

ge studier som vi redogjorde för, men de är likafullt de enda där enbart patienter med symtomgivande stenoser randomiserats till stentbehandling eller operation och är dessutom publicerade i välrenommerade tidskrifter.

Konrad och medarbetare anger att komplikationsfrekvensen efter stenting var hög i EVA-3S, vilket förvisso är fallet, men samtidigt var det en randomiserad studie där komplikationsfrekvensen i operationsgruppen var mycket lägre.

Huruvida användning av skyddsfiltar eller inte påverkade resultatet, är en spekulering som framförs i kommentaren, men några bevis för ett sådant påstående finns inte, allra minst i form av randomiserade studier. En subgrupps-analys visade ingen skillnad mellan patienter som behandlats med eller utan skyddsfiltar.

I den tyska studien förelåg ingen skillnad mellan grupperna baserat på »intention to treat«, utan denna framkom endast när man studerade dem som verkligen hade erhållit respektive behandling.

Om man vill framhäva operation kan man anföra att komplikationsfrekvensen för kirurgi var hög i den tyska studien ur både ett svenskt och ett internationellt perspektiv, 6,34 procent för ipsilateral stroke eller död, men vi avhöll oss från kommentarer av den art som Konrad och medarbetare gör. Det är märkligt att kommentatorerna inte framhäver också denna skillnad mot förväntat utfall.

Det framförs även att EVA-3S inte tog vederbörlig hänsyn till individuell teknisk skicklighet vid stenting av karotisstenoser. Vid den diskussion som försiggick vid symposiet, varifrån citatet från Charles Warlow hämtats, framfördes krav på olika antal genomförda karotisstentningar innan man kan anses vara tekniskt tillräckligt skicklig. Mer än hundra procedurer föreslogs som kvalificerande för att kunna göra ingreppet. Om detta är fallet, är det givetvis en nackdel förknippad med karotisstenting. Vem vill vara bland de första patienterna?

En intressant motsägelse finns också, där författarna anger att de har genomfört 80 karotisstentningar utan komplikationer och utan medverkan i kliniska studier. Hade författarna redan en inbyggd skicklighet som inte krävde trä-

ning med just karotisstenting, en skicklighet som uppenbarligen inte ansågs föreligga bland deltagarna i den franska studien? Var man dessutom redan så övertygad om metodens säkerhet att man avstod från möjligheten till en vetenskaplig värdering i en klinisk studie?

»Av denna anledning rekommenderar vi att karotisstenting tills vidare skall genomföras endast inom ramen för randomiserade studier.«

Konrad och medarbetare redogör också för betydelsen av patienturval för att minimera komplikationsrisken och anför att stenoser med mjuka/instabila plack måste anses som mindre lämpliga för stenting. Detta är naturligtvis ånyo en spekulering, men det skall erkännas att även vi ägnade oss åt liknande spekulationer. Det kan förväntas att karotislack som nyligen har givit symtom i en högre grad är mjuka och instabila.

Förutsättningen för nytta av intervention vid karotisstenos är att den görs tidigt efter symtomdebut, helst inom två veckor, då risken för stroke är som högst. Det kan således vara så att det finns en anrikning av mjuka och instabila plack i den grupp som verkligen behöver åtgärd för sin karotisstenos. I den franska studien fanns en målsättning att genomföra interventionen tidigt.

Vår slutsats var att karotisstenting i fortsättningen skall göras inom ramen för randomiserade studier eftersom de bägge redovisade studierna antyder att risken på kort sikt är högre vid karotisstenting än vid operation. Denna slutsats är inte alldeles ovanlig. Som exempel kan nämnas att ett konsensusutlåtande med detta innehåll antogs med överväldigande majoritet vid den årliga konferensen »Karolinska Stroke Update« i november 2006. Slutsatsen ter sig för oss mycket rimlig eftersom de bägge studierna inger misstanke om att karotisstenting kan vara förknippad med högre risk i det omedelbara förloppet efter stenting. Dessutom finns inga stora studier som bedömer det långsiktiga resultatet av karotisstenting.

Kommentaren avslutas med påpekan- det att numera seniora kärlkirurger hävdade att även karotisoperationer ansågs berättigade innan de blivit accepterade behandlingsmetoder. Vi förmodar att åtminstone två av författarna räknas in i gruppen seniora kärlkirurger, men har svårt att ta till oss av kritiken som aktiva deltagare i såväl European Carotid Surgery Trial (ECST) och North

American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET).

Sammanfattningsvis bemöts en redogörelse av två randomiserade studier med ett antal påståenden som definitivt inte är baserade på stark vetenskaplig grund. Författarna anger att valet mellan kirurgi och stenting inte får styras av prestige och förutfattade meningar. Vi understryker kraftigt detta och anser att valet bör styras av vetenskapliga studier med hög grad av evidens.

Av denna anledning rekommenderar vi att karotisstenting tills vidare skall genomföras endast inom ramen för randomiserade studier. Konrad och medarbetare är i detta avseende inte lika tydliga, då de menar att deras egna resultat räcker för att kalla karotisstenting »ett fullgott alternativ till öppen kirurgi«, trots att man numera deltar i en klinisk studie. Varför söka efter ett svar som man redan anser sig ha?

Jesper Swedenborg
professor
jesper.swedenborg@ki.se

Ulf Hedin
professor, överläkare;
båda vid kärlkirurgiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

David Bergqvist
professor, överläkare,
kirurgiska kliniken, kärlkirurgiska sektionen,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Redaktionell kommentar:

Rubrikerna godkända av författarna

■ Författaren/författarna till en vetenskaplig artikel i Läkartidningen får alltid ta ställning till och godkänna korrekturen, inklusive ingress och rubriker. Så har också skett i detta fall. Såväl Thomas Mätzsch som Jesper Swedenborg och medförfattare har således sett och godkänt rubrikerna till sina respektive artiklar. Läkartidningens rubrikförslag har i ett fall modifierats så att den i tidningen återgivna rubriken ordagrant är den av författaren önskad.

Jonas Hultkvist
chefredaktör, ansvarig utgivare

Vi kan inte göra om historien!

■ Jag är så pass gammal, 58 år, att jag tillhör den generation, läkare eller icke läkare, läkarbarn eller icke läkarbarn, som började »smygröka« vid 14 års ålder. Min fader (doktor) hade då slutat röka, men förebrådde mig aldrig!

Jag har för 30 år sedan suttit på journalcentralen, med mamman med sitt öronbarn mitt emot, med en cigarett i min hand, skrivandes Calciopen! Syster kom in och tömde askkoppen, då och då.

Alla ni historielösa yngre (och tyvärr äldre) kollegor som förträngt den verklighet som fanns då gör att jag skriver min första kommentar till Läkartidningen under mer än trettio år!

Jag slutade röka för 20 år sedan, men innan dess rökte jag med välbehag 20 stycken Camel utan filter per dag.

Sådana var tiderna.

Nu är de annorlunda.

Men vi kan inte göra om historien!

Jag hade en viss professor Werkö som sjukhuschef, eftersom jag gick min utbildning på Sahlgrenska, som alltid talade om rökningens faror. I Stockholm, på Södersjukhuset, nämnde man inte rökning, men väl blodfetter.

Att ens ta upp diskussionen om en tavla i Svenska Läkaresällskapets hus, vilket jag aldrig besökt, på grund av att en doktor har en cigarr i handen, är nog det mest befängda jag läst i denna tidning.

Professor Dunér, »Duntan«, brukade gå sin rond, under min utbildning på IVA (sic!), rökandes ...

Tack, Broder Bo Norberg, för en balanserad reaktion (Läkartidningen 14/2007, sidan 1165).

Mats Rosén

specialist i allmänmedicin
och företagshälsovård, Lidköping
grosn@telia.com

Historielöshet?

■ Yngve Hofvander vill ju inte att vi ska vara historielösa: Varför då inte låta porträttet med professorn i vit rock och med cigarr vara kvar? Det speglar ju något tidstypiskt!

Stefan Söderlundh

överläkare, röntgen, Centrallasarettet i Växjö
stefan.soderlundh@ltkronoberg.se

Depo-Medrol – ett alternativ vid behandling av astma

■ Med anledning av Lars Gottbergs inlägg i Läkartidningen 11/2007 (sidan 885) vill vi på Pfizer förtydliga informationen om Depo-Medrol (metylprednisolon).

Depo-Medrol är registrerat i Sverige sedan mer än 30 år och är godkänt bl a för intramuskulär injektion när långvarig allmän effekt är önskvärd, som t ex vid säsongallergier. Det finns lång och stor erfarenhet av detta läkemedel i sjukvården, vilket också underströks av Ido Ledens inlägg i Läkartidningen 13/2007 (sidan 1064).

Många patienter har under årens lopp behandlats med intramuskulära injektioner för kortvariga säsongallergier. Säkerhetsdokumentationen är synnerligen omfattande och ger trygghet i de fall man väljer att behandla med intramuskulär beredningsform.

Givetvis bör behandlingsriktlinjer jämte indikationer och kontraindikationer enligt Fass alltid beaktas av förskrivande läkare. I Fass finns angivet att efter intramuskulär injektion med Depo-Medrol uppnås maximal plasmakoncentration inom ett dygn, varefter koncentrationen gradvis sjunker under 2–3 veckor. Den maximala plasmakoncentrationen är endast cirka 3 procent av den som uppnås vid peroral intag. Risken för systemeffekter vid intramuskulär injektion borde således vara mindre än vid de doser som ges vid den peroral behandling som rekommenderas av Gottberg. Förvisso kan en peroral behandling avbrytas snabbt vid behov.

Det är alltid i mötet mellan den enskilde patienten och läkaren som rätt läkemedel ska väljas – Pfizer AB tycker det är angeläget att tillhandahålla Depo-Medrol som ett alternativ vid behandling av säsongallergi.

Eva Dahl

med dr, specialist
i invärtesmedicin och reumatologi,
chef för medicinska rådgivargruppen,
medicinska avdelningen, Pfizer AB