

»Armar–uppåt–sträck« bättre än »Grassets test«

A confused and equivocal terminology is the fruitful parent of confused and equivocal thinking. Sir Francis Walshe 1947.

Joseph Grasset föddes 1849 i Montpellier. Hans medicinska karriär tycks ha varit framgångsrik som »Professor of therapy« 1881, professor i klinisk medicin 1886 och professor i patologi 1909. Han pensionerades 1915 och dog 1918 i samma stad som han föddes. Han publicerade en rad arbeten från 1873 och framåt, varav flera behandlade neurologiska ämnen, t ex *Maladies du système nerveux* 1878, *Diagnostic des maladies de la moëlle* 1899, *Anatomie clinique des centres nerveux* 1902 och *Therapeutique des maladies du système nerveux* 1907.

I den internationella litteraturen finns Grassets namn bevarat i flera olika kliniska »signs«, som dock sällan används numera. Det första »Grasset sign« som brukar beskrivas avser oförmåga hos en hemiparetisk patient att lyfta bägge benen tillsammans genom flexion i höfter, trots att patienten kan lyfta varje ben separat. Om det paretiska benet lyfts upp först kommer det att sjunka ner när det friska benet senare lyfts upp. Om emellertid det friska benet lyfts upp först, och det paretiska sedan lyfts upp passivt kommer det friska benet att vara kvar i upplyft läge.

Det andra tecknet avser »Grasset–Gaussels sign« (Amans Gausse 1871–1937), vilket avser att man hos en hemiparetisk patient som försöker lyfta det förlamade benet kan notera att det andra (friska) benet pressas nedåt om undersökaren lagt sin hand mellan hälen på det friska benet och underlaget. Detta test beskrivs i äldre litteratur som en användbar metod att skilja organiska från funktionella pareser eftersom vid funktionella pareser ingen ökning av trycket under hälen noteras (Gotthard Söderbergh, *Neurologiska föredrag*, Hygiea 1925).

Det tredje tecknet där Grassets namn finns med är »Landouzy–Grassets lag« som anger att hos patient med hemipares på grund av unilateral cerebral lesion kan man notera att huvudet/ögonen vrids åt lesionens sida vid slapp hemipares/destruktiv process, men åt motsatt sida vid spastisk pares/irritativ process. Denna »lag« är det få som förknippar med Grasset. Hans medarbetare i detta sammanhang (Louis Théophile Joseph Landouzy, 1845–1917) skulle vara bortglömd om det inte vore för dennes

beskrivning av facioscapulohumeral muskeldystrofi.

Sammanfattningsvis avser alltså Grassets två första tecken påverkan på övre motorneuronet/pyramidbanan och effekter på benens motorik.

I Sverige har sedan länge »Grassets test« använts som benämning på test av motorik i armar. Bakgrunden till detta är oklar. Vi har hittat gamla »nervstatus«-blanketter från 1930-talet, och där nämns Grasset i samband med prövning av motorik i benen, som är förväntat enligt de två tecken som bär hans namn. På statusblankett från 1960-talet används inte alls benämningen »Grassets test« utan i stället »Armar–uppåt–sträck«.

Vid genomgång av moderna internationella läroböcker i neurologi och neurologisk undersökningsteknik används inte »Grassets test« vid beskrivning av armarnas funktion. Vi har även hört oss för med skandinaviska kollegor i Norge och Danmark, men inte heller där används »Grassets test« i samband med beskrivning av armarnas motorik.

»Grassets test« för prövning av armarnas motorik och övre motorneuron-skada tycks sålunda vara en svensk uppfinning. Om någon kan förklara hur be-

nämningen Grassets test för undersökning av central pares i armar har fått fäste i Sverige vore vi tacksamma för besked.

Trenden i medicinsk terminologi bör vara att lämna gamla egennamn på medicinska företeelser, vilket är synnerligen relevant om personen bakom egennamnet inte ens beskrivit det aktuella testet! Vi föreslår därför att »Grassets test« som benämning på undersökning av armarnas motorik för att påvisa central pares överges i Sverige.

Som förslag på svensk benämning, som inte kan misstolkas, föreslås istället »armar-uppåt-sträck«. Detta test genomförs med patientens händer uppsträckta och handflator lätt supinerade. Patienten blundar och undersökaren iakttar om det finns pronation i handen och sänkningstendens som tecken på lätt central armpares.

Sten Fredrikson
professor, överläkare,
sten.fredrikson@ki.se

Karl Ekbohm
docent;
båda vid neurologiska kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge

Läkemedelsstentar är läkemedel och bör granskas som sådana

Är det inte dags att DES (drug eluting stents) granskas lika hårt som andra läkemedel på lokal nivå? Skall inte läkemedelskommittéerna vara med om denna bedömning?

På ACC (American College of Cardiology) 2006 presenterades flera studier som visade tvivelaktiga resultat av läkemedelsstentar avseende hårda slutmätningar såsom död och hjärtinfarkt. Det presenterades studier där metallstentar utan läkemedel hade bättre effekt på död och hjärtinfarkt än läkemedelsstentar.

Användandet av läkemedelsstentar varierar mycket stort i landet från enstaka procent till betydligt högre siffror. Priset på dessa stentar är mycket högt, högre än 10 års förbrukning av flertalet läkemedel. Vi anser att den »lokala« granskningen skall vara lika hård som

den av andra läkemedel och att den med fördel kan utföras med hjälp av läkemedelskommittéerna. I prioriteringsarbetet både nationellt och lokalt måste man också ta hänsyn till de stora kostnader-na.

Tommy Fraser
överläkare, medicinkliniken,
Lindesberg

Per Johanson
överläkare, SU/Östra,
Göteborg

Johan Herlitz
överläkare, SU/Sahlgrenska,
Göteborg

Magnus Simonsson
Centralsjukhuset i Kristianstad
magnus.simonsson@telia.com