

## Specialister: – Varför ”remisstväng”?

hittar fler potentiellt resektabla tumörer [4-6]. Jag har inte sett några rapporter om att situationen skulle vara annorlunda när det gäller AIP.

En tidig cancerupptäckt garanterar tyvärr inte heller bot, och majoriteten av patienterna som överlever operationen eller som behandlas med exempelvis etanolinjektioner dör till följd av tumörrecidiv eller metastaser.

Som jag påpekar i min artikel är det dock inte uteslutet att screening i vissa fall kan vara av värde för den enskilde patienten. Jag ser därför med stort intresse fram mot att ta del av långtidsresultaten av den nyligen påbörjade screeningen av AIP-patienter i Umeå sjukvårdsregion [1].

*Jerzy Kaczynski*

med dr, överläkare,  
medicinska kliniken,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/  
Östra, Göteborg

### Referenser

1. Andersson C, Bjersing L, Lithner F. Akut intermittent porfyri ökar risken för levercancer. Tidig cancerdiagnos och varierad kirurgi kan förbättra prognosen. *Läkartidningen* 1998; 95: 3043-4.
2. Kaczynski J, Hansson G, Thunell S, Wetterberg L, Wallerstedt S. Erythrocyte porphobilinogen deaminase activity and primary liver cancer. *J Intern Med* 1995; 237: 309-13.
3. Craddock VM. Cell proliferation and induction of liver cancer. In: Remmer H, Bolt HM, Bannasch P, Popper H, eds. Primary liver tumours. Lancaster: MTP Press, 1978: 377-83.
4. Colombo M, de Franchis R, Del Ninno E, Sangiovanni A, DeFazio C, Tomassini M et al. Hepatocellular carcinoma in Italian patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 1991; 325: 675-80.
5. Pateron D, Ganne N, Trinchet JC, Arousseau MH, Mal F, Meicler C et al. Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in Caucasian patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1994; 20: 65-71.
6. Durand F, Buffet C, Pelletier G, Hagege H, Ink O, Etienne JP. Screening of hepatocellular carcinoma in French patients. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 706-7.

Under mina år som distriktsläkare händer det med jämna mellanrum, dock mer frekvent de senaste tre-fyra åren, att patienter ringer med den specifika begäran att få en remiss till en viss namngiven specialist för någon åkomma som jag över huvud taget ej undersökt vederbörande för. Ibland har patienten redan fått en tid bokad till specialisten och uppmanats att ringa till sin husläkare för att få remissen! (Ofta har också patienten uppfattningen att denna remiss skall utfärdas av mig enbart efter telefonkontakt).

### Inträdesbiljett

»Remissinstrumentet» är, enligt min uppfattning, en förfrågan från mig att vidare undersöka och behandla en patient där jag själv gått bet. Som det nu är bibringas istället patienten uppfattningen att remissen är ett »beställningsjobb», vilket utförs av husläkaren som »inträdesbiljett» till en specialistklinik/-mottagning.

Visst behöver jag hjälp av mer specialiserade kolleger att behandla många åkommor och väljer då, i samråd med patienten, att remittera honom/henne vidare. Vad jag nu vänder mig emot är kravet på remiss då patienten i sin självklara rätt väljer att direkt söka privat specialist.

Jag är tacksam för synpunkter/för-

klaringar från kliniker/kolleger som tillämpar ovan beskrivna »remisstväng»!

*Agneta Jedefors*

distriktsläkare,  
Saltsjöbadens vårdcentral



www.lakartidningen.se

**Fulltext  
på Internet**

- Ansvarsnämndsärenden
- Debatt
- Disputation
- Ledare
- Läkemedelsnytt
- Meddelanden
- Medicinhistorisk paus
- Medicinsk kommentar
- Nya tjänster
- Stipendier
- Skvaller

## Vilseledande kolesterolstatistik

Ett fenomen som väckt intresse och förvåning vid behandling med statiner är att riskminskningen inte motsvarar graden av kolesterolsänkning. Många har därför hävdad att statinerna måste ha andra effekter.

I en debattartikel i *Läkartidningen* 6/99 vidhåller Anders G Olsson att det är kolesterolsänkningen som är avgörande för behandlingsresultatet. Det intressanta är i så fall inte LDL-kolesterolvärdet (LDL-C) under behandlingstiden, som Olsson skriver utan dos-responskurvans utseende.

Vad CARE-analysen visar är att sambandet inte är linjärt; den fulla effekten uppnås redan vid en beskedlig kolesterolsänkning [1]. Detta framgår även av Olssons Figur 5, men läsaren

luras av den vilseledande figurtexten. Vad figuren visar är att risk ratio är likartad i sju av de tio LDL-decilerna. CARE-författarnas konklusion är också kristallklar: »the change in LDL from baseline, expressed either as a percentage or absolute change in concentration, was not found to be significantly related to coronary events.»

Även WOSCOP-studiens författare finner detta [2] och här citerar Olsson korrekt, men skriver strax efter att »alla tre studier visar alltså en relation mellan storleken på LDH-kolesterolsänkning och framtida risk för kranskärlssjukdom»(!)

Hur förhåller det sig med den tredje studien? När 4S-studiens resultat presenterades för läkarkåren i Sverige var

### Alltid dubbelt radavstånd!

Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

**ANNONS**

ett av fynden just att effekten var oberoende av LDL-C sänkningen. Jag deltog själv i två av mötena och tog upp det till diskussion.

Fyndet nämndes emellertid inte i den första rapporten i Lancet [3]; däremot har 4S-gruppen med Olsson som medförfattare senare publicerat en analys av ettårs-resultatet, som visar linjär dos-respons [4].

Varför redovisas inte resultaten från hela studien? Och varför nämns ingenting i ettårsrapporten om det slutliga resultatet? Att linjär dos-respons ses initialt men försvinner senare är en intressant observation, som förtjänar att diskuteras.

Olsson menar att man vid undergruppsanalyserna förlorat kontrollen över riskfaktorerna. Detta är inte korrekt; både CARE- och WOSCOP-gruppen rapporterade en jämn fördelning av alla kända riskfaktorer i undergrupperna [1, 2].

Att dos-respons kurvan inte är linjär tyder på att den studerade faktorn inte är kausal. Om blodets koncentration av LDL-C är avgörande för risken att få hjärtinfarkt borde risken minska mer om man reducerar LDL-C med 43 procent än om man bara minskar det med 21 procent [1]. Och även om statinerna har andra effekter så borde det funnits åtminstone en antydning av ett samband mellan LDL-C-sänkningen och den kardiovaskulära risken med tanke på de uttalade sänkningar som uppnåddes. Att ett dylikt samband saknas pekar på att ett högt kolesteroltal inte är själva orsaken till hjärtinfarkt utan är sekundärt till andra och viktigare faktorer. Faktorer som på andra sätt kan tänkas öka risken för hjärtinfarkt och som alla följs av en ökning av blodets kolesteroltal är t ex rökning, övervikt, hypertoni, inaktivitet och stress.

Uffe Ravnskov  
docent, Lund

## Referenser

1. Sacks FM, Moyé LA, Davis BR, Cole TG, Rouleau JL, Nash DT et al. Relationship between plasma LDL concentrations during treatment with pravastatin and recurrent coronary events in the cholesterol and recurrent events trial. *Circulation* 1998; 97: 1446-52.
2. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). *Circulation* 1998; 97: 1440-5.
3. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
4. Pedersen TR, Olsson AG, Færgeman O, Kjekshus J, Wedel H, Berg K et al. Lipoprotein changes and reduction in the incidence of major coronary heart disease events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Circulation* 1998; 97: 1453-60.

## Replik:

### En ny sorts studier behövs

En av huvudavsikterna med mitt bidrag i Läkartidningen var att påvisa osäkerheten i att dra slutsatser utifrån subgruppsanalyser, vari man uppdelat materialen i tiondelar av de ursprungliga. Det faktum att inga primära hypoteser heller har formulerats i subgruppsanalyserna gör att fältet blir fritt för prefererade tolkningar av resultaten. Stor omdömesgillhet och försiktighet fordras i tolkningen av data från dessa subgruppsanalyser.

Både forskare och sponsorer har insett detta dilemma, medan Uffe Ravnskov fortsätter att dra tvärsäkra slutsatser utifrån subgruppsanalyser. I flera år arbetade 4S styrkommitté med tolkningen av relationen lipideffekt-sjukdomseffekt.

Med olika definitioner kan en mängd olika resultat frammanas och en forskare, besatt av en speciell idé kring dessa relationer, kan lätt plocka ut det resultat som passar vederbörandes idé. Man stäms till eftertanke när man ser vad statistisk kan åstadkomma i sådana här fall.

#### IDEAL-studie

Nya studier måste i stället till för att klargöra relationen mellan nivån av LDL-kolesterolsänkningen och effekten på sjukdomen. I Skandinavien har därvid IDEAL-studien (Incremental Decrease of Endpoints with Aggressive Lipid lowering) just startats. Den går ut på att jämföra effekten av konventionell behandling i sekundär prevention, dvs som den aktivt behandlade gruppen i 4S med effekten av 80 mg atorvastatin, som förväntas leda till ca 20 procents ytterligare LDL-kolesterolsänkning. För ett år sedan startades i USA TNT-studien (Treat New Targets) med likartat upplägg med jämförelse mellan 10 och 80 mg atorvastatin. Ytterligare exempel finns på denna andra generationens statinstudier. Det kommer emellertid ta cirka fem år innan vi får svar på dessa viktiga frågor. Till dess får vi leva med osäkerheten i subgruppsanalyserna.

Anders G Olsson  
professor, Linköping

#### Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan värda skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i foljebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red