

REPLIK TILL MEDICINSK KOMMENTAR OM ME/CFS:

# Kroniskt trötthetssyndrom – mer än bara kronisk trötthet

Anders Lundins argument för en underliggande psykogenes i ME/CFS övertygar inte, anser två företrädare för Riksföreningen för ME-patienter.

I en medicinsk kommentar i Läkartidningen nr 36/2009 förordar Anders Lundin en biopsykosocial förklaringsmodell till kroniskt trötthetssyndrom (KTS eller ME/CFS) och frågar sig varför detta synsätt är så svårsmält för personer som vill att ME/CFS-diagnosen ska vinna ökad acceptans.

De två mest spridda definitionerna av ME/CFS kommer från amerikanska CDC (Centers for Disease Control and Prevention) [1] och från det så kallade kanadensiska konsensusdokumentet [2]. Båda innehåller många symptom utöver kronisk trötthet, endast 2–5 procent av alla patienter med långvarig trötthet har ME/CFS. Oxfordkriterierna skapades vid sidan av CDC:s ursprungliga kriterier och omfattar i huvudsak bara kronisk trötthet [3]. De inkluderar även psykiatriska diagnoser som depression och utmattningssyndrom.

**Mycket av den kontrovers** som funnits runt ME/CFS har berott på att man gjort studier på kroniskt trötta enligt Oxfordkriterierna och antagit att resultaten också är representativa för den undergrupp som har ME/CFS enligt CDC:s kriterier eller

**LISA FORSTENIUS**  
ordförande, Riksföreningen för ME-patienter

**STEN HELMFRID**  
kassör, Riksföreningen för ME-patienter, Stockholm

Kanadakriterierna. Någon studie som ger stöd för detta antagande känner vi inte till.

Lundin verkar förespråka en bredare definition av sjukdomen och pekar i sin kommentar på likheterna mellan ME/CFS och utmattningssyndrom. Han bortser från att det också finns väsentliga skillnader. Insjuknandet i ME/CFS är i regel plötsligt, ofta i samband med en infektion, symtomen förvärras efter fysisk ansträngning, och tröttheten beror på avsaknad av ork snarare än bristande motivation. Lundin säger att man i Norge inte gör åtskillnad mellan ME/CFS och utmattningssyndrom. »Ut-brethet« är dock ett separat begrepp också i Norge [4, 5].

**I den artikel** som Lundin avsåg att kommentera skrev Gottfries med flera att mykoplasmainfektion kan konstateras hos 50 procent av patienterna med ME/CFS och att infektionen kan behandlas så att provsvaren blir negativa. Lundin verkar tro att biomedicinska avvikelser vid ME/CFS beror på feldiagnostik och frågar sig vad som blir kvar av ME/CFS när man plockat bort alla fall med påvisbar etiologi. Detta är en missuppfattning. Infektioner kan vara riskfaktorer för att utveckla ME/CFS och kan även uppstå till följd av ett stort immunförsvar, men sådana infektioner är inte liktydiga med ME/CFS och förklarar inte hela symtombilden.

Lundin pekar på att det, trots den stora mängden biomedicinska avvikelser som identifierats hos patienter med ME/CFS, fortfarande inte finns något tillförlitligt diagnostiskt test. Sensitiviteten och specificiteten i avvikelserna är inte tillräckliga.

Problemet med att hitta tillräckligt sensitiva och specifika biomarkörer är knappast unikt för ME/CFS – jämför till exempel med alzheimers och parkinson – och innebär inte att diagnosen är oanvändbar. Vi har fortfarande en patientgrupp med en gemensam symtombild och stort överlapp av biomedicinska avvikelser. Det innebär heller inte någon motsägelser med en biomedicinsk förklaringsmodell. Avvikelse-erna är evidens för somatogenes, även om de inte är specifika för sjukdomen.

Vi håller dock med om att diagnosen ME/CFS i visst avseende är interimistisk, eftersom mycket pekar på att det finns undergrupper [6]. Identifieringen av dessa undergrupper är en angelägen forskningsuppgift inom biomedicinen, inte minst för att komma framåt i diagnostiken.

Lundin förespråkar ett så kallat biopsykosocialt synsätt för ME/CFS och menar att psykogenesen har en avgörande betydelse för besvärens karaktär [7]. Han presenterar inte någon evidens för den antagna psykogenesen, utan för bara vaga resonemang. Bland annat pekar han på att många av de biomedicinska störningar som identifierats vid ME/CFS förekommer även vid psykiska sjukdomar. Detta visar att det finns biomedicinska processer vid psykiska sjukdomar, men det är knappast evidens för psykogenes vid sjukdomar med samma



Riksföreningen för ME-patienter anser att evidensen för psykogenes vid kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS) är svaga.

biomedicinska avvikelser. Många av de biomedicinska störningar som identifierats vid ME/CFS har dessutom inte påvisats vid psykiska sjukdomar.

**Lundin pekar också** på en färsk studie som visar att psykisk sjukdom är en riskfaktor för att utveckla ME/CFS. Det är dock oklart vilken patientgrupp som studerats i den aktuella artikeln; insjuknandegraden hos de studerade patienterna ligger ungefär en faktor tre högre än vad man skulle förvänta sig med CDC:s kriterier. Det finns andra studier som kommit till slutsatsen att psykisk sjukdom inte är en riskfaktor för ME/CFS [8]. Dessutom, även om psykiska sjukdomar verkligen skulle visa sig vara en riskfaktor bevisar detta inte någon psykogenes. Lundins argument för en underliggande psykogenes i ME/CFS övertygar inte.

Lundin undrar varför det biopsykosociala synsättet är så svårsmält för dem som kämpar för att ME/CFS-diagnosen ska få ökad acceptans. Svaret är enkelt: Evidensen för denna hypotes är svag, och de behandlingsstrategier som formulerats (kognitiv beteendeterapi och gradvis ökad träning) fungerar inte. Den vetenskapliga metodiken i rapporter som pekat på gynnsamma behandlingsresultat har varit bristfällig, och studierna har i huvudsak utförts på patienter som uppfyllt Oxfordkriterierna [2].

Uppföljningar från patientföreningar för ME/CFS har visat på betydligt sämre resul-

tat. Många patienter försämras av behandlingen [9]. Den fokusrapport om kroniskt trötthetssyndrom som Stockholms läns landsting nyligen publicerat har utgått från de starkt kritiserade studierna av kroniskt trötta patienter som uppfyller Oxfordkriterierna. Detta är orsaken till att patientföreningen RME skarpt kritiserade rapporten i en omfattande inlägga [10].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Group. *Ann Intern Med.* 1994; 121:953-9.
2. Carruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome.* 2003;11:7-115.
3. Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, Borysiewicz LK, Clare AW, David A, et al. A report - chronic fatigue syndrome: guide lines for research. *J R Soc Med.* 1991;84:118-21.
4. En liten översikt över psykiska lidelser. Rådet for psykisk helse. [hämtad 5 juli 2009]. <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=26724&open=26448>
5. Kreyberg S. Kronisk/postviralt utmattelsesyndrom. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2004;124:2382-3.
6. Kerr JR, Burke B, Petty R, Gough J, Fear D, Matthey DL, et al. Seven genomic subtypes of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a detailed analysis of gene networks and clinical phenotypes. *J Clin Pathol.* 2008;61:730-9.
7. Lundin A. Kultursjukdomarna - den subjektiva ohälsans olika ansikten. *Läkartidningen.* 2008; 105:3123-8.
8. Viner R, Hotopf M. Childhood predictors of self reported chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in adults: national birth cohort study. *BMJ.* 2004; 329:941.
9. M.E. in the UK. Severely neglected. Membership survey, March 2001. Action for M.E. [hämtad 13 april 2009]. <http://www.afme.org.uk/res/img/resources/Severely%20Neglected.pdf>
10. Riksföreningen för ME-patienter. 2009/03 Fokusrapport om KTS (kroniskt trötthetssyndrom) i Stockholms läns landsting. Kommentarer. <http://www.rme.nu/>

**REPLIK TILL FÖRSÄKRINGSKASSAN:**

**Förnyad prövning vid fortsatt prövning – i realiteten en omprövning**

■ När vi skrev vår artikel rörande Försäkringskassans omprövningar i arbetsskademål i *Läkartidningen* 35/2009 (sidorna 2151-2) var det inte beslutat om den nya tillsynsmyndigheten, Inspektionen för socialförsäkring, ISF. Konstateras kan dock att denna myndighet är i uppbyggnadsskedet och inte ska ta ställning i enskilda ärenden. För övrigt motsatte sig Försäkringskassan att en sådan myndighet tillskapades. När det gäller vår formulering »omprövning« avser det prövningen av det initiala sambandet mellan nackrelaterade besvär och exempelvis

en olycka eller skadlig inverkan som Försäkringskassan en gång godkänt. Inte omprövning av rätten till livränta enligt lagen om arbetsskadeförsäkring, LAF, för en begränsad period. De facto är dock kassans förnyade prövning vid fortsatt prövning i realiteten att jämställa med en omprövning. Det är Försäkringskassan, och ett antal domstolar, som angett att Rättsliga rådet yttrat sig generellt vad avser pisksnärtsskador. Under våren kontaktade vi Rättsliga rådet och fick då besked om att Rättsliga rådet inte kan yttra sig generellt,

och att synpunkterna var de enskilda läkarnas uppfattning. Det föreligger således inte något ställningstagande från Rättsliga rådet, något som vi förletts att tro av Försäkringskassan. Föreligger det därmed alltså ett nytt kunskapsläge?

**Lars Wallstedt**  
överläkare, f d verksamhetschef, neurokirurgiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

**Ulf Lejonklou**  
förbundsjurist, LO-TCO Rättsskydd AB  
[Ulf.Lejonklou@fackjuridik.com](mailto:Ulf.Lejonklou@fackjuridik.com)

**Diagnosystem gratis i iPhone**

■ Diagnosystemet ICD-10 (International Classification of Diseases) innehåller ett stort antal diagnoser. De flesta läkare ställer många diagnoser varje dag. För att underlätta arbetet med att få fram rätt ICD-kod/ har jag och programmerare Mikael Mannberg tagit fram en webbplats för Apples mobiltelefon iPhone som söker igenom över 11 000 koder och som låter dig spara bokmärken så att du kan enkelt hitta tidigare sökningar. Att använda webbplatsen är gratis. Utvecklingen har skett i samarbete med representanter för Socialstyrelsen. Mer information: <<http://mannberg.co.uk/ICD10>>.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Jonas F Ludvigsson**  
docent, barnkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro; enheten för klinisk epidemiologi, Karolinska institutet, Stockholm  
[jonasludvigsson@yahoo.com](mailto:jonasludvigsson@yahoo.com)