

immunkompetenta patienter utan specifika kontraindikationer dessutom högdos kortison. Bättre vore att uppmuntra patienter att delta i ovannämnda studier.

Beträffande utredning skriver Hultcrantz att »IgM och IgG för Lymes sjukdom och MR för tumörsjukdom exkluderar dessa tillstånd«. Serologi kan dock vara negativ vid Borrelia-infektion. Dessutom kan patienter med Bells pares utan Lymes sjukdom ha positiv serologi för Borrelia [4].

För den intresserade finns en ännu utförligare översiktsartikel i New England Journal of Medicine, också den från september förra året [5]. Några slutsatser man kan dra av denna och övriga refererade artiklar är:

1. Evidensbaserade behandlingsriktlinjer saknas, nya studier behövs.
2. I väntan på dessa krävs vid en akut isolerad ensidig facialispares ingen utredning utöver noggrann anamnes och status. Vid tecken på Borrelia/herpes kan blodprov kontrolleras och infektionsbehandling inledas utan att invänta svar.
3. I övrigt kan behandling med steroider och antivirala medel övervägas i selekterade fall.

Eric Bertholds

överläkare, medicinkliniken,
Kärnsjukhuset Skövde
eric.bertholds@vgregion.se

Referenser

1. Hultcrantz M. Behandling av facialispares – evidensbaserade rekommendationer. Läkartidningen 2005; 102:744-5.
2. Allen D, Dunn L. Aciclovir or valaciclovir for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD001869. DOI:10.1002/14651858.CD001869.pub2.
3. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD001942. DOI:10.1002/14651858.CD001942.pub2.
4. Peltomaa M, Pyykko I, Seppala I, Viljanen M. Lyme borreliosis and facial paralysis – a prospective analysis of risk factors and outcome. Am J Otolaryngol. 2002;23:125-32.
5. Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. N Engl J Med 2004;351:1323-32.

Missas neuroborrelios som orsak till facialispares?

Facialispares är ett vanligt symtom vid neuroborrelios. Hos cirka 10–20 procent av alla patienter i Sverige med facialispares har Borrelia-infektion diagnostiserats [1, 2]. Hultcrantz refererar i sin artikel till en engelsk »clinical review« [3]. Uppfattningen där är dock inte representativ för svenska förhållanden. I Storbritannien är Borrelia-infektioner mycket sällsynta.

I Hultcrantz artikel omnämns Borrelia-infektion endast i en enda mening: »IgM och IgG för Lymes sjukdom ... exkluderar dessa tillstånd«. Detta påstående är inte evidensbaserat, vilket man får intryck av enligt artikelns rubrik. Facialispares orsakad av Borrelia kan inte uteslutas enbart genom antikroppsbestämning i serum, då både IgM- och IgG-antikroppar mot Borrelia kan saknas i det akuta skedet. Tidpunkten för antikroppsdetektion varierar mellan olika individer och kan i en del fall upptäckas först senare i sjukdomsförloppet.

Lumbalpunktion bör utföras

Det är viktigt att diagnosen neuroborrelios inte missas eftersom infektionen kan botas med peroralt doxycyklin. Vi menar att lumbalpunktion bör göras på alla patienter med facialispares där neuroborrelios kan misstänkas. Många patienter med Borrelia-orsakad facialispares har radikulitmärtnor och/eller sensibilitetsrubbingar som kan förekomma en tid före paresen med debut sommar/höst. Mindre än hälften av patienterna har erythema migrans.

Förutom antikroppsbestämning mot Borrelia i serum bör motsvarande undersökning göras i likvor. Har patienten förhöjt antal leukocyter i likvor och om man inte har någon annan uppenbar orsak till paresen rekommenderar vi peroral behandling med högdos doxycyklin

(mer information på <www.internetmedicin.se>, under rubriken Borrelia).

Vi håller inte med artikelförfattaren som under avsnittet »Rekommenderad behandling« föreslår att kortison bör insättas inom 72 timmar från paresens debut. Neuroborrelios bör först uteslutas! Kortison är inte lämpligt att ge till patienter med Borrelia-orsakad facialispares.

Lars Hagberg

professor, infektionskliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
lars.hagberg@medfak.gu.se

Anders Strömberg

docent, infektionsläkare, Billdal
andersstromberg1@yahoo.se

Referenser

1. Jonsson L, Stiernstedt G, Carlsson J, Strömberg A, Sjöberg O, Larsson A. Serum and cerebrospinal fluid examinations in the diagnosis of Borrelia infection in Bell's palsy. Acta Otolaryngol 1990;110:421-6.
2. Olsson I, Engvall K, Åsbrink E, Carlsson-Nordlander B, Hovmark A. Tick-borne borreliosis and facial palsy. Acta Otolaryngol 1988;105:100-7.
3. Holland NJ, Weiner GM. Recent development in Bell's palsy [clinical review]. BMJ 2004;329:553-7.

Bells pares – evidensbaserad behandling?

Akut dövhet (sudden deafness), akut ensidigt balansbortfall (vestibularisneuronit) och perifer ansiktsförlamning (Bells pares) är tre neurologiska katastrofer som oftast handläggs av öron-, näs- och halsläkare. Alla tre tillstånden har hittills i majoriteten av fall haft okänd genes. Det är därför lättförståeligt att diverse olika behandlingsmetoder har kommit att användas, och konsensus härvidlag har ej uppnåtts.

Artikeln i Läkartidningen

Det är därför av stort intresse när Läkartidningen i 10/2005 under avdelningen Klinik och vetenskap publicerar en artikel med rubriken »Behandling av facialispares – evidensbaserade rekommendationer«. Artikeln visar sig i huvudsak vara ett referat av en artikel i BMJ (2004: 329:553-7). Under rubriken »Clinical review« beskriver där två engelska otologer, Holland och Weiner, hur de utre-

der, behandlar och följer upp sina patienter med Bells pares. Ett antal källor i litteraturen anges och värderas, och författarna konkluderar att Bells pares förbättras efter behandling med kombinationen aciklovir och prednisolon, och de rekommenderar därför denna terapi.

Enighet råder om vikten av att skydda ögats hornhinna vid ansiktsförlamning och även om vikten av att dessa patienter ges ett gott psykologiskt stöd. Vid kvarstående läkningsdefekter kan inkoppling av plastikkirurg, logoped, sjukgymnast eller psykolog vara motiverad.

Sedan många år har en del av dessa patienter försöksvis behandlats med kortikosteroider, på senare år även med antiviral terapi. Detta har mestadels skett utanför kontrollerade studier, men sedan cirka tio år har även mer eller mindre väl kontrollerade studier publicerats. Till exempel har vissa studier visat bättre

läkning med steroidbehandling, andra sämre.

Kritik mot BMJ-artikeln

BMJ administrerar via e-post ett system som möjliggör snabba repliker och kommentarer till publicerade artiklar. Dessa kan studeras på www.bmj.com. Redan veckan efter publiceringen inkom tung kritik mot delar av Hollands och Weiners artikel från flera välrenommerade författare. Framför allt menade dessa att vi idag inte har underlag för att beskriva behandling med kortison och antivirala medel som evidensbaserad!

M J Burton, huvudansvarig för ÖNH-sjukdomar inom Cochrane-gruppen, framhåller att denna grupps genomgångar såväl 2002 som 2004 inte funnit evidens för sådan behandling och tillägger att man till och med är överraskad över att BMJ över huvud taget publicerat artikeln!

Olycklig rubriksättning

Mot denna bakgrund ter sig referatet och framför allt rubriksättningen i Läkartid-

ningen olycklig. Artiklar under »Klinik och vetenskap« har en tendens att jämföras med »vetenskap och beprövad erfarenhet«, vilket i det aktuella fallet innebär att annan eller avstående från medicinsk terapi skulle kunna leda till medicolegala konsekvenser.

Avvakta de pågående studierna

Som Malou Hultcrantz skriver pågår stora högkvalitativa studier av behandlingen vid Bells pares i Frankrike och Norden, men också i Skottland (där sir Charles Bell gav namn åt åkomsten för drygt 180 år sedan). Är det inte rimligt att vi för närvarande accepterar våra kunskapsbrister, behåller tills vidare de behandlingsprinciper vi har erfarenhet av och med stora förväntningar och öppna sinnen avvaktar resultaten från de pågående stora randomiserade studierna, beskrivna i Hultcrantz artikel?

Anders Flodström

överläkare, ÖNH-kliniken,
Centrallasarettet, Västerås
anders.flodstrom@ltv.se

Replik:

Avsikten med referatet var inte att ge

Artikeln om behandling av facialispareser i LT 10/2005 är ett referat av en »clinical review« som LT önskade få refererad.

Jag vill här framföra att avsikten ej var att ge rekommendationer för behandling av Bells pares i Sverige. Den studie (Skandinaviska Bell's Pares-studien) som kommenteras pågår för närvarande och planeras att pågå ytterligare minst 2 år. Fram till dess att resultatet av denna föreligger ändras nog inte nuvarande behandlingsrekommendationer vid Bells pares i landet.

Beträffande Borrelia är den kliniska

rekommendationen idag att ta ett akut serum och ett konvalescenserum efter ca 6 veckor vid okomplicerad Bells pares. Om däremot klinisk misstanke om Borrelia som orsak till perifer facialispares föreligger, så rekommenderas lumbalpunktion.

Malou Hultcrantz

professor,
öron-, näs- och halskliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna
malou.hultcrantz@karolinska.se

Redaktionell kommentar

Malou Hultcrantz har i själva verket skrivit ett referat av BMJ-artikeln på redaktionens förfrågan. Detta kunde tydligare ha framgått av presentation och rubriksättning.

Vi vet erfarenhetsmässigt att »evidensbaserade rekommendationer« publicerade i stora internationella tidskrifter får genomslag även i Sverige, och det var anledningen till att vi ville ha ett referat. Skriftväxlingen kring referatet visar att det var viktigt att ta upp BMJ-artikeln i Läkartidningen eftersom uppfattningarna i Sverige om vad som är

evidensbaserat uppenbarligen avviker från BMJ-artikeln slutsatser.

Josef Milerad

medicinsk chefredaktör,
Läkartidningen
josef.milerad@lakartidningen.se

Får Milton betalt?

I ett inlägg i Läkartidningen 11/2005 (sidan 881) ställer sig Anders Milton bakom ett förslag riktat mot läkemedelskommittéerna. Inget jäv uppges. Jag drar mig emellertid till minnes att Milton figurerat tidigare i samband med marknadsföring av besläktade budskap. Det var i en reklambilaga från Läkemedelsindustriföreningen 2002 [1], där det agiterades mot parallellimport, Läkemedelsförmånsnämnden, generisk substitution och arbetsplatskodning av recept.

Huvudnumren i reklambilagan var en solskenshistoria om ett patentskyddat läkemedel och en artikel där man baktalade parallellimport. Ovanför denna artikel fanns ett foto av Milton (»Anders Milton, VD för Läkarförbundet«) bredvid foton föreställande ordföranden i Astma- och Allergiförbundet samt två direktörer från Pharmacia och AstraZeneca. Det övergripande budskapet var att staten/landstingen jagar kortsiktiga besparingar på bekostnad av medborgarnas hälsa och näringslivets välbefinnande. Miltons uttalanden är förhållandevis oförargliga, men läsarens intryck blir förstärkt ändå att han stödjer alltihopa.

Vi har nu alltså två exempel på att Milton vänder sig emot åtgärder ämnade att stödja rationell läkemedelsanvändning. I det ena fallet säger oss erfarenheten att opinionsbildare och frontfigurer av Miltons rang sällan lånar ut sitt ansikte och anseende till reklam utan att få någon ersättning för besväret. I det andra fallet är det mer oklart, och jag tycker därför det är rimligt att fråga: Anders Milton, får du betalt för att motarbeta läkemedelskommittéerna?

Staffan Svensson

ST-läkare i klinisk farmakologi,
SU/Sahlgrenska, Göteborg
staffan.svensson@pharm.gu.se

Referens

1. Mandahl H, et al Läkemedel – hjälp för livet. Annonsbilaga från Läkemedelsindustriföreningen. Dagens Nyheter 2002-01-17.

Replik:

Svaret är nej

Ingen form av ersättning har utgått till mig från LIF eller något läkemedelsföretag. Man kan uttrycka kritiska uppfattningar utan att vara betald eller ingå i en konspiration. Och, ärligt talat, tycker Staffan Svensson att läkemedelskommittéerna idag fungerar så optimalt att deras verksamhet inte skall kunna diskuteras?

Anders Milton