

i kombination med oral folsyra i högdos förbättrar kognitiva funktioner hos dementa patienter med förhöjt homocystein [3]. En kort sammanfattning av avhandlingen finns tillgänglig på nätet, The Rondel 2000; 5: Debate [2].

## Effekten på trötthet

Trötthet är en allmänmänsklig reaktion som är svår att mäta och värdera och sätta in i rätt sammanhang. Merz har haft många kloka ord att säga därom. Vid uppseglande B<sub>12</sub>-brist är kanske trötthet det vanligaste allmänsymtomet, men trötthet förekommer också vid sjukdom, depression, och helt enkelt efter utmattning.

Den enklaste prövningen av metylkobalaminets eventuella effekt på kronisk trötthet skulle kanske vara att undersöka om patienter och deras läkare kan skilja mellan metylkobalamin och placebo. När tar Apoteksbolaget initiativ till sådana prövningar?

Bo Norberg

docent, medicinkliniken, Umeå

## Referenser

1. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH, Stabler SP, Lindenbaum J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood* 1998; 92: 1191-8.
2. www.rondellen.net
3. Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B. Improvement of cognitive functions after cobalamin/folate supplementation in elderly patients with dementia and elevated plasma homocysteine. Paper VI in: Nilsson K. Cobalamin/folate status and its relation to cognition and behaviour in psychogeriatric patients (dissertation). Lund: Lund University, 2000.

## Homocystein på Riksstämman

Vid årets medicinska riksstämma i Göteborg hålls ett miniseminarium under titeln »Homocystein – bristmarkör och riskmarkör?». Moderatorer är Johan Hultdin och Peter Nilsson. Föredrag: Nilsson P. Introduktion; Hultdin J. Homocystein som bristmarkör; Isaksson A. Olika sätt att mäta folat; Jansson JH. Homocystein – riskfaktor eller riskmarkör vid hjärt-kärlsjukdom och stroke; Lökk J. Homocystein – geriatriska och neurologiska aspekter; Hultberg B. Kognition och homocystein, relation till folat och B<sub>12</sub>.

## Om svensk frontlinjeforskning

För pedagogiska ändamål behövde jag ett exempel på Kaplan–Meierkurvor och gjorde då ett klipp ur *Läkartidningen* 34/00, sidan 3579, där I Östman-Smith som referat av frontlinjeforskning helt blygsamt valt att presentera ett eget arbete publicerat internationellt.

### Hur många patienter avled?

Enligt referatet har 66 patienter, barn och unga med hypertrofisk kardiomyopati, analyserats retrospektivt – 26 behandlade med högdosblockad och de övriga 40 med diuretika eller konventionell dos betablockad. Av dessa senare sägs 19 ha avlidit.

I bildtexten anges  $n = 20$  för diuretikagruppern och  $n = 18$  för konventionell dos betablockad. I denna text är alltså totalmaterialet  $26+20+18 = 64$ .

I den grafiska bilden förefaller det som om man utgått från 18 fall i diuretikagruppern och 16 i den med konventionell betablockad, alltså är totalmaterialet här  $26+18+16 = 60$ . I diuretikagruppern och i den konventionellt behandlade gruppen avled (om man räk-

nar trappsteg och markeringar i kurvorna) totalt  $9+7 = 16$  patienter.

### Observationstider

Författaren konstaterar att patienter som behandlats konventionellt hade en medianöverlevnad på 15,8 år, »medan ingen dog bland 26 patienter behandlade med höga doser av betablockerare». Det kan vara värt att notera att medianobservationstiden för dessa sistnämnda 26 patienter (enligt grafen) inte är längre än 6–7 år. Endast tre patienter hade observerats längre än 15 år.

Det hade varit fördelaktigt om man längs den vågräta axeln angivit hur antalet observationer i respektive grupp successivt tunnats ut.

### Ett exempel

Vilket förträffligt exempel från pedagogisk synpunkt om man vill lära studenterna att kritiskt detaljgranska en medicinsk artikel samt tolka överlevnadskurvor!

Adam Taube

professor, Uppsala

## Replik:

## Slarvig läsning – felaktiga slutsatser

Professor Taubes ironi över att jag refererat en artikel där jag är medförfattare är opåkallad, eftersom *Läkartidningen* publicerade en uppmaning till svenska forskare att skicka in referat av egna studier publicerade i internationella tidskrifter med hög impaktfaktor.

### Antalet patienter

Professor Taube får inte antalet patienter i figuren att stämma med totalantalet patienter. Han förbiser då att totalantalet patienter, samt den totala konventionellt behandlade gruppen som nämns i sista resultatsektionen, även inkluderar verapamilpatienter.

När man refererar en studie som publicerats med tre tabeller och fem olika Kaplan–Meier-kurvor är det av utrymmesskäl lämpligt att välja en enda Kaplan–Meier-kurva att illustrera referatet med.

Jag valde att visa de största renodlade behandlingsgrupperna var för sig, med överlevnad uttryckt i *behandlings-*

*år*, dvs de resultat som diskuterades i mittsektionen av referatet.

Eftersom en del patienter progredierade från ingen behandling till medicinsk terapi, och ett fåtal bytte terapi efter ett antal år, är behandlingsår inte synonymt med total överlevnad efter diagnos. Därför har vi konstruerat separata Kaplan–Meier-kurvor för dessa jämförelser, medan professor Taube inte jämför lika med lika när han jämför total median överlevnad efter diagnos i konventionellt behandlade patienter med data för behandlingssduration av högdos  $\beta$ -blockad.

7/26 högdospatienter och 12/40 konventionellt behandlade patienter har observerats under mer än 15 år efter diagnosen, alltså helt jämförbara proportioner i bägge grupperna.

Slutsatsen om behandlingseffekt av högdos  $\beta$ -blockad blir densamma från en Kaplan–Meier-kurva jämförande *total överlevnad efter diagnos*, som även den visar signifikant bättre överlevnad i