

framgår av Lancet-artikeln, en terapeutisk fördel som ligger mycket nära den som gäller för studien som helhet.

Kostnaderna

Det kostar för mycket, menar Kjell Asplund. Själv tycker jag inte det är doktors uppgift att utifrån ekonomiska överväganden ta ställning till om man ska använda det ena eller det andra preparatet innan ansvariga sjukvårdspolitiker har bestämt sig för om vi ska försöka förbättra prognosen för den här typen av patienter.

Om det finns ett politiskt beslut på att inte rädsla fler än vi kan göra med ASA så är det ju OK. Men om ansvariga politiker inte har deklarerat sin ambition menar jag att den ansvarige läkaren i första hand måste vara patientens företrädare.

Ta reda på riskfaktorerna

Kjell Asplund ifrågasätter inte studiens kvalitet och heller inte att klopidogrel de facto var överlägset ASA. Problemet är hur vi styr verksam behandling till rätt patienter. När Kjell Asplund hävdar att klopidogrel ska ges till pati-

enter som får biverkningar av ASA så är detta inte en evidensbaserad rekommendation. De i klopidogrelgruppen som dog och de som fick hjärtinfarkt eller slaganfall hade rimligen ingen nytta av sin behandling.

En mer angelägen och konstruktiv analys består i att ta reda på vad som kan sägas utgöra riskfaktorer för dessa terapeutiskt misslyckade fall. Klinisk epidemiologi heter disciplinen. Kanske något för SBU?

Referenser

1. Asplund K. Klopidogrel – dyr trombocythämmare med liten marginalnytta. *Läkartidningen* 2000; 97: 1294-6.
2. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-39.
3. Bonita A. Epidemiology of stroke. *Lancet* 1992; 339: 342-4.
4. Coronary Heart Disease Epidemiology. From etiology to public health. Marmot M, Elliott P, eds. Oxford: Oxford University Press, 1994.
5. Fowkes FGR. Epidemiology of peripheral arterial disease. In: Tooke JE, Lowe GDO, eds. A textbook of vascular medicine. London: Arnold, 1996.

Replik:

Vi läkare måste ta ansvar – så att inte andra tar över

Lars Janzon föreslår – liksom tidigare hans Malmö- och Caprie-kollega Folke Lindgärde [1] – att vi som läkare ska bortse från kostnaderna när vi forskriver dyra läkemedel med liten marginalnytta som klopidogrel. Han gör det lätt för sig.

Jag har en annan uppfattning. Som läkare har vi att tänka inte bara på den patient vi har framför oss utan också på nästa – räcker resurserna för att behandla också honom/henne? Det går mycket väl att som doktor ta med patienten i de övervägandena, precis som Lars Janzon

föreslår. Också för den enskilda patienten handlar det om marginalkostnad och marginalnytta.

Risk att vi får förmyndare

Än mer trängande är det att ta med dessa aspekter när vi utformar lokala vårdprogram och terapirekommendationer. Om vi som läkare följer Lars Janzon och frånhänder oss allt ansvar för läkemedelskostnaderna, så kan vi vara fullständigt säkra på att andra beslutsfattare, med svag förankring i den kliniska vardagen och med rudimentärt kunnande, kommer att ta över.

Den malmöitiskt lättsinniga inställningen till läkemedelskostnader är farlig för både läkare och patienter. Vi riskerar att sättas under förmyndare.

Referens

1. Lindgärde F. Klopidogrel – en kliniskt värdefull trombocythämmare. *Läkartidningen* 2000; 97: 2368-71.

Evidensbaserat använda PET i cancerdiagnostik?

I Wollmers och medarbetares artikel om PET-diagnostik vid cancer (*Läkartidningen* 16/00, sidorna 1946-8) är det konceptuellt inte svårt att hänga med i författarnas entusiasm för denna teknik; en biologisk funktionell avvikelse i tumörvävnad exploateras för förbättrad diagnostik. Det är också lätt att förstå att PET-tekniken är ett kraftfullt forskningsverktyg för att studera omsättningen av i stort sett alla tänkbara substanser.

PET i rutinmässigt bruk?

Artikeln uppfattas emellertid i första hand som en argumentering för att PET rutinmässigt bör användas i cancerdiagnostik, och här blir det svårare att hänga med. Vilka krav borde man ställa för att en ny diagnostisk metod ska inlemmas i rutinsjukvård?

Följande kan verka rimligt: metoden ska, om den inte har t ex uppenbara tekniska eller ekonomiska fördelar, ha bättre diagnostiska prestanda, uttryckt i termer av sensitivitet och specificitet, än referensmetoderna.

Vidare bör den adderade informationen leda till ändrad handläggning, vilken ska vara till nytta för patienten. Slutligen bör en ny metod inte innebära oproportionerliga risker för patienten eller ta orimligt stora resurser i anspråk. Dokumentationen bör komma från kontrollerade kliniska studier av god kvalitet.

Jämförelse intressant

Om PET-diagnostik vid cancer uppfyller sådana krav får man av artikeln mycket begränsad information. Det framhålls att det »för många patientgrupper finns riklig dokumentation som styrker det diagnostiska utbytet av PET-undersökningar ...». Det hade varit lämpligt att relativt detaljerat få genomgången hur PET prestandamässigt står sig jämfört med t ex dator- och magnetresonanstomografi, och vid vilka tumörtyper och lokalisationer som överlägsenhet finns bevisad i jämförande studier.

Vidare anges att t ex försäkringsbolag ersätter allt fler PET-undersökningar, att antalet undersökningar ökar snabbt, att införandet av tekniken »... givetvis föregåtts av noggranna

Författare

KJELL ASPLUND

professor i medicin, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Kjell.Asplund@medicin.umu.se

ANNONS

ANNONS

överväganden» samt att PET är kostnadseffektivt. Det hade varit intressant att få ta del av bakgrunden till de två senare konstaterandena. Att en viss metod kommer till omfattande användning i sjukvården och finansieras av samhällsinstitutioner är knappast en garant för att metoden håller måtten. Högdosbehandling av bröstcancer är ett aktuellt exempel inom onkologin.

Patientnyttan inte självklar

Det är inte självklart att den förmodat högre diagnostiska känsligheten hos PET medför patientnytta. Ett exempel

är att kontrollerade studier vid bröst- och kolorektalcancer visat att tidigare upptäckt av recidiv inte medför någon överlevnadsförlängning, förmodligen på grund av dåliga terapimöjligheter i denna situation. Diagnostik bör alltså sättas in i sitt totala kliniska sammanhang för att vara möjlig att bedöma i ett nyttoperspektiv.

Evidensbaserad diagnostik?

Det finns idag en stark och välmotiverad rörelse mot »bevisbaserad» medicin. En metod ska i kliniska studier av god kvalitet ha visats vara till nytta för

patienten för att kunna motivera en plats i rutinsjukvård.

Man får lätt känslan att diagnostikområdet fortfarande inte fullt omfattas av denna rörelse. Kanhända uppfyller PET-diagnostik vid cancer redan rimliga dokumentationskrav, men författarna hade då med fördel kunnat ägna mer av sin artikel åt en genomgång av detta underlag.

Peter Nygren

leg läkare, docent, universitetslektor, enheten för onkologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
peter.nygren@medsci.uu.se

PET-reklam utan substans

I Läkartidningen 16/00 (sidorna 1946-8) sjunger två kliniska fysiologer från Malmö och två nuklearmedicinare från Milano PET-undersökningens lov vid utredning av cancer. En stor del av artikeln utgörs av två fallbeskrivningar samt påståenden som inte är styrkta av den mycket korta litteraturlistan.

Det är anmärkningsvärt att en stor rubrik om snabb ökning av metoden i kliniken (explosionsartad ökning i Nordamerika och inom EU) underbyggs av en uppsats från 1978, en vardera från 1996, 1997 och 1998 samt en från 1999. Samtliga dessa är publicerade i nuklearmedicinska tidskrifter. Den enda referensen från 1999 handlar om sockeranvändning av lungorna hos septiska råttor(!), författad av en grupp där två av författarna ingår.

Påståendet att flera undersökningar styrker att det är kostnadseffektivt att utnyttja PET i tumördiagnostik saknar relevans, liksom att det »för många patientgrupper finns riklig dokumentation som styrker det diagnostiska utbytet av PET-undersökningar i termer av sensitivitet och specificitet». Den snabba ökning av metoden man omnämner (utan referens) gäller Italien, Tyskland och USA, inte till resultat av utvärdering av den i länder detta håller på att bli regel.

Hösten 1999 publicerade brittiska »Health Technology Assessment R&D HTA Programme» en utredning om PET [1], där man konstaterade att det ännu inte finns något vetenskapligt hållbart underlag för spridning av metoden i kliniken. Slutsatsen blev att den endast bör användas i väl planerade kliniska kontrollerade studier för att säkerställa

att kunskaperna om den snabbt ökas på ett sådant sätt att man bedöma dess värde.

SBU deltar i ett INATHA-projekt om spridningen av PET som är under tryckning [2]. I detta undersöks bland annat tillgången till metoden i de länder som täcks av INATHA. I Läkartidningen sägs att det endast finns två PET-enheter i Sverige. Enligt de undersökningar som SBU gjort finns i Sverige f n fem PET-kameror varav en i Lund, som dock inte lär fungera. (Det är väl den som omnämns som »den första generationens gamma-/positronkameror» som finns utanför Uppsala och Stockholm.)

Endokrina tumörer

I en volym av Alert som just distribuerats från SBU omnämns att PET-skanning för diagnostik av endokrina tumörer är under utredning av Alert-rådet (Thomas Ihre, ordförande) [3]. Redan att metoden fortfarande är under bedömning av Alert-rådet innebär att det är fråga om en metod som fortfarande är under utprovning, även internationellt,

Replik:

Kommer Sverige att hänga med i utvecklingen?

Syftet med vår lilla artikel i Läkartidningen (16/00, sidorna 1946-8) om PET i utredning av cancer var inte att ge området en fullständig vetenskaplig genomlysning – det vore omöjligt inom tillgängligt utrymme och säkert också fel forum.

Vårt syfte var i stället dels att för-

vilket också understruktits i den brittiska HTA-publikationen [1].

Redaktionen för Läkartidningen skulle alltså ha kunnat informera sig om den litteratur som finns tillgänglig, innan man godkände artikeln för publicering. I dessa dagar av evidensbaserad sjukvård hade jag inte väntat mig att Läkartidningen skulle sprida reklam för en metod som inte är tillräckligt utprovad – till och med på tidningens omslag.

Lars Werkö

professor, Stockholm

Referenser

1. Robert G, Milene R. Positron emission tomography: establishing priorities for health technology assessment. A review. Health Technology Reports 1999; 3: 16.
2. [http://www.inahta.org/Joint Projects/Adams E, Asna J, Olasagasti JC, Ehrlichman M, Flynn K, Hurtado-Saracho J. Positron Emission Tomography: Experience with PET and Synthesis of the Evidence. \(November 1999.\)](http://www.inahta.org/Joint%20Projects/Adams%20E,%20Asna%20J,%20Olasagasti%20JC,%20Ehrlichman%20M,%20Flynn%20K,%20Hurtado-Saracho%20J.%20Positron%20Emission%20Tomography:%20Experience%20with%20PET%20and%20Synthesis%20of%20the%20Evidence.%20(November%201999.))
3. Carlsson P, Norrlander M, red. Alert. Nya medicinska metoder. Stockholm: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SBU, 2000: 20.