

Vinklat om behandling av astma hos barn

I en artikel i Läkartidningen 39/2007 (sidan 2784) med rubriken »Flutikason bättre än montelukast vid underhållsterapi av lindrig astma« har författaren valt att visa en bild på ett barn, uppskattningsvis i åldern 6–8 år, som inhalerar Ventoline dosaerosol direkt i munnen. Bildtexten säger: »Leukotrienantagonisten montelukast var inget alternativ till inhalationssteroider i de aktuella studierna«. Både bilden och bildtexten är direkt olämpliga och missvisande. Alla barnläkare vet i dag att det är direkt olämpligt att ordinera en dosaerosol till barn under 12 år utan att samtidigt använda en andningsbehållare (spacer).

Lika felaktig som bildvalet är tolkningen av studierna. Artikelförfattaren, Lennart E Hansson, kunde lika gärna ha valt att skriva: »Montelukast ger upphov till välkontrollerad astma hos de allra flesta med lindriga men persisterande besvär men är i allmänhet inte lika effektivt som flutikason 100 µg per dag«. I stället väljer Hansson att skriva: »Flutikason bättre än montelukast vid underhållsterapi av lindrig astma«. Bilden föreställande ett barn som tar astmaspray direkt i munnen är en jättemiss även från redaktionen, som borde veta bättre. Vi kan hoppas att Lennart E Hansson inte har haft något inflytande över bildtexten, som alltså är direkt missvisande jämfört med vad som står i artiklarna.

Det som den refererade studien [1] visar är att behandlingssvikt mätt som en kompositvariabel bestående av sju enskilda variabler uppträdde bland 30 procent av deltagarna i montelukastgruppen och bland 20 procent i de bägge flutikasongrupperna under en fyramånadersbehandling, dvs bland 10 fler per 100 behandlade i flutikasongruppen än i montelukastgrup-



Rubrik och illustration till det Nya rön som diskuteras i inläggen.

pen. Hur kan man på grundval av detta skriva: »leukotrienantagonisten montelukast var inget alternativ till inhalationssteroider? För de enskilda studerade variablerna skiljde sig inte de olika grupperna åt vad gällde antalet symptomfria dagar eller episoder med mycket svåra besvär. Fler i montelukastgruppen fick dock avbryta studien på grund av behandlingssvikt, och astmasymtomscore var till flutikasongruppens fördel.

Vi kan inte låta bli att citera slutet av diskussionsdelen av den artikel som Hansson har refererat. Så här skriver författarna själva: »Varje enskild

patient och dennes läkare måste välja en behandling som balanserar effektivitet med aktuella och upplevda risker och maximerar att patienten klarar att genomföra behandlingen. Det finns inte en enda lösning på behandlingen för att tillgodose dessa krav. Patienter med lindrig men persisterande astma kan gå över från flutikason två gånger dagligen till flutikason en gång om dagen. Peroralt montelukast är i genomsnitt inte lika effektivt, även om det ger upphov till bra astmakontroll hos de allra flesta patienter.«

När vi läser ursprungsartikeln i New England Journal of

Medicine får vi en helt annan bild av rollen för montelukast i astmabehandling än när vi läser Hanssons referat av densamma. Denna vinklade artikel indikerar att även korta artiklar under rubriken »Nya rön« i Läkartidningen behöver granskas av kunniga kollegor, s k peer review.

Magnus Wickman
professor,
allergienheten,
Sachsska barnsjukhuset;
institutionen för miljömedicin,
Karolinska institutet, Stockholm
magnus.wickman@ki.se

Per Gustafsson
docent, Barnfysiologen,
Drottning Silvias barn- och
ungdomssjukhus, Göteborg
per.gustafsson@vgregion.se

REFERENS

1. American Lung Association Asthma Clinical Research Centers, Peters SP, Anthonisen N, Castro M, Holbrook JT, Irvin CG, Smith LJ, Wise RA. Randomized comparison of strategies for reducing treatment in mild persistent asthma. *N Engl J Med.* 2007;356:2027-39.

REPLIK:

Hänvisade till Läke-medelsverkets rekommendationer

Jag har lite svårt att förstå på vilket sätt referatet är vinklat och dåligt initierat. Jag har gjort samma sammanfattning och dragit samma slutsatser som Magnus Wickman och Per Gustafsson: »Författarna konkluderar att patienter som är välkontrollerade med inhalationssteroider (flutikason) morgon och kväll kan föras över till inhalationssteroid i kombination med en långverkande β₂-stimulerare en gång dagligen och att detta har fördelar framför behandling med leukotrienantagonist, även om också den ger god astmakontroll hos de flesta patienter.« Citatet »Leukotrienantagonisten montelukast var inget alternativ till inhalationssteroider« förstår jag inte, och den texten förekommer inte i artikeln.

Jag misstänker att kritiken närmast rör rubriksättningen, och att använda ordet »bättre« är naturligtvis värde-laddat. Rubriksättning är alltid svårt, men om 80 procent klarade sig på inhalationssteroid och 70 procent på montelukast anger ju detta ändå att behandlingen med inhalationssteroider är »bättre«.

Jag vill gärna citera samma text som Wickman och Gus-

tafsson, men i original: »In summary, we found that patients whose asthma is well controlled with the use of twice-daily fluticasone can be safely switched to step-down treatment with once-daily fluticasone plus salmeterol. Oral montelukast is not as effective [min kursivering] although it provided good asthma control for most patients.«

Man kan möjligen kritisera mig för att jag valde att utöver referatet hänvisa till de då helt nypublicerade rekommendationerna från Läke-medelsverket. Jag angav tydligt att det gällde lindrig astma

hos vuxna. I de nya rekommendationerna anges i huvudbudskapen bl a att leukotrienernas roll i terapin har förtydligats. Jag betonade att leukotrienantagonister inte rekommenderas som singelterapi i Sverige med hänsyn till att den refererade studien var upplagd för just singelbehandling med montelukast.

Jag skulle möjligen ha skrivit att montelukast har en något annan roll vid astma hos barn, men enligt rekommendationerna är inhalationssteroider basbehandling även hos barn. Under steg 2 anges: »I vissa fall kan man överväga att använda leukotrienantagonist i monoterapi som underhållsbehandling av lindrig astma. Det gäller där barnet/föräldrarna av någon anledning inte kan eller vill använda inhalationssteroider.«

Att Läkartidningen valde att illustrera med ett foto på ett barn blir möjligen missvisande, men det kan jag personligen knappast lastas för.

Sven-Erik Dahlén hänvisar till enkätundersökningar där upp till 16 procent av läkarna även i Europa skulle föredra monoterapi med en leukotrienantagonist. Att man har olika uppfattningar om behandlingar är givetvis vanligt, men jag företräder ju inte min per-

sonliga uppfattning utan jag hänvisar till Läkemedelsverkets rekommendationer. Där framgår det att inhalationsbehandling med kortison är basbehandling och att leukotrienantagonister är andrahandsalternativ alternativt tilläggsbehandling vid otillräcklig effekt.

I en ledare i septembernumret 2007 av European Respiratory Journal skriver Paul O'Byrne om behandling av lindrig astma. Han anser att lågdos inhalationssteroid vanligen ger [»can often provide«] en ideal astmakontroll och reducerar riskerna för svåra astmaexacerbationer hos både barn och vuxna och bör vara [»should be«] rekommenderad behandling. Slutorden i slutsatsen anger dessutom: »Leukotriene antagonists are another treatment option in this population but they are also less effective than low-dose inhaled corticosteroids« [1].

Lennart E Hansson

verksamhetschef, överläkare, VO lung- och allergisjukdomar, hjärt- och lungdivisionen, Universitetssjukhuset i Lund
Lennart.Hansson@skane.se

REFERENS

1. O'Byrne P. How much is too much? The treatment of mild asthma. Eur Respir J. 2007;30:403-6.

REDAKTIONELL KOMMENTAR:

Om skillnaden mellan bildligt och bokstavligt

■ Magnus Wickman och Per Gustafsson har formellt rätt i sak. Barn ska inhalera med andningsbehållare (spacer), och bildtexten (formulerad av redaktionen) är tillspetsad. Men i korta texter som »Nya rön« måste vi ibland förenkla och spetsa till rubriker och bildtexter av pedagogiska skäl – fastän jag kan förstå de läsare som anser att vi går lite väl långt. Samma sak gäller bildvalet

– bra bilder ur den konkreta kliniska verkligheten finns inte alltid tillgängliga, och vi kan behöva välja bilder som är associativa snarare än konkret korrekta. Bilder och bildtexter är en illustration, inte en klinisk rekommendation.

Josef Milerad

medicinsk chefredaktör, Läkartidningen
josef.milerad@lakartidningen.se

Läkemedelsboken: 30-årsjubilar med oviss framtid

Läkemedelsboken tas för given av läkare och har blivit en integrerad del av svensk sjukvård. Bokens framtid är emellertid beroende av vad som kommer att hända med utgivaren Apoteket AB och dess samhällsfunktioner om monopolet upphör. Nästa upplaga, 2009/2010, kan bli den sista.

Det är i år 30 år sedan Läkemedelsboken (LB) utkom i sin första upplaga. LB har under åren förändrats såväl till det yttre som till innehållet. Initialt hade LB en ovanlig form, långsmal med mjuka pärmarna, och var avsedd för fickan i den vita rocken.

Nuvarande utseende fick LB i och med 1993/1994 års upplaga. Den var den första med en ny redaktion under ledning av Stockholmskirurgen Thomas Ihre, tidigare ordförande för Läkarförbundet, Läkarsällskapet och SBU Alert.

LBs förutsättning har varit och är det avtal mellan staten och Apoteket AB som reglerar bolagets skyldighet att tillhandahålla producentbunden läkemedelsinformation.

LB startade med ambitionen att konkurrera ut Fass och var de första tio åren starkt inriktad på forskningsögonblicket. Sedan länge har detta överlåtits till industrin, och

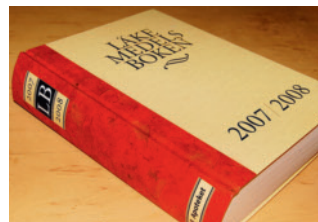


Foto: Uno Käärnk

Den senaste, och kanske näst sista, utgåvan av Läkemedelsboken.

flertalet landsting tillhandahåller i dag i sina datajournaler omedelbar uppkoppling till Fass via Internet.

LB har alltmer glidit mot att vara en terapihandbok med helhetssyn på omhändertagande och behandlingsråd – om än med en tydlig läkemedelsprofil. Det speglar en utveckling där läkaren i sitt tänkande inte ska fokusera bara på läkemedelslösningar utan ofta på icke-farmakologiska insatser. Dessa är ofta en första åtgärd eller en integrerad del i farmakoterapien.

En tydlig linje sedan bokens tillkomst är att sammanföra specialisten och allmänmedicinaren och således förena detaljkunskap med en bredare erfarenhet från patientmöten och sjukdomspanorama. Nästan alla kapitler har i dag allmänläkare som medförfattare eller självständigt ansvariga.

Denna förankring i såväl den slutna som den öppna



HÅKAN ODEBERG

docent, f d överläkare och verksamhetschef, medicinkliniken, Blekingesjukhuset
hakan@odeberg.com



BENGT JÄRHULT

vårdcentralen i Ryd/ FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com