annat än virus (strömavbrott, hårdvarukonflikt, mjukvarubuggar etc, alla mycket vanligare än virusangrepp!). Tips om bra sådana hittas på