

Reportage om dextropropoxifen ger anledning till många frågor

I Läkartidningen nr 7/99 har Tom Ahlgren publicerat ett reportage med titeln »Omkring 1 000 personer har förgiftats till döds på fem år». Med en 20-årig erfarenhet av vetenskaplig publicistisk verksamhet finner jag artikeln i flera avseenden anmärkningsvärd. Författaren refererar en undersökning vid rättsmedicinska institutionen i Uppsala som »avslöjar» att närmare 200 personer i Sverige dött av förgiftning med dextropropoxifen. Jag ifrågasätter inte riktigheten av detta påstående, eftersom jag icke haft tillgång till Rättsmedicinalverkets rapport där den refererade undersökningen publicerats. Vad jag vänder mig mot är den utformning Läkartidningens reportage fått.

Dextropropoxifen är uppenbarligen ett läkemedel som sedan många år förskrivits och använts i stor utsträckning, och när nu användningen av detta analgetikum starkt ifrågasätts önskar man sig ett kritiskt analyserande reportage om nu ett reportage över huvud taget är den lämpliga publiceringsformen. Den aktuella presentationen av ett allvarligt problem kommer i farlig närhet av den journalistik som ibland återfinns på kvällstidningarnas sidor.

Man får ett intryck av att det är fråga om ett gift vars farlighet ansvariga myndigheter i årtionden nonchalerat och att medlet ifråga inte ens är särskilt effektivt! Reportaget ger också anledning till flera frågor.

Varför får icke läsaren reda på rapportförfattarnas professionella tillhörighet och kompetens utom att de på något sätt är knutna till rättsmedicinska institutionen i Uppsala? Varför har Läkemedelsverket icke tidigare vidtagit åtgärder när rapportförfattarna »vid fem medicinska riksstämmor hållit föreläsningar om farorna med substansen». Svaret på den senare frågan synes mig vara av viss intresse.

Carl Gustaf Bergstrand
professor emeritus,
tidigare redaktionssekreterare i
Acta Paediatrica Scandinavica

Kommentar

Angående forskarnas kompetens kan kort sägas att varken Rättsmedicinska institutionen, Rättsmedicinalverket el-

ler Läkemedelsverket har ifrågasatt den, och inte Läkartidningens redaktion heller. Båda är doktorander vid Rättsmedicinska institutionen i Uppsala. Birgitta Jonasson är i grunden leg psykolog och leg psykoterapeut, medan Ulf

Jonasson har en bakgrund som journalist.

De frågor som rör Läkemedelsverket har vi vidarebefordrat till dem för svar.

Redaktionen
Tom Ahlgren

Oklart om behandling vid tennisarmbåge

Jag har med intresse läst Sven-Anders Sölveborns artikel om det mänskligens gissel som går under benämningen tennisarmbåge. Underrubriken är välskriven och informativ, men svårbegriplig. »Ju tidigare behandling desto bättre; spontanläker oftast inom 8–13 månader!» Alla av mig kända spontanläkande tillstånd gäller det att behandla snabbt, dvs med god marginal till den förväntade spontanläkningen.

I faktarutan kan man sedan lära sig att prognosen med behandling är bäst om patienten har en anamnes kortare än tre månader. Gäller detta också för patienter som undgår behandling och har kortare anamnes än tre månader?

Man kan också lära sig att ca 90 procent av patienterna blir hjälpta av icke operativa behandlingsinsatser. Hur kan man veta att en patient med ett spontanläkande smärttillstånd har god effekt av icke-operativ behandling?

Vi har på många ortopedkliniker väntetider för höft- och knäartroplastik på mellan 6 och 12 månader. Hur stora resurser skall vi avsätta till »behandling» av smärttillstånd som enligt författaren oftast spontanläker inom samma tidsrymd?

Urban Rydholm
docent, överläkare,
Universitetssjukhuset i
Lund

Replik:

Ju tidigare insatt behandling desto bättre

Med glädje konstaterar jag att Urban Rydholm läst min artikel om »tennisarmbåge», som jag för övrigt fått god respons på, vilket bekräftar tillståndets vanlighet och terapeutiska problematik. Jag delar Rydholms synpunkt på Läkartidningens rubriksättares något dubiösa ordval, vilket å andra sidan lyckats dra till sig Rydholms uppmärksamhet.

I artikeln skriver jag att »man kan se litteraturuppgifter om att tillståndet spontanläker på 8–13 månader...», men egentligen finns mig veterligen ingen studie på det rena naturalförloppet, även om någon artikel till och med i rubriken hävdar att man avhandlar den aspekten, trots att aktuell patientgrupp faktiskt även utsatts för någon form av terapeutisk manipulation. Om hur det förhåller sig med patienter som »undgår

behandling» kan därför inget med full säkerhet sägas.

Helt klart är alltså att vid insatt behandling, visat vetenskapligt även i mina egna studier med mycket stora patientgrupper för stretching, »epikondylitbandage», lokal kortisoninjektion och kirurgisk extensorrelease, är prognosen betydligt bättre om anamnesen är kortare (t ex <3 månader) jämfört med dem med långdragna besvär, vilket säkert bl a kan förklaras av utdragna belastningssituationer och smärtgenereringsmekanismer.

Jag brukar själv initialt behandla patienten med angivna behandlingsformer icke-operativt med belastningsråd, stretching, bandage och ev med kortisoninjektion som bas och ta tillbaka honom/henne 6–12 veckor. Minoriteten ►

ANNONS

med terapivikt remitteras för fysioterapeutiska insatser som akupunktur. Vid utebliven behandlingsframgång sätter jag då upp patienterna på väntelista för operation, så att den kan bli utförd inom rimlig tid. Den kan då, förutom extensor release, ibland också omfatta neurolys av n radialis ramus profunda, vilket

mycket enkelt låter sig göras genom samma incision (något förlängd), eftersom ett signifikant inslag av de långdragna fallen även innefattar kombinationen med radialnervskompression.

Att som Rydholm gör, jämföra detta korta ingrepp, som görs polikliniskt via en helt separat organisation med höft-

och knäartroplastikernas kraftigt vårdkrävande situation är verkligen långsökt.

Sven-Anders Sölveborn
verksamhetschef,
ortopedenheten,
Lasarettet i
Ystad o Simrishamn

Kontrollerade studier av kirurgisk behandling av psykisk sjukdom?

Sten Thelander påminner i Läkartidningen 50/98 om att neurokirurgi som behandling av kroniska och svåra ångest- och tvångssyndrom endast är indicerad i extremfallen. Vi har tidigare också framhållit att det finns patienter som trots adekvat och långvarig behandling inte får tillräcklig symtomlindring och att kirurgi kommer i fråga endast för denna grupp. Sådan behandling förutsätter naturligtvis informerat samtycke och ett klart uttalat önskemål från patienten.

Thelander diskuterar även de principiellt viktiga frågorna om behovet av randomiserade och placebokontrollerade studier. Allmänt kan sägas att kirurgiska behandlingar sällan eller aldrig kan sägas vara evidensbaserad medicin av det enkla skälet att placeboingrepp (»sham»-operationer) av uppenbara skäl inte låter sig göras. Det kan även diskuteras om begreppet »evidensbaserat» skall reserveras för randomiserade, dubbelblinda studier. »Vetenskap och beprövad erfarenhet» är fortfarande kanske den bästa basen för terapeutiska beslut. Tillförlitlig »blindning» mellan kirurgi och medicinsk behandling är sällan möjlig.

Thelander hävdar att randomiserade och blinda studier av kirurgisk behandling är möjlig bara »intresset och viljan» finns. Detta låter sig naturligtvis lätt sägas men är i praktiken ofta inte tillämpligt. Man stöter här på flera principiella problem: För att nå en acceptabel statistisk säkerhet i en placebokontrollerad dubbelblind studie för kapsulotomi kommer det att krävas ett stort antal patienter, men det är bara ett begränsat antal som opereras (5–7 per år i hela landet), vilket ger en lång löp-

tid med ändrad psykiatrisk behandlingsarsenal under studiens gång. Eftersom patienterna utgör en extrem undergrupp av individer med en i och för sig vanlig sjukdom finns det inte något patientunderlag för att konstruera en matchad kontrollgrupp.

Strålkirurgisk metod

En internationell multicenterstudie är tänkbar, men skulle av flera skäl vara mycket svår, eller rent av omöjlig, att genomföra. Nu råkar det vara så att just kapsulotomi i princip är tillgänglig för placebokontroll, eftersom operationen kan genomföras med strålkirurgisk metod (fokuserad gammastrålning med den sk strålkniven).

Planering att genomföra en sådan studie, i samverkan med centra i USA, har påbörjats, men det finns vissa problem av strålteknisk natur. Strålkällan kan inte »stängas av och sättas på»; i en placebosituation måste man plugga igen bländarna i den skyddande blyhjälm som omger patientens huvud. Det

finns emellertid kvar en viss sekundärstrålning som drabbar bålen. Det är därför inte tillrådligt att genomföra en sådan placebo procedur innan det finns en metod att avskärma denna strålning.

Vi kan försäkra Thelander att vi är väl medvetna om behovet av en strikt vetenskaplig kontroll av våra kirurgiska behandlingar.

Sergej Andréewitch
överläkare,
psykiatriska kliniken,
Karolinska sjukhuset
Gunnar Edman
docent, leg psykolog,
Östermalm-Lidingö
psykiatriska sektor
Björn Meyerson
professor emeritus,
neurokirurgiska kliniken,
Karolinska sjukhuset
Christian Rück
AT-läkare, doktorand,
institutionen för klinisk
neurovetenskap,
Karolinska institutet

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.