

der större osäkerhet om svarens giltighet.

Patienter som lider av sömnapné syndrom, oavsett om de är feta eller smala, har rätt att veta vilka alternativa behandlingsmetoder som finns, metodernas effekt på mortalitet och morbiditet och vilka biefekter som kan inträffa. Det är vårdens skyldighet att så säkert som möjligt försöka besvara sådana frågor. Där kan den kliniska forskningen och hälsoteknologisk utvärdering (HTA) hjälpas åt med att slippa till en vass studiedesign.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kirurgkollegerna oroar sig med rätta över SBU

■ Lundakirurgerna Ekelund och Frederiksen påtalar i LT 35/2008, sidan 2350, att SBU kastar ut barnet med badvattnet när man underkänner kirurgi som en effektiv behandling för feta sömnapnoiker (en i övrigt vanlig kombination). SBU har i sin analys av problematiken sållat bort ett antal artiklar, som påvisar god effekt av viktreduktion med kirurgi på sömnapné, då dessa inte anses fylla gängse formella krav på kvalitet. Kirurgkollegerna i Lund oroar sig med rätta över detta.

All klinisk erfarenhet visar att viktreduktion, oavsett metod, har effekter på sömnapné, men det medges att många av dessa studier inte håller full vetenskaplig nivå. Vid vår enhet opererar vi inte, men en massiv klinisk erfarenhet har lärt oss att för många bukfeta män är VLCD-behandling (proteinpulver) i 8 veckor, följt av gängse kost, motion och beteendeterapi en synnerligen effektiv behandling som hjälpt många att lämna tillbaka CPAP-apparaten och få ett nytt och piggare liv.

Lundakollegerna ser SBUs restriktivitet som en viktig or-

- REFERENSER**
1. Ekelund M, Frederiksen S. Bäst behandling vid fetma och obstruktiv sömnapné syndrom är viktneigång. *Läkartidningen*. 2008;35:2350.
 2. SBU. Obstructive sleep apnoea syndrome. Report of a joint Nordic project. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007.
 3. SBU. Fetma – problem och åtgärder. SBU-rapport nr 160. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
 4. Lettieri CJ, Eliasson AH, Greenburg DL. Persistence of obstructive sleep apnea after surgical weight loss. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:333-8.
 5. Marien H, Rodenstein D. Morbid obesity and sleep apnea. Is weight loss the answer? *J Clin Sleep Med*. 2008;4:339-40.

sak till att en bra behandlingsform som kirurgi tappas bort. Detsamma gäller andra behandlingsformer, även om kirurgi tveklöst ger störst viktneigång. 10 kg hos oss kan dock räcka långt, och många menar att kommer man bara under ett individuellt tröskelvärde förbättras sömnapné dramatiskt.

En färsk rapport om sömnapné vid diabetes understryker behovet av viktreduktion men är tveksam till realismen i sådan terapi och fokuserar sedan på CPAP-utrustning [1]. Mötet vid vilket detta dokument togs fram sponsrades av en av världens största tillverkare av CPAP-utrustning ...

Stephan Rössner
professor, överläkare,
överviktsenheten, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge

- REFERENS**
1. Shaw JE, Punjabi NM, Wilding JP, Alberti KGMM, Zimmet PZ. Sleep-disordered breathing and type 2 diabetes: a report from the International Diabetes Federation Task-force on Epidemiology and Prevention. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008; 81:2-12.

Provocerande start av warfarinbehandling

■ I en artikel i *Läkartidningen* hävdar Richard Schnell att man som bästa rutin kan inleda warfarinbehandling genom att första dagen ge dygnsdosen 15 mg och nästa dag 7,5 mg [1]. Det är 5–7,5 mg högre dos första dagen än vad som är brukligt. Genom en regressionsanalys har han bestämt förväntad underhållsdos beroende på INR-värdet (international normalized ratio) nätt på tredje dagen.

Den skattade andelen patienter med INR-värden över 3 under tredje dagen var i Schnells material 19,6 procent. Från väsentligt större material är andelen över 3 i INR under pågående behandling 15,8 procent [2]. Även under de inledande två veckorna ser vi i ett annat av oss studerat material att andelen över 3 är drygt 15 procent. En mindre provocerande start kan därför ge en lägre andel patienter över 3. Att andelen ligger på 19,6 procent i stället för 15,8 procent innebär att 24 procent fler patienter överskrider gränsen 3.

En försiktigare start ger naturligtvis en högre andel som ligger under 2 i INR, jämfört med den påstått bästa. Studier om INR och risk för död visar att den lägsta risken för död gäller för INR i intervallet 2,0–2,4 [2, 3]. Riskkvoten för intervallet 1,0–1,4 jämfört med det optimala är 2,9 för all död och 2,2 för död med blödning som orsak, men riskkvoten för intervallet 4,0–4,4 jämfört med det optimala är 5,3 för all död och 9,0 för död med blödning som orsak. Höga värden på INR skulle kunna vara för-enat med fara (utan att det ger skydd i något avseende), därför är det inte utan problem att låta 24 procent fler individer få INR över 3.

Artikelns titel säger att Schnells metod är den bästa

metoden att starta behandlingen. Vi ifrågasätter den uppfattningen och anser att man med hittillsvarande fynd ska gå fram med större försiktighet, då den bästa metoden rimligen är den metod som ger så lite av trombotiska händelser och blödningar som möjligt.

I det lilla materialet som Schnell redovisat fanns inga blödningar för dem med höga INR-värden, men ett större material ger en annan bild. Något vetenskapligt argument för att metoden är bäst framförs således inte i artikeln, och materialet är otillräckligt för att belysa detta. Det fordras enormt många fler patienter och dessutom jämförelser med andra metoder för att starta behandlingen.

Helst skulle man vilja ha resultat från en randomiserad studie, men det är oklart om det vore etiskt acceptabelt att genomföra en sådan studie. Med hjälp av stora register vore det eventuellt möjligt att göra en observationsstudie för att belysa effekten av olika startstrategier.

Anders Odén
professor i biostatistik,
Göteborg

Martin Fahlén
docent i invärtesmedicin,
Kungälv
martin.fahlen@mailbox.hogia.net

- REFERENSER**
1. Schnell R. Provokation – bästa sättet att starta warfarinbehandling. *Läkartidningen*. 2008;105:2262-3.
 2. Odén A, Fahlén M. Oral anticoagulation and risk of death: a medical record linkage study. *BMJ*. 2002; 325:1073-5.
 3. Odén A, Fahlén M, Hart RG. Optimal INR for prevention of stroke and death in atrial fibrillation: a critical appraisal. *Thromb Res*. 2006;117:493-9.