

Mätning av skelett – SBU följer utvecklingen

Berndt Söderborg har i Läkartidningen 22/96 synpunkter på SBUs rapport nr 127 »Mätning av bentäthet». Vi vill göra följande kommentar.

Våra resultat bygger på en vetenskaplig litteraturgenomgång av normalmaterial, vilket kan förklara den höga korrelationen 0,5<0,7 av bentätheten i ländrygg L2–L4 och lårbenshals, medan däremot den studie på 960 konsekutiva fall som refereras möjligen speglar procentuellt flera individer med kotdeformiteter. Det är väl känt från litteraturen och klinisk erfarenhet att exempelvis patienter med långvarig kortisonmedicinering ofta får kotkompressioner som leder till en förhöjd bentäthet i lumbalkotan medan samma individ kan ha en extrem låg bentäthet i lårbenshalsen. Kotkropparna innehåller ca 40 procent poröst ben vilket ska relateras till bensättningen och hållfastheten, medan det vid bentäthetsmätning där också utskotten mäts får en total täthet på 20 procent poröst ben. Detta förhållande stärker ytterligare teorin att det spongiösa benet i kotkroppen förändras än snabbare såväl vid ökad nedbrytning av benet (längre tids kortisonbehandling) som vid ökad uppbyggnad av benet (bisfosfonatbehandling, D-vitamin och kalcium). Det är viktigt att komma ihåg att vid en klinisk bedömning utgör bentäthetsmätningen ett av flera instrument för att utvärdera patientens benstatus. Förutom klinisk undersökning görs också röntgen av bröst-ländryggsida samt i förekommande fall en benmetabol undersökning.

16-månaders intervaller

Som vi beskrivit i rapporten är mätnoggrannheten (accuracy) in vivo ca 10 procent. För en enskild individ som förlorar 3 procent av sin benmassa per år behöver man mäta med intervall om 16 månader om precisionen är 1,5 procent för att erhålla en statistiskt signifikant skillnad mellan mätningarna. För att följa en enskild individs bentäthetsförändring kvarstår detta faktum att efter ca 2 år kan en förändring säkerställas.

Vid forskning och läkemedelsstudier med stora material

(dubbelblind) kan signifikanta skillnader mellan behandlade och obehandlade med kortare intervaller erhållas, men då är det ju inte aktuellt med individuella bedömningar huruvida en individ ska fortsätta med en behandling eller ej.

Då det spongiösa benet i kotkropp och lårbenshals sannolikt inte omsätts lika eller med exakt likartad process vid nedbrytning (resorption) och uppbyggnad (formation) kan det tills vidare vara lättare att följa respektive mätvärdeslokaler separat. Uppslaget med tvådimensionellt diagram är över-skådligt och kan vara vid hjälp speciellt om uppföljning av behandling sker vid mätning av bentätheten i både ländkotor och lårbenshals.

Det ankommer på SBU att även i fortsättningen följa utvecklingen inom detta viktiga område och diskutera revideringar. Den medicintekniska utvecklingen kommer sannolikt i framtiden presentera nya benchmarker i blod som mer precis klagör den benmetabola bilden men också nya bentäthetsmetoder med morfometri och än bättre noggrannhet.

För SBUs projektgrupp om bentäthet

Christer Johansson
avdelningsläkare, geriatrika kliniken, Vasa sjukhus, Göteborg

Kritisk granskning inget hot mot lojaliteten

Adam Taube var i sin debattartikel (Läkartidningen 16/96) bekymrad över en viss amatörism och brist på grundläggande logik i en del vetenskapliga artiklar och akademiska avhandlingar. Ett av exemplen var för mig välkänt och jag framförde med anledning av det några förslag till kvalitets-säkring av forskning och forskarutbildning. Författarna till det av Adam Taube och mig gemensamt kritiserade arbetet säger i sin replik att de inte förstår kritiken. Författarna försvarar sig därför med hjälp av andra auktoriteter (statistisk konsult, annan tillfrågad statistiker) och ger i sitt svar intrycket av att det som kritiserats är

KORRESPONDENS

valet av statistisk metod. Sådan kritik tillhör dock den interna, vardagliga diskussionen på en institution och föranleder inga inlägg i Läkartidningen.

Deltog inte

Vad som här kritiserats rör mer grundläggande tankegångar som kan illustreras med ett exempel från författarnas studie av konsultationen. Där använde man sig bara av manliga läkare eftersom »någonstans måste man börja». Det är sant, men vad man inte berättar är, att *kvinnliga läkare tillfrågades men deltog inte!*

En av de tillfrågade kvinnliga läkarna tog under disputationen till orda och förklarade att skälet till att hon inte ville delta var att den typ av frågor som ingick i studien ville hon inte ställa till sina patienter! Att man trots detta gick vidare, kan jag inte tolka på annat sätt än att manligt beteende fick vara norm för mänskligt beteende.

I sin replik tillför man mig åsikter jag inte har. Tekniken är klassiskt retorisk och består i att glida från ett begrepp jag använt och som är sant till ett till synes liknade begrepp som är osant. Här följer exemplet från inlägget (de utbytta begreppen kursiverade av mig): »Hans inlägg utgör en .. kritik mot metodval i avhandlingen (vilket är sant) och han utvidgar sitt *ogillande* inte bara till författarna utan även mot institution, fakultet och två tidskrifter (vilket är osant).

Jag ogillar varken författare, institution, fakultet eller tidskrifter men eftersom kvaliteten varierar jag har föreslagit några åtgärder till kvalitetssäkring.

Lojalitet

Författarna inför i sin replik lojaliteten som en ny och intressant aspekt. I mitt förslag till kvalitetssäkring och kritisk granskning ser de ett hot mot lojaliteten. Det är dock oklart vilken lojalitet som avses. Är det lojaliteten mot den medicinska vetenskapen och våra uppdragsgivare, patienterna? Är det den kollegiala lojaliteten mot forskaren/doktoranden? Visar man som handledare lojalitet mot sin doktorand genom att avstå från kritisk granskning? Jag kan inte tolka deras resonemang på annat sätt än att de i grunden uppfattar kritisk granskning som en illojal handling!

Avslutningens ord om »lojalitet i närmiljön» och »dödgrävare» låter hotfulla. Är det en förtäckt uppmaning till kritikern att byta såväl institution som identitet!

Roger Karlsson
docent,
institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet

Slutreplik:

Olika syn på allmänmedicinsk forskning?

Roger Karlsson skriver att manligt beteende inte är norm för mänskligt beteende. Vi håller med om detta och det framgår också av studien. Vi strävade inte efter att bevisa något genom att skapa en minipopulation och från den dra större generaliseringsbarheten är nämnd i både studien och i sammanfattningen (kappan).

Kritisk granskning är naturligtvis ingen illojal handling. Fördisputationen, med bl a kritiska synpunkter medförde i detta fall att avhandlingsarbetet utvidgades och att sammanfattningen breddades.

Lojalitetsbegreppet införde vi i diskussionen om att doktoranderna skulle känna sig tillräckligt trygga vid disputationen. Lojal betyder enligt Svenska Akademiens ordlista bl a »välsinnad» och »pålitlig». Känner inte doktoranden omgivningens lojalitet i den betydelsen av ordet så riskerar han/hon att känna sig otrugg.

Kanske har Karlsson och vi olika syn på allmänmedicinsk forskning. Diskussioner om metodval och allmänmedicinska forskningsfrågor [1] förs ibland bättre vid interna ämnesseminarier än i Läkartidningens spalter.

Sven-Olof Andersson
med dr,

Sven Ferry
docent,

Bengt Mattsson
docent, samtliga distriktsläkare, Umeå

Referenser

1. Charlton R. Balancing science and art in primary care research: past and present. (Editorial) Br J Gen Pract 1995; 45: 639-40.