

Statinbehandling vid akut hjärtinfarkt väl optimistiskt refererat i massmedierna

II I tidigare statinstudier påbörjades behandlingen först en tid efter den akuta infarkten. I en kohortstudie om 19 599 svenska patienter med akut hjärtinfarkt har Stenström och Wallentin nu analyserat 1-årsresultaten av statinbehandling insatt före eller i direkt samband med den akuta infarkten (läs om dessa under vinjetten »Nya rön» på sidan 2347, red anm).

De fann att den totala mortaliteten hos 5 528 patienter som behandlats med statiner var 4,0 procent mot 9,3 procent hos de 14 071 icke-behandlade patienterna. Det fanns emellertid stora skillnader mellan riskfaktorerna i de två grupperna. De obehandlade var framför allt mycket äldre, sjukdomsbilden var allvarligare, och det fanns fler män och fler diabetiker i denna grupp. I gengäld fanns

det fler rökare (vid infarktutlösningen) och fler som tidigare haft infarkt i behandlingsgruppen. Det var därför nödvändigt att korrigera för dessa och andra skillnader med olika komplicerade statistiska metoder, vilket gör att läsaren inte ges möjligheten att analysera primärdata själv. Efter korrektion för i allt 43 olikheter befanns mortaliteten vara 3,7 procent i behandlingsgruppen mot 5,0 procent i kontrollgruppen. Författarna påpekar den stora osäkerheten som är inbyggd i icke-randomiserade studier av denna typ, men rekommenderar trots detta statinbehandling vid akut infarkt.

Kommentar

I sammanfattningen nämns endast den gynnsamma, icke-korrigerade mortaliteten, vilket lett till väl optimistiska re-

ferat i massmedierna. Det bekymmersamma med statinerna är ju att vi inte känner till deras långtidseffekter. Med tanke på att statinerna visat sig vara cancerogena i de flesta djurexperiment, att incidensen av bröstcancer var signifikant högre i Care-studiens behandlingsgrupp, och att den största av statin-studierna, Excel, avslutades redan efter ett år trots att mortaliteten vid denna tidpunkt var mer än dubbelt så hög i behandlingsgruppen, borde en korrigerad mortalitetsminskning på endast 1,3 procent mana till återhållsamhet. Biverkningar brukar nämligen uppträda betydligt oftare.

Uffe Ravnskov

docent, Lund

uffe.ravnskov@swipnet.se

Omskärseledebatten – vissa tycks ha tolkningsföreträde

II Mitt engagemang i omskärseledebatten för i Läkartidningen nr 8 och 13 synes åtminstone ha haft en positiv effekt. I sitt senaste svar (Läkartidningen 13/01), riktat till kollegan Ihsan Sarman och mig själv, använder Yngve Hofvander inte en enda gång det nedvärderande könsstämpning i samband med omskärsele av gossebarn.

Kanske har han tagit intryck av det genmäle han fick i DN den 25 mars på sitt eget inlägg på DN Debatt den 16 mars i omskärselefrågan. I detta genmäle klargör Martin Swartling och Stefan Peterson mycket förtjänstfullt distinktionen mellan manlig omskärsele och kvinnlig könsstämpning, vilka enligt dem utgör »... helt ojämförbara ingrepp

med fundamentalt olika konsekvenser för de drabbade». Låt oss därför vara överens om att könsstämpning är en både inadekvat och förolämpande benämning för den omskärsele av gossebarn det här är fråga om.

Vem stöder önskan om förbud?

Därefter ett påpekande till såväl Yngve Hofvander som Ulf Carlsson: Med full respekt för er omtanke om barnen och er hänvisning till barnkonventionen anser jag att en viktig länk saknas i er argumentering. Ni icke-judiska och icke-muslimska kolleger anser er helt uppenbart ha tolkningsföreträde beträffande vad som bör gälla för berörda minoriteter i vårt land! Presentera en enda seriös

debattör tillhörig berörd minoritet som stöder er förbudsönskan! Finns något remissyttrande från en representant från berörd minoritet som ger er stöd i er uppfattning? Detta skulle i så fall rendera en helt annan och ofrågasatt tyngd till er argumentation. Med intresse avvaktar jag sådana eventuella stöd för er sak. Under tiden måste jag tillåta mig att anse att religiös omskärsele av judiska och muslimska gossebarn utförda av legitimerade judiska och muslimska läkare, med iakttagande av godkänd praxis för analgesi och aseptik ej skall möta några hinder enligt svensk lag.

Daniel Schmidt

docent, överläkare, Stockholm

Trygg och säker vård en rättighet även vid manlig omskärsele

II Som omskurna män i de judiska respektive muslimska kulturtraditionerna och som i Sverige verksamma läkare upplever vi att diskussionen om manlig omskärsele har fått karaktären av ett kulturellt korståg (se Läkartidningen 8 respektive 13/01).

I det upptagningsområde i Stockholm där vi arbetar som barnläkare lever tusentals familjer hos vilka traditionen att omskära pojkar lever och är betydelsefull. Vår erfarenhet är att mödrar och fäder regelbundet efterfrågar en vårdinstans där omskärsele av deras nyfödda pojke kan genomföras. Vi kan inte acceptera påståendet att vi blundar för bar-

nets väl när vi hänvisar familjerna till kolleger som utför ingreppet på ett tryggt sätt.

Exemplet med den omskurna pojken som dog i Stockholm som Yngve Hofvander utnyttjar i sin argumentation mot omskärsele (Läkartidningen 13/01 sidan 1571) är missvisande, då pojkens död ej hade med själva ingreppet att göra. Enligt vårt kännedom orsakades dödsfallet av brister i smärtstillande medicinering, vilket ledde till andningsdepression. Detta skulle aldrig inträffat om familjen hade fått tillgång till medicinskt korrekt vård. Det begås årligen många misstag i samband med medicinska in-

grepp på svenska sjukhus vilka anmäls till ansvarsnämnden. Ingen klok läkare eller patient kräver totalförbud av en behandling när vårdgivaren brister i yrkesutövning. Komplikationer i samband med omskärsele i de utvecklingsländer som Hofvander nämner är naturligtvis varken önskvärda eller acceptabla. Men komplikationerna sker med all sannolikhet på grund av bristande hygien och dåligt utförda ingrepp.

Hanterbart utanförskap

Ulf Carlsson anför bland annat betänklighet över att den omskurna pojken i ungdomsåren ska känna sig annorlunda