

6–8 procent som dör under fem år och »bara« 20 procent som återinsjuknar i sin hjärtsjukdom (sidan 172). Å andra sidan är det väl känt att patienter i studier ofta är selekterade och har bättre prognos än patienter i allmänhet. I PRACSIS-studien i Göteborg inkluderande omkring 2 000 konsekutiva patienter med akuta koronara syndrom, avled 6 procent inom 30 dagar och 20 procent inom fem år [15]. Dessutom vet vi att majoriteten av hjärtinfarktdödsfall sker utanför sjukhus, ofta som första manifestation av sjukdomen.

**Hur är det då** med statinstudierna? Jag får intrycket att Ravnskov håller med om att statiner har effekt men att den är för liten och effekten alltför dyrköpt. Ett problem är att Ravnskov inte inser att moderna studier är designade för specifika frågeställningar. Beräkningar av styrka (power) är gjorda för definierade resultatmått (endpoints). Om studien inte är designad för att studera total mortalitet så är den inte det. Det är meningslöst att diskutera avsaknad av signifikanta skillnader avseende variabler som studien inte är designad för att studera.

Statiner har biverkningar, framför allt muskelsymtom. Orsaken till dessa är oklar. Att de medieras av reducerad Q10-syntes, som Ravnskov säger, är osannolikt och helt säkert obevisat. I en nyligen publicerad översikt konstaterar författarna att Q10 mot muskelbiverkan av statin troligen är verkningslös, sannolikt ofarligt men sannolikt trots allt har en viss placeboeffekt [16]. Nedgången av Q10 i blod under statinbehandling beror på att Q10 cirkulerar bundet till lipoproteiner och har inte direkt samband med vävnadskoncentrationen [16].

**Ravnskov skriver också** att statiner kan utlösa hjärtsvikt: »Flera kliniska experiment av andra forskare har också visat att hjärtfunktionen hos pati-

enter med hjärtsvikt förbättras om de behandlas med Q10.« Som referens anges en publikation av Langsjoen och medarbetare [17]. Detta är en helt okontrollerad observationsstudie av 50 patienter med diverse symtom och diagnoser. Man studerar inte alls hjärtsvikt, och någon statistisk analys genomförs över huvud taget inte. Publikationen kan möjligen betraktas som en fallrapport.

En mera adekvat värdering av statiner vid hjärtsvikt gjordes i CORONA-studien. Man såg där inga tecken på ökad sjukdom eller död vid statinbehandling av patienter med hjärtsvikt [18].

En annan biverkan som diskuteras är minnesförluster. De rapporter som funnit stöd för att statiner i stället minskar risken för Alzheimer och andra neurologiska sjukdomar [19, 20] nämns inte.

**Till slut vill jag konstatera** att den så kallade kolesterolhypotesen säkert bör diskuteras och ifrågasättas, men att den som vill göra detta på ett seriöst sätt nog bör undvika att liera sig med Uffe Ravnskov. De nedslag i boken som diskuterats ovan belyser en oseriös och ovetenskaplig argumentation baserad på slarviga referenser och svepande, ogrundade påståenden. De vittnar också om en förvånande okunnighet om modern molekylär biologi, cellbiologi, genetik och epidemiologi. Den som är särskilt kunnig eller verksam inom fältet avförs lätt som partisk.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jag har ägnat större delen av mitt yrkesverkssamma liv åt klinik och forskning kring lipidmetabolism och hjärtsjukdom och har under dessa år haft expertroller för nationella och internationella behandlingsriktlinjer. Dessutom har jag haft forskningssamarbete med och uppburit föreläsningarvoden från många läkemedelsbolag (Pfizer, AstraZeneca, MSD, Takeda och Bayer).*

REFERENSER

- Benn M, Nordestgaard BG, Jensen GB, Tybjaerg-Hansen A. Improving prediction of ischemic cardiovascular disease in the general population using apolipoprotein B: the Copenhagen City Heart Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2007; 27:661-70.
- Walldius G, Jungner I, Kolar W, Holme I, Steiner E. High cholesterol and triglyceride values in Swedish males and females: increased risk of fatal myocardial infarction. First report from the AMORIS (Apolipoprotein related MOrtality RiSk) study. *Blood Press Suppl.* 1992;4:35-42.
- Prospective Studies Collaboration, Lewington S, Whitlock G, Clarke R, Sherliker P, Emberson J, Halsey J, et al. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: a meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55,000 vascular deaths. *Lancet.* 2007;370:1829-39.
- Austin MA, Hutter CM, Zimmern RL, Humphries SE. Genetic causes of monogenic heterozygous familial hypercholesterolemia: a HuGE prevalence review. *Am J Epidemiol.* 2004;160:407-20.
- Neil HA, Hawkins MM, Durrington PN, Betteridge DJ, Capps NE, Humphries SE, Simon Broome Familial Hyperlipidaemia Register Group and Scientific Steering Committee. Non-coronary heart disease mortality and risk of fatal cancer in patients with treated heterozygous familial hypercholesterolemia: a prospective registry study. *Atherosclerosis.* 2005;179:293-7.
- Perers E, Caidahl K, Herlitz J, Karlsson T, Hartford M. Impact of diagnosis and sex on long-term prognosis in acute coronary syndromes. *Am Heart J.* 2007;154:482-8.
- Marcoff L, Thompson PD. The role of coenzyme Q10 in statin-associated myopathy: a systematic review. *J Am Coll Cardiol.* 2007;49:2231-7.
- Kjekshus J, Apetrei E, Barrios V, Böhm M, Cleland JG, Cornel JH, et al. CORONA Group. Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure. *N Engl J Med.* 2007;357:2248-61.
- Orr JD. Statins in the spectrum of neurologic disease. *Curr Atheroscler Rep.* 2008;10:11-8.
- Reiss AB, Wirkowski E. Role of HMG-CoA reductase inhibitors in neurological disorders: progress to date. *Drugs.* 2007;67:2111-20.

**LÄS MER** Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Uffe Ravnskov har beretts tillfälle till replik i ett kommande nummer. red

## För mycket antibiotika när läkarna inte använder öronmikroskop

■ Trots starka varningar att hög konsumtion av antibiotika leder till resistensutveckling fortsätter utskrivningen att öka. Flera studier visar att infektioner ofta går över utan att det skrivs ut penicillin. Alla läkare förstår att det blir allvarliga både miljö- och hälsokonsekvenser av att bakterier skaffar sig alltmer skydd mot våra olika antibiotika. Infektionerna i framtiden kan bli svåra att häva.

**Det är dags att tänka efter** varför det ordinerar så mycket antibiotika när det inte är nödvändigt. Det beror inte på illvilja och inte på att man struntar i om vi i framtiden kommer att få mer av allvarliga infektioner som blir svåra att häva, utan på osäkerhet och att läkarna inte tillräckligt kan använda rätt instrument.

De flesta vårdcentraler är välutrustade med öronmikroskop, men de används knappt. För att kunna arbeta i ett öra med hjälp av öronmikroskop krävs träning. Hjärnan behöver tränas för att öva upp koordinationen mellan händerna och de annorlunda synintrycken. Utan kontinuerlig träning är det svårt att hantera instrumenten i örat. Med otoskopet är det svårt att göra rent från vax och sekret, vilket krävs för rätt diagnos och rätt bedömning av infektionen.

Lägg undan otoskop och halvårliga ficklampor. Det är dags att konsekvent använda öronmikroskop och pannlampan/pannspeglar vid diagnostik av övre luftvägar.

**Marie-Louise Ekholm**  
överläkare och  
landstingspolitiker (m),  
Jönköpings län  
[marie-louise.ekholm@telia.com](mailto:marie-louise.ekholm@telia.com)