

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 cerebrovasculära 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 karotiskirurgstudierna 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

ANNONS

sker detta inom få dagar under slutenvårdstid.

Det är dock angeläget att undvika övertro på effekter när man går utanför de kriterier som angivits i ECST och Nascet. I ett prospektivt material från Lund komplett utredda med avseende på patogenetisk mekanism bedömdes 8 procent vara sekundära till storkärlsjukdom [1]. I NINDS' (National Institute of Neurologic Disorders and Stroke) databank var 10 procent bedömda som betingade av storkärlsjukdom, varav mer än en tredjedel tandemarteriella lesioner [2].

Bland äldre patienter med stroke är lakunär mekanism och kardiell (inkl aortabågen) vanligare patogenetisk mekanism än karotisembolism.

Övervägande belägg finns för att lakunära infarkter representerar en från storkärlsjukdom och pial perfusionsproblematik skild entitet [3].

Självfallet utesluter inte röntgenologiskt påvisande av vitsubstanssjukdom eller »röntgenologisk lakun» vare sig annan mekanism eller än mindre att man avstår från utredning. Så gjorde ej heller vi. I NASCET-materialet fann man ingen korrelation mellan karotisstenos och vitsubstanssjukdom [4]. Karotisstenos och kardiell embolikälla är ej påtagliga riskfaktorer för lakunär infarkt [5].

Felaktigt påstående

Påståendet att vår indikation för duplex är auskulterbare blåsljud över karotis är fel. Hörbart karotisblåsljud är lik som duplex verifierad asymtomatisk stenosindikator för arterioskleros och därav för vaskulära händelser som hjärtinfarkt och stroke. Givetvis skall duplex utföras även då karotisblåsljud saknas, när indikation finns.

Lena Bokemark
underläkare,

Christian Blomstrand
bitr professor, överläkare,

Björn Fagerberg
docent, överläkare,
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

Litteratur

1. Lindgren A, Roijer A, Norrving B, Wallin L, Eskilsson J, Johansson BB. Carotid artery and heart disease in subtypes of cerebral infarction. *Stroke* 1995; 25; 2356-62.
2. Sacco RL, Ellenberg JA, Mohr JP. Infarction of untermimed cause: the NINCDS Data

KORRESPONDENS

Bank. *Am Neurol* 1989; 235: 382-90.

3. Bamford JM. Lacunar syndromes – are they still worth diagnosing? In: Donnan G, Norrving B, Bamford J, Bougoslavsky J eds. *Lacunar and other subcortical infarctions*. Oxford: University Press 1995: 32-43.
4. Streifler JY, Eliasziw M, Benavente OR, Harbison JW, Hackinski VC, Barnett HJM et al, for the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial. The risk of stroke in patients with first-ever retinal vs hemispheric transient ischemic attacks and high-grade carotid stenosis. *Arch Neurol* 1995; 52: 246-9.
5. Boiten J, Lodder J. Lacunar infarcts. Pathogenesis and validity of the clinical syndromes. *Stroke* 1991; 22: 1374-8.

Pannband – torrt i vått

Under sommarsäsongens plaskande får vi åter ett antal bedrövade ungar på besök för externa otiter på våra hälsocentraler. »Badmössa» lyder då påbudet, men vem vill ha en töntig badmössa på sig?

Varför inte bara klippa av toppen på badmössan och vips få ett häftigt pannband!

Det skyddar fullgott mot kletiga, kliande öron och kan

Pannband – kanske en ny
innegrej!

säkert rent av bli en innegrej i dubbel bemärkelse när den sedan plockas på vid hårtvätten resten av året.

Bertil Hagström
distriktsläkare, Storvik

Nya recept- blanketter mot- verkar kvalitets- utveckling

Den nya receptblanketten för särskilda läkemedel har konsekvenser för primärvården som LäkeMedelsverket inte tycks ha förutsett. Säkerheten i läkeMedelsregistreringen äventyras och många allmänläkare får avsevärda extrakostnader.

Svensk primärvård använder idag datajournalssystem till nästan 80 procent. Många system hanterar skrivare med receptblanketter i löpande bana, andra har till och med direktöverföring till apotek. Många allmänläkare har vant sig att journalsystemet ska vara enda källan för säker läkeMedelsregistrering. En utskrift av ett recept via datorjournalssystemet resulterar i en säkrare läkeMedelslista och förbättrad dokumentation i själva patientjournalen.

Många journalssystem ger också prisinformation och be-

slutsstöd beträffande överkänslighet och interaktioner. Att de lokala läkeMedelskommittéernas rekommendationer finns inlagda i systemen kommer att bli en än mera väsentlig funktion i framtiden.

Unika möjligheter till kvalitetsutveckling

En konsekvent användning av receptförskrivningsrutinen i datorjournalssystemet medför att det samtidigt byggs upp ett lokalt register med såväl patientens förbrukning som läkarens förskrivning samt aktuella uppgifter om relevanta diagnoser. Ett lokalt register innebär unika möjligheter till kvalitetsutveckling genom jämförelse och diskussion mellan kolleger på en vårdcentral eller i en utbildningsgrupp. Ett centralt register innebär endast möjlighet att ingripa mot de allra värsta avarterna.

För att de nya blanketterna skall kunna användas i datorjournalen krävs förändringar som innebär kostnader för primärvården. Dels måste datorjournalleverantörerna utveckla nya moduler för blanketten, dels måste många allmänläkare skaffa nya skrivare till en kostnad av 6 000 kr/st.

Det centrala registret får inte utvecklas på bekostnad av de lokala registren! Ge därför allmänläkare med receptförskrivningsrutin i datorjournalen dispens från att använda de nya blanketterna till dess att problemen med att utveckla nya moduler och få fram erforderliga resurser är lösta!

För SFAMs arbetsgrupp för data- och klassifikationsfrågor

Annika Brorsson
distriktsläkare, Malmö

Hälsoläget i Europa redovisas

I Läkartidningen 10/96 redovisades på ett utmärkt och överskådligt sätt dels WHO's Världshälsorapport från 1995 »Bringing the Gaps», dels hälsoläget framför allt i östra Europa.

WHO's Europakontor i Köpenhamn har nyligen redovisat hälsoläget i en rapport »Health in Europe – 1993–1994, Health for all monitoring report». I rapporten beskrivs hur medlemsstaterna i WHO's Europa-region försöker att bemästra