



LT 46/2011 sidan 2353.

REPLIK OM TESTOSTERONKAMPANJ:

Sluta vara megafon för Bayer!

»Osakligheten i argumentationen mot 'Let's talk balls' är förvånande«, skriver styrelsen för Svensk andrologisk förening (SAF) [1] apropå kritiken mot Bayers testosteronkampanj [2]. Vad denna osaklighet består i får läsaren aldrig veta i stället talar man om hur odugliga svenska läkare är på området mannens sjukdomar och propagerar för andrologi som grenspecialitet.

Det är svårt att förstå varför SAF blivit Bayers försvarsadvokat om man inte känner till att bolaget finansierar föreningen. SAF:s verksamhetsberättelse 2011 avslutas: »Vi vill gärna än en gång tacka Bayer-Schering, Ferring och Lilly för det ekonomiska stödet de har gett till SAF och som har varit 'livsviktigt' för att genomföra föreningens aktiviteter.« Bayer har till och med betalat SAF:s vårdprogram för testosteronbrist! Jävsdeklarationen i Läkartidningen [1] är avsiktligt intetsägande. Redovisa i stället summorna som går till SAF, styrelsemedlemmarnas forskningsbidrag och andra ekonomiska mellanhavanden med Bayer!

Allmänläkare har kritiserat Bayer för vilseledande reklam till allmänheten [3, 4], som uppmanas söka vård för diffusa symtom för att få sitt testosteronvärde kollat och, i förlängningen, få substitution med firmans preparat. Inte ett ord av kritik mot SAF har framförts av allmänläkarskribenterna. Ändå har SAF ständaktigt ryckt ut till Bayers försvar, ibland till och med innan Bayer replikerat [5], i stället för att förena sig med allmänläkarna i ett kritiskt förhållningssätt till denna uppenbara »disease mongering« på kommersiell basis. Beteendet upprepas nu. Bayer svarar inte på min kritik [2], i stället rycker SAF ut [1].

Allvarligast är glidningar-

na vetenskapligt när Bayer ska försvaras. SAF påstår att ett normalt testosteronvärde gör att man kan undvika risken för prostatacancer och hjärt-kärlproblem [1]. Vid substitution? Frågan om hjärt-kärlsjuklighet kopplad till testosteronnivåer och substitution vet vi föga om: »Testosterone prescribing for older men is best restricted to clinical trials where ethical oversight ensures appropriate design and warnings to participants« [6].

SAF avfärdar [5] att testosteronsubstitution i en studie gav en ökning av allvarliga kardiovaskulära händelser [7] med att dosen var hög. Det är emellertid en Fass-dos och anses adekvat [6]! I stället lyfter SAF fram ett epidemiologiskt samband mellan höga testosteronnivåer och låg hjärt-kärlrisk [8]. Men det är

inget orsakssamband, som man mot allmänheten ger sken av [5], och säger inget om effekterna av substitution.

Om SAF ska tas på allvar, andrologi få större utrymme och någon lyssna på önskemålen om grenspecialitet gäller följande: Sluta vara megafon för Bayer, och plocka fram dolda manliga dygder som prestigelöshet och ödmjukhet! Kom ner från det akademiska elfenbenstornet – tron på att veta bäst även långt utanför andrologin! Ställ frågan: Varför reagerar allmänläkarkollegor i första linjens sjukvård så kraftigt på Bayers kampanj så att till och med förslag om bojkott av företags produkter framförs [9]?

Bengt Järhult

allmänläkare, Vårdcentralen, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

REFERENSER

1. Giwercman A, Pousette Å, Arver S, Abrahamsson L, Link K, Björndahl L, et al. Män har rättmätiga förväntningar på sjukvården inom andrologi. Läkartidningen. 2011; 108:2514.
2. Järhult B. Apropå! Ett försök att lansera testosteron till friska män: En skamlig kampanj. Läkartidningen. 2011;108:2353.
6. Handelsman DJ. Testosterone and male ageing: spinning the wheels [editorial]. Med J Aust. 2010; 193:379-80.
7. Basaria S, Coviello AD, Travison TG, Storer TW, Farwell WR, Jette AM, et al. Adverse events associated with testosterone administration. N Engl J Med. 2010;363: 109-122.
8. Ohlsson C, Barrette-Connor E, Bhasin S, Orwoll E, Labrie F, Karlsson M, et al. High serum testosterone is associated with reduced risk of cardiovascular events in elderly men. The MrOS (Osteoporotic Fractures in Men) study in Sweden. J Am Coll Cardiol. 2011;58:1674-81.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

SVENSK ANDROLOGISK FÖRENING OM TESTOSTERON:

Missförstått, mytomspunnet och en del av mannens hälsa

»Let's talk balls« har lett till en laddad debatt. Frågan landar hos primärvården, och i avsaknad av evidensbaserad behandling skapas problem. Reaktionerna är fullt förståeliga. Frågeformulär om vanliga och ospecifika symtom som grund för att identifiera män med testosteronbrist hjälper föga. De fångar män med testosteronbrist, men utan precision. Utredning av hypogonadism har sin bas i symtom, klinisk undersökning och laboratorieprov.

Det finns dock män med oupptäckt testosteronbrist som kan återfå psykisk och fysisk förmåga med behandling. Därför har internationella experter utarbetat riktlinjer för diagnos och behandling av hypogonadism [1, 2]. Svensk

andrologisk förening (SAF) riktlinjer är i paritet med dessa. Inga riktlinjer rekommenderar screening för testosteronbrist. Sjukvården måste bli bättre på att upptäcka när testosteronbehandling krävs. Till exempel är 75 procent av patienterna med Klinefelters syndrom inte ens diagnostiserade [3].

TOM-studien har nämnts som skäl att inte behandla hypogonadism [4]. Den skulle undersöka om män med lågt testosteron, avancerad hjärt-kärlsjukdom och muskelsvaghet förbättras av testosteronbehandling men avbröts då hjärt-kärlbiverkningar i testosterongruppen var vanliga än i placebogruppen. Testosteron upp till 150 procent av normaldos gavs för att få bra muskeffekt. Studien på-

kallar försiktighet med dosering av testosteron till äldre män med hjärtsjukdom men visar ingen säkerställd riskökning. Andra studier visar att lågt testosteron är markör för t ex ökad mortalitet vid hjärt-kärlsjukdom [5], kronisk njursjukdom [6] och obehandlad HIV-infektion. Detta talar för att normala testosteronnivåer inte utgör en hälsofara.

Det finns en laddning kring testosteron. Påståenden om testosteronets roll och effekter visar behov av uppdatering av kunskapsläget. Att svenska läkare skulle lockas att starta massförskrivning av testosteron till friska män som är lite trötta, småfeta och somnar i soffan på kvällen faller utanför all rimlighet. Debatten har ökat upp-



Foto: Colourbox

märksamheten kring mäns hälsa och sjukvård. Att män dör tidigare än kvinnor, söker sjukvård senare och har dubbelt så hög suicidrisk är ett problem.

En majoritet av männen har normal testosteronnivå livet ut. Sjukdom och övervikt kan leda till lågt testosteron oavsett ålder. Cirka 5 procent i åldrarna 50–80 år har låg testosteronnivå och symtom. En del av dessa är aktuella för behandling. Friska män med normal vikt har sällan låga testosteronnivåer [2, 7, 8]. Män som uppvisar symtom på testosteronbrist kräver medicinsk utredning med laboratorieprov och klinisk bedömning innan behandling påbörjas.

En hälsorisk som lyfts fram bygger på föreställningen att testosteron ger prostatacancer. Vi vet att testosteron inte ger prostatacancer och att män med högre nivåer av testosteron inte har högre risk för cancer [9, 10]. Det är ingen skillnad när det gäller prostata om man har normala egna nivåer eller har det genom testosteronbehandling.

Slutligen testosteron och sexuell lust. Män behöver en viss nivå för att ha normal lust och förmåga, men i själva verket mäts den sexuella funktionen vid relativt låg testosteronnivå. De förbättringar man kan få är vid behandling av män med låga nivåer. För vissa män leder minskad testosteronnivå till minskad fysisk och psykisk förmåga. Behandling kan då förbättra allmäntillståndet och ge ökad initiativkraft, mindre nedstämdhet, ökad fysisk förmåga och återkomst av en normal sexuell förmåga. Det torde vara bättre att rätta till en hormonell brist med testosteronbehandling än att överväga andra farmakologiska behandlingar [2].

Bengt Järhults slagfärdiga inlägg uppfattar vi som en inbjudning till seriös dialog kring andrologins roll. Vi ser fram mot en diskussion om gemen-

samma riktlinjer för att säkra ett bra omhändertagande av män som har testosteronbrist. Påståendet att SAF är köpt av Bayer och går läkemedelsföretagets ärende är dock precisionslösa rallarsvingar. SAF:s ändamål är att främja andrologin: Sakfrågorna är det viktigaste. Vi diskuterar gärna medicinska frågor om andrologi och är givetvis kritiska då det framförs åsikter som inte är korrekta. Med målet att garantera att män får bra sjukvård över hela landet föreslår vi att andrologi ska bli en subspecialitet. SAF samarbetar med olika organisationer och företag, och i likhet med de flesta specialistföreningar mottar vi sponsring från bl a läkemedelsföretag inom LIF:s riktlinjer.

Stefan Arver

Stefan.Arver@ki.se

Aleksander Giwercman,

Katarina Link, Åke Pousette, Leif

Abramsson, Lars Björndahl,

Claes Gottlieb, Saad Elzanaty;

Medlemmar av styrelsen för Svensk andrologisk förening

REFERENSER

1. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ, et al. ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations: investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *Int J Impot Res.* 2009;21(1):1-8.
2. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(6):2536-59.
3. Basaria S, Coviello AD, Travison TG, Storer TW, Farwell WR, Jette AM, et al. Adverse events associated with testosterone administration. *N Engl J Med.* 2010;363(2):109-22.
4. Carrero JJ, Qureshi AR, Nakashima A, Arver S, Parini P, Lindholm B, et al. Prevalence and clinical implications of testosterone deficiency in men with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26(1):184-90.
5. Morgentaler A, Traish AM. Shifting the paradigm of testosterone and prostate cancer: the saturation model and the limits of androgen-dependent growth. *Eur Urol.* 2009;55(2):310-20.

LÄS MER Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Guld som blir till sand...

■ Vi står vid ett vägskal angående kvalitetsregister, skriver Marie Wedin på Signerat i LT 48/2011 (sidan 2471). Tyvärr verkar Läkarförbundets inställning till kvalitetsregister inte utgå från patienternas bästa vid detta vägskal.

Läkarförbundets inställning till kvalitetsregister riskerar att slå tillbaka på patienterna och även på den egna professionen. Enligt Marie Wedin finns den verkliga säkerheten och kvaliteten i sjukvården i läkarnas professionella kunskande, erfarenhet, förmåga till kritiskt tänkande och förmåga att ändra uppfattning. Detta ska vidmakthållas genom bland annat forskning, fortbildning och kunskapspridning. Det Marie Wedin missar med sina argument är kvalitetsregistrens betydelse för forskning, fortbildning och utveckling av vården.

Vi patienter har inte invagats i någon falsk tro om registrens innebörd för säkerheten i vården. Inom reumatologin kan man tydligt se resultaten från kvalitetsregister. De har legat till grund för ett ökat patientinflytande samtidigt som den enskilda individen kan bidra till forskning. De har bidragit till bättre vård och behandling och till att patienten involveras i patientsäkerhetsarbetet. Genom kvalitetsregister och öppna jämförelser har den enskilda individen fått ökad makt och möjlighet att påverka sin behandling. En utveckling som vi och, som jag också tror, Marie välkomnar.

Men varför denna misstro mot kvalitetsregister när vi patienter är så positiva? Vi tror att många läkare helt enkelt inte vill engagera sig i det som påstås vara »meningslösa administrativa rutiner«. Registrering väljs bort till förmån för mer prestigefyllda uppgifter, och det blir patienten som får lida. Genom att hålla fast vid gamla system

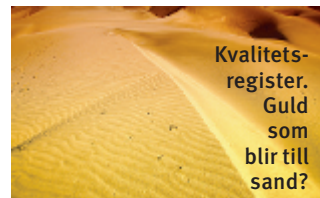


Foto: Colourbox

behåller läkarna sin makt och patienten blir utlämnad till deras välvilja.

Jag hoppas verkligen att Läkarförbundet vill ha en dialog med oss patienter om kvalitetsregister och att ni inser möjligheterna med dessa. Om man motarbetar registren innebär det också att man motarbetar en bättre vård och behandling för sina patienter. Jag tror att det är dags att fundera på vem man är till för!

Anne Carlsson

ordförande, Reumatikerförbundet

Politisk styrning av register oroar

■ Anne, du har missförstått min ledare. Läkarkåren är inte alls emot kvalitetsregister, tvärtom. Det är läkare som skapat och vidmakthåller registren för att kunna ge sina patienter vård av högsta möjliga kvalitet.

Det första registret skapades år 1975. Anledningen var att man ville följa hur knäproteser fungerade över tid. Registret har haft stor betydelse för utvecklingen av modern protesteknik till många reumatikers fromma.

Läkarkåren vill sköta och styra registren så att de fortsatt kan användas till att öka vårdens kvalitet via forskning och utveckling. Vad vi oroas över är att staten och Sveriges Kommuner och landsting vill ta över och styra vården genom dessa register. Detta kan leda till att kvaliteten och användbarheten urholkas till nackdel för såväl läkare som patienter. Vi skulle uppskatta patientföreningarnas stöd i denna fråga.

Marie Wedin

Läkarförbundets ordförande