

»Restless legs«-syndromet fortfarande underdiagnostiserat

■ Den svenske neurologen Karl-Axel Ekbom myntade begreppet »restless legs« år 1945 [Ekbom KA. Restless legs. Acta Med Scand 1945;158:1-123]. Ekbom gav genom sin avhandling en klassisk beskrivning av ett syndrom som beskrevs för första gången i den medicinska litteraturen redan på 1600-talet.

Ekbom beskrev bland annat restless legs på följande sätt:

»Patientens sömn kan vara störd natt efter natt i årtal.«

»Restless legs kan orsaka stort lidande.«

»Sjukdomen är så vanlig att varje praktiserande läkare stöter på den.«

»När man väl känner till restless legs, är det enkelt att diagnostisera.«

Hening och medarbetare har i fem länder (USA, Storbritannien, Tyskland, Frankrike, Spanien) med hjälp av frågeformulär undersökt hur patienter med restless legs omhändertagits vid besök hos allmänpraktiserande läkare. Ur patienternas synvinkel erhöles enbart 13 procent av dem som sökte med symptom relaterade till restless legs rätt diagnos, medan läkaren angav rätt diagnos hos 25 pro-

cent av dem som beskrev vad som uppfattades som restless legs-symtom i samband med mottagningsbesöket. An-

»Restless legs kan orsaka stort lidande.«

märkningsvärt var också att patienterna med diagnostiserad restless legs sällan ordinerades de läkemedel som anses vara förstahandsval, dopaminerga läkemedel. Ett vanligt ordinerat läkemedel var i stället exempelvis kinin, som är verkningslöst i detta sammanhang.

I sin artikel trycker även Hening och medarbetare på förhållandet att patienter med restless legs ofta i första hand söker för att erhålla hjälp mot sin sömnstörning. Därför är det viktigt att läkaren vid anamnesupptagandet efterfrågar de typiska symtomen vid restless legs. Dessa symptom nämner patienten inte alltid spontant, eftersom han/hon inte självklart uppfattar att sömnstörningen är be-

roende av symtomen från ben och ibland armar.

Kommentar: Underrubriken i Ekboms avhandling om restless legs från 1945 är »A clinical study of a hitherto overlooked disease«. I dag, snart sextio år senare, finns det inga andra indikationer än att situationen i Sverige sannolikt liknar den i USA och fyra europeiska länder, dvs att vi fortfarande har en stor okunskap kring restless legs.

Eftersom det under de senaste två decennierna tagits fram effektiv läkemedelsbehandling vid restless legs är det angeläget att personer som arbetar inom sjukvården identifierar de patienter som lider av detta sjukdomstillstånd. En viktig framtida uppgift åligger därför forskare och läkare med ett engagemang inom detta område att upplysa om restless legs, ett tillstånd som drabbar mellan 5 och 10 procent av vår befolkning.

Jan Ulfberg

jan.ulfberg@tidalarna.se

Hening W, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. Sleep Med 2004; 5(3):237-46.

Stora internationella skillnader i vårdtid vid akut hjärtinfarkt

■ Vid akut hjärtinfarkt avtar risken för livshotande komplikationer snabbt. Cirka 97 procent av alla dödsfall under de 30 första dagarna inträffar inom 48 timmar från symptomdebut. Den enskilde patientens risk kan värderas, och för patienter med liten risk rekommenderar aktuella riktlinjer att utskrivning övervägs inom 4 dygn.

I en aktuell studie har tillämpningen av dessa rekommendationer undersökts i ett internationellt perspektiv. Underlaget utgjordes av tre stora randomiserade studier avseende trombolys vid akut ST-höjningsinfarkt. GUSTO-I inkluderade patienter under åren 1990–1993, GUSTO-III 1995–1997 och ASSENT-2 under 1997–1998. Totalt inkluderades 54 174 patienter i den aktuella analysen. Medelåldern var ca 61 år. USA bidrog med majoriteten av patienterna, 58 procent, följt av Kanada, Australien, Nya Zeeland, Belgien, Frankrike, Tyskland, Spanien och Polen. Sverige uppfyllde inte kravet att ha inkluderat minst 100 patienter till vardera studien.

Frånvaro av död, reinfarkt, ischemi, stroke, chock, hjärtsvikt, bypass-opera-

tion, aortablongpump, akut behov av angiografi samt defibrillering under de 4 första vårddygnen definierades enligt etablerade kriterier som liten risk och avgränsade den patientgrupp som var lämplig för tidig utskrivning. Liten risk validerades genom 30-dagarsmortaliteten, som var under 2 procent för dessa patienter.

Medianvårdtiden för alla inkluderade patienter minskade från 9 dagar i GUSTO-I till 7 dagar i ASSENT-2. Medianvårdtiden minskade i alla länder men var mycket varierande. I Tyskland minskade medianvårdtiden från 24 till 17 dagar, i USA från 8 till 5 dagar.

Andelen patienter lämpliga för tidig utskrivning beräknades till mellan 61 (GUSTO-I) och 50 procent (ASSENT-2). De europeiska länderna hade en större andel patienter lämpliga för tidig utskrivning i samtliga tre studier. Den största andelen lämpliga patienter som verkligen skrevs ut inom 4 dagar återfanns i USA och Nya Zeeland (ca 40 procent). I de fem europeiska länderna var andelen 0,2–1,4 procent. Om tidig utskrivning hade tillämpats konsekvent

för lågriskgruppen hade ett stort antal sjukhusdagar kunnat sparas. Per 100 patienter i ASSENT-2 förlorades 49 dagar i USA medan 355 till 779 dagar förlorades i de fem europeiska länderna. Längst vårdtid hade Tyskland.

Författarna konkluderar att utrymmet är stort för effektivisering i vården av hjärtinfarktpatienter med liten risk, i synnerhet i de europeiska länderna.

I en kommentar utpekades skillnader i sjukförsäkringssystem, vårdkontinuitet och tillgång till invasiv utredning som möjliga förklaringar till de mycket varierande vårdtiderna.

I ett svenskt perspektiv kan noteras att enligt RIKS-HIA har andelen patienter med ST-höjningsinfarkt (utan närmare riskstratifiering) som skrivs ut inom 4 dagar ökat från 27 procent 1997 till 48 procent 2003.

Thomas Mooe

thomas.mooe@medicin.umu.se

Kaul P, et al. International differences in evolution of early discharge after acute myocardial infarction. Lancet 2004;363(9408):511-7.