

## Statistisk fackgranskning har inte gjorts

I sitt svar på min kritik (Läkartidningen 16/96) av en artikel om prostatacancerscreening finner Gunnar Aus och medarbetare det uppseendeväckande att jag underkänner tidigare granskning av arbetet.

Vad gäller förhandsgranskningen vid Göteborgs universitet: Alla de kritiska synpunkter beträffande Aus' arbete som framförts i min artikel presenterades även med emfas av fakultetsopponenten och extra opponenter vid disputationen, men respondent och handledare har valt att vid senare publicering ignorera framförd kritik.

Att Journal of Urology har accepterat arbetet är i allra högsta grad uppseendeväckande. Tyvärr medför inte denna acceptans att analysen i arbetet blir korrekt. Mängden av statistiska tokigheter i artikeln gör att det finns starka skäl att betvivla professionaliteten hos tidskriftens statistikgranskare.

Att Lancet citerat resultaten innebär inte att man där har utsett artikeln för statistisk fackgranskning.

Adam Taube  
professor, Uppsala

## Aggressiv diagnostik vid slaganfall nödvändig

I Läkartidningen 8/96 söker Lena Bokemark, Christian Blomstrand och Björn Fagerberg i artikeln »Stora skillnader i slaganfallsvården» visa att specialiserade stroke-enheter innebär en större följsamhet till gällande riktlinjer för utredning och behandling av cerebrovaskulära sjukdomar. Vi tycker inte att de lyckats bra med detta. Vi slås nämligen av den ringa skillnad som påvisas mellan behandling på en specialiserad stroke-enhet och en konventionell vårdavdelning i det viktigaste hänseendet, nämligen diagnostiken av genesen till ischemiskt slaganfall.

Sannolik embolikälla identifieras således endast hos 30 procent (36/121) av patienter-

na på stroke-enheten mot 37 procent (31/84) på vårdavdelningen – en siffra som totalt sett förefaller låg. Man framhåller i artikeln att »officiella behandlingsrekommendationer inte automatiskt leder till förändring i klinisk praxis» samt att »optimalt fungerande sjukvård måste baseras på följsamheter till nya forskningsrön».

Mot bakgrund av detta ser vi de anförda studieresultaten som anmärkningsvärda. För de första grundar man fortsatt klinisk bedömning och handläggning på synlig s k lakunär infarkt, vilket är ett dåligt definierat uttryck [1]. Små hjärninfarkter är helt enkelt små hjärninfarkter och bör utredas förutsättningslöst som sådana. Vidare anför man auskultation av halskärl som diagnostiskt instrument för symtomgivande karotisstenoser. Auskultation av blåsljud som beslutsunderlag för inriktningen på den fortsatta utredningen har ett dokumenterat mycket lågt värde annat än som prognostikum för framtida kardiella händelser [2, 3].

På stroke-enheten har man tydligen haft blåsljud som urvalskriterium och följaktligen endast undersökt 8 procent av patienterna med duplex av halskärlen, vilket är anmärkningsvärt lågt. Mot bakgrund av att kirurgi för symtomgivande karotisstenos mer än 70 procent bevisat effektiv sekundärprofylax för framtida slaganfall inte bara för patienter med genomgången TIA utan även för patienter med mindre slaganfall upp till 80 års ålder [4, 5] borde frekvensen ultraljudsundersökning av halskärl i den beskrivna patientpopulationen varit betydligt högre. Detta då enligt artikeln endast 23 procent av patienterna uppvisade svår pares och medianåldern i materialet var ca 80 år.

Resultatet från de båda stora studierna ECST och NASCET [4] borde alltså kunna appliceras på en betydligt större del av det beskrivna patientmaterialet än 8 procent. Att detta inte kommenteras närmare förefaller – mot bakgrund av att en av författarna varit medarbetare i ECST [5] – märkligt.

### Moderna förhållningssätt

En fatalistisk acceptans av diagnosen ischemiskt slaganfall utan sökande efter bakom-

liggande etiologisk mekanism hör hemma i det förgångna och bör ersättas av ett modernare förhållningssätt med aggressiv diagnostik och behandling. Med tidig duplexundersökning av halskärlen kan man snabbt upptäcka den grupp patienter där vetenskapligt dokumenterad och verkkningsfull sekundärprofylax i form av kirurgisk terapi kan erbjudas.

Claes Forssell  
kirurgiska kliniken  
Centrallasarettet, Västerås

Thomas Mätzsch  
kliniken för kärl- och  
njursjukdomar,  
Universitetssjukhuset  
MAS, Malmö

Anders Gottsäter  
angiologienheten,  
Universitetssjukhuset  
MAS, Malmö

### Litteratur

1. Millikan C, Futrell N. The fallacy of the lacune hypothesis. *Stroke* 1990; 21: 1251-7.
2. Barnes RW, Marszalek PB. Asymptomatic carotid disease in the cardiovascular surgical patient: is prophylactic endarterectomy necessary? *Stroke* 1981; 12: 497-500.
3. Hankey GJ, Warlow CP. Symptomatic carotid ischaemic events: Safest and most cost effective way of selecting patients for angiography, before carotid endarterectomy: see comments: *BMJ* 1990; 300: 1485-91.
4. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med* 1991; 325: 445-53.
5. MRC European Carotid Surgery Trial; interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. *Lancet*. 1991; 337: 1235-43.

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/ »mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!

Replik:

## Goda resultat med organiserad strokeprofilerad vård

Allt mer talar idag för att organiserad strokeprofilerad vård ger positiva behandlingsresultat som reducerad mortalitet och minskat behov av lång tids institutionsvård [Peter Langhorne, Glasgow, pers medd 1996]. Den troliga orsaken är multifaktoriella effekter av integrerad multidisciplinär vård och tidig samordnad insats i akutbehandling och hjärnskaderehabilitering och samordnad vårdkedja.

Vår studie syftar till att jämföra akutvård för äldre (>70 år) med manifest stroke (ej TIA), där indikation ej bedömdes föreligga för akut utredning vid neurovaskulär enhet vid neurologkliniken som ansvarar för karotisutredningsverksamheten. Karotiskirurgi är en sekundärprofylaktisk behandling. Ju äldre patient, desto större osäkerhet kan föreligga mellan olika patogenetiska mekanismer.

I de två stora randomiserade karotiskirurgistudierna ECST och Nascet var patienterna i medeltal ca 60 respektive 65 år. I Nascet var ålder >80 exklusionskriterium liksom närvaro av signifikant intrakraniell kärlsjukdom, mental inkompetens eller annan organsvikt. Patienter med hjärtklaffproblem eller rytmrubbning med misstanke om kardiell embolikälla undantogs. Liknande selektioner gjordes i ECST.

### Duplex kan göras polikliniskt

Hälften av våra patienter var över 80 år, många med multipla kardiovaskulära sjukdomar som svår kranskärlsjukdom och/eller svikt. Vi delar inte Forsells och medarbetarens uppfattning att duplex nödvändigtvis måste göras de få dagar den äldre patienten vårdas vid akutavdelningen. Denna undersökning kan mycket väl göras polikliniskt eller under patientens rehabilitering vid geriatrisk avdelning. TIA och lindrigt slaganfall där artär-artärembolisk mekanism är möjlig och där patienten uppfyller kriterier för operation därest tät karotisstenos skulle föreligga bör självfallet snarast undersökas. Hos oss