

sjonen til migrene per se er mer tvilsom, og begreper som «migrenøs angittis/migrenøs vasospasme» bør derfor unngås (2).

Hos den aktuelle pasienten ble det initialt gjort MR-angiografi som dokumenterte fravær av karpatiske forhold. Dersom det likevel har vært karspasme i karotis-toppen, må denne ha normalisert seg innen få timer. Etter at pasienten var hemikrani-ektomert pga. malignt hjerneødem, tilkom det «alvorlig hjernestammeaffeksjon», og man påviste en fyllingsdefekt i toppen av a. basilaris som tre uker senere var borte. Hvorfor dette er mer forenlig med vasospasme enn en embolus i basilaristoppen fremgår ikke, heller ikke om det kan foreligge et blodstrømsbetaget (flow void) artefakt. Det er ikke informasjon om pasientens kjønn, bruk av medikamenter, blodtrykk, hodepine eller utvikling av andre symptomer, og pasienten ble tilsynelatende ikke spinalpunktet. Å vise til at migrene «i kombinasjon med tobakk mer enn nidobler risikoen for hjerneslag», styrker derfor i liten grad bevisførselen for karspasmer. I en ny metaanalyse er det bekreftet en doblett risiko for iskemisk hjerneslag ved migrene med aura (3), og ytterligere økt risiko for kvinner under 45 år som røyker og som bruker p-piller, men flere andre studier har ikke kunne dokumentere tilsvarende økt risiko for menn (2). Migrenøse infarkter rammer hovedsakelig bakre del av hjernen i forbindelse med en prolongert aurafase. En del migrenelaterede infarkter kan kanskje tilskrives paradoksalt embolisering via åpentstående foramen ovale, kombinasjon med skjult trombofil tilstand, og muligens migrenemedisiner. Dokumentasjonen på at vasospasme kan forårsake migrenelaterede infarkter er sparsom, og må kunne betraktes som kontroversiell (2). Den aktuelle pasienten røykte ikke, men benyttet snus. I en svensk studie fant man at snusbruk ikke økte risikoen for hjerneslag (4). Også den vasospasme fremkallende effekten av nikotin er uklart (5).

Karl B. Alstadhaug
Neurologisk avdeling
Nordlandssykehuset Bodø

Karl B. Alstadhaug (f. 1972) er overlege ved Neurologisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø og førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjørk MH, Thomassen L, Waje-Andreassen U. Cerebrale arterielle karspasmer. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1558.
2. Alstadhaug KB, Stovner LJ. Migreneboken – en medisinsk og kulturhistorisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget, 2011: s. 346–56.
3. Schürks M, Rist PM, Bigal ME et al. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009; 339: b3914.

4. Hergens MP, Lambe M, Pershagen G et al. Smokeless tobacco and the risk of stroke. Epidemiology 2008; 19: 794.
5. Carandang RA, Barton B, Rordorf GA et al. Nicotine replacement therapy after subarachnoid hemorrhage is not associated with increased vasospasm. Stroke 2011; 42: 3080–6.

Marte-Helene Bjørk og medarbeidere svarer:

Takk for diskusjonen! På grunn av pasientens og pårørendes ønske om anonymisering ble bevisst ikke flere opplysninger gitt. Embolier pre- og postoperativt er en viktig differensialetologisk mulighet. Utover det som er nevnt i manuskriptet fant vi ingen embolikilde i hjertet eller hjernens tilførende arterier. Transkraniell duplexsonografi av god teknisk kvalitet viste ikke-signifikant blodstrømsøkning i høyre media, forenlig med eldre rekanalisering hos pasienten med ukjent symptomdebut. Vi ser ingen grunn til at det taler imot arteriell spasme.

Blodstrømsbetingede (flow void) artefakter gjør ikke pasienter klinisk dårlig, etterlater heller ikke infarkter og er ikke relevant som diskusjonstema.

Snusbruken hos vår pasient var høy. Migreneanfalsbehandling eller andre medikamenter ble ikke brukt. Vi fant ikke indikasjon for spinalpunksjon etter negative blodprøver og negativ detaljert infeksjonsanamnese. Vi fant ikke holdepunkter for hypertensiv krise, vaskulitt eller subaraknoidalblødning. Risiko for slag ved bruk av snus hos pasienter med migrene er ikke undersøkt etter det vi vet.

Det er riktig at Schürks metaanalyse hovedsakelig viser økt risiko for slag ved migrene hos kvinner (1). Haapaniemi og medarbeidere og Becker og medarbeidere har funnet økt risiko hos menn (2, 3). Det er også riktig at det i noen svenske studier ikke er påvist økt risiko for slag hos snusbrukere. Hergens og medarbeidere finner økt risiko for fatalt hjerneinfarkt hos snusbrukere, men ingen generell risiko når alle slagtyper er inkludert (4).

Det er riktig at effekten av snus på cerebrale arterier er uavklart. Eksperimentelle studier har imidlertid vist karkonstriksjon ved akutt nikotinbruk og abstinens (5). Vi holder fast ved mistanken om cerebrale arterielle karspasmer etter høyt snusbruk som sannsynlig årsak til hjerneinfarkter hos vår pasient. Det er behov for flere studier om relasjonen mellom snus og hjerneinfarkt.

Marte-Helene Bjørk
Lars Thomassen
Ulrike Waje-Andreassen
Neurologisk avdeling
Haukeland universitetssykehus

Marte-Helene Bjørk (f. 1980) er ph.d. i nevrovitenskap og er lege i spesialisering ved Neurologisk avdeling.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Thomassen (f. 1947) er spesialist i nevrologi, professor ved Universitetet i Bergen og leder for Senter for nevrovaskulære sykdommer, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ulrike Waje-Andreassen (f. 1962) er spesialist i nevrologi, ph.d. og overlege på slagenheten ved Neurologisk avdeling.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Schürks M, Rist PM, Bigal ME et al. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009; 339: b3914.
2. Haapaniemi H, Hillbom M, Juvela S. Lifestyle-associated risk factors for acute brain infarction among persons of working age. Stroke 1997; 28: 26–30.
3. Becker C, Brobert GP, Almqvist PM et al. Migraine and the risk of stroke, TIA, or death in the UK (CME). Headache 2007; 47: 1374–84.
4. Hergens MP, Lambe M, Pershagen G et al. Smokeless tobacco and the risk of stroke. Epidemiology 2008; 19: 794–9.
5. Wang R, Wang Z. Three different vasoactive responses of rat tail artery to nicotine. Can J Physiol Pharmacol 2000; 78: 20–8.



Etikk og reproduktiv helse

I sin kronikk om reproduktiv helse i Tidsskriftet nr. 19/2011 gir Berit Austveg & Johanne Sundby en forredt fremstilling av den katolske kirke (1). Forfatterne synes å mene at fremskritt på dette området krever kamp mot kirken. Dette er beklagelig, blant annet fordi kirken er en av de viktigste aktørene i verden når det gjelder behandling og lindring av hiv/aids.

Forfatterne ser i praksis bort fra det etiske dilemmaet det innebærer å løse uønskede svangerskap ved å drepe fosteret. Den katolske kirke kan ikke lukke øynene for dette. For den innebærer det et svik mot vår kristne/humanistiske kulturarv basert på individets rett til liv. Uten kirkens kamp hadde antall aborter, også i Norge, vært langt høyere. Til tross for kirkens engasjement er abort likevel akseptert i mange land så sent i svangerskapet at fosteret er levedyktig. Den katolske kirkes syn innebærer også kamp mot dødsstraff, så abortsyn har ikke med kvinnesyn å gjøre.

Det er usant når forfatterne hevder at den katolske kirke opererer med et absolutt forbud mot abort. Kirken har alltid ment at nødverge er tillatt, også abort hvis det er

nødvendig av hensyn til morens liv. Lovgivningen i Nicaragua går lenger, fremprovosert av falske legeerklæringer om at morens liv var i fare. Resultatet ble en lov som er uakseptabel på dette punktet.

Spredning av hiv/aids har med seksualmoral å gjøre. Kirken er så radikal at den går til ondets rot. Nå kan man smile av kirkenes naivitet: folk kommer til å ha promiskuøs sex uansett. Men kirken har alltid vært klar over menneskets svakhet, uten derved å akseptere umoral. Kirken har tro på menneskets mulighet for å strebe mot det perfekte. Ingen moral aksepterer noe kun fordi det er et faktum.

Den katolske kirke mener ikke at det er bedre å leve promiskuøst uten kondom enn med. Tvert imot er den enkelte i det minste forpliktet til å redusere smitterisiko for sykdom. Men kirken nekter å sette stempel «ansvarlig sex» på et promiskuøst seksualliv bare det skjer med kondom. Derfor vil kirken heller ikke delta i kondomkampanjer for å løse hiv/aids-problemet. Det medvirker til å opprettholde en kultur med aksept av et promiskuøst seksualliv, og epidemien ruller videre. Kondom reduserer bare smitterisikoen, den elimineres ikke. I Uganda har myndighetene støttet opp om den katolske kirkes arbeid for et ansvarlig seksualliv, men også oppfordret til kondombruk hvis man ikke ser seg i stand til å følge kirkens moralbud. Aidsepidemien er mindre utbredt i Uganda enn andre land i det sørlige Afrika, hvor kirken står svakere. Norge burde derfor samarbeide med den katolske kirke om kulturpåvirkning. Kirken forbyr ikke å drive kondomkampanjer i tillegg. Det går an å ha to tanker i hodet samtidig.

Magnus Røger

Patologisk anatomisk avdeling
Oslo universitetssykehus

Håkon Bleken

Oslo katolske bispedømme
Kommisjon for rettferdighet og fred

Magnus Røger (f. 1956) er avdelingsoverlege ved Patologisk anatomisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Håkon Bleken er advokat og leder for Oslo katolske bispedømmes kommisjon for rettferdighet og fred.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Austveg B, Sundby J. Reproduttiv helse – tusenårsåret lengst fra oppnåelse. Tidsskr Nor Legeforen 131; 1907–9.



Epilepsi og førerkort

Vi takker Torkel Steen & Arne-Birger Knapskog for deres diskusjon i Tidsskriftet nr. 21/2011 (1) av vår kommentar om endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi (2). Det er lagt ned et betydelig arbeid for å harmonisere de norske helsekravene med Europa-kommisjonens direktiv av 2009. Steen & Knapskog påpeker at begrepsbruken i attester, epikriser og journalnotater ofte er upresis. Det er nok riktig, men det blir ikke bedre av at veiledning (3) og retningslinjer (4) bidrar til å tåkelegge begrepene.

De skriver: «Ett klassisk GTK-anfall er ikke epileptisk i direktivets språkbruk. Det er jo likevel ingen synkope.» Dette er vanskelig å forstå. Den internasjonale definisjonen av GTK-anfall er epileptiske anfall med bilateral symmetrisk tonisk kontraksjon etterfulgt av bilaterale kloniske rykninger i somatisk muskulatur (5). Krampeanfall kan imidlertid ha andre årsaker enn epileptiske utladninger i nevroner. Et eksempel er konvulsive synkoper der det opptrer subkortikale frigjøringsfenomener under kortikal iskemi.

De forklarer videre: «Vi har brukt betegnelsen «epileptiform» for å skille fra synkoper og for at også enkeltstående, epileptisilignende anfall skal omfattes. Bedre forslag?»

Ja, vi har det. I vår språkbruk anvendes «epileptiform» om de spesifikke EEG-potensialene som ses ved epilepsi og bør ikke brukes til å karakterisere anfall. I veiledningen (4) er «epileptiforme» anfall definert som en primær forstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet. Det uklare begrepet «epileptiforme» anfall bør erstattes av epileptiske anfall. Epileptiske anfall kan imidlertid forekomme uten å være ledd i epilepsi. Eksempler er akutte symptomatiske anfall i forbindelse med sykdomstilstander som rammer hjernen eller som enkeltstående anfall fremprovosert av spesielle situasjoner.

Ifølge retningslinjene skal pasienten ikke kjøre under nedtrappingen og i seks måneder etter seponering av antiepileptika, og dette skal meldes til Fylkelegen. Det er ikke spesifisert om førerkortet skal leveres til politiet (6). Steen & Knapskog underbygger behovet for meldeplikten med en tysk spørreundersøkelse blant pasienter utredet for synkope (7), men undersøkelsen har neppe relevans for epilepsipasienter.

Vi mener meldeplikt i slike situasjoner er unødvendig strengt og byråkratisk. Etter vårt skjønn holder det om pasientene får skriftlig informasjon om kjørekaresens, og at dette nedfelles i den medisinske journalen.

Vi mener veiledning og retningslinjer (3, 4) bør revideres slik at alle begreper og regler blir klare og forståelige både for nevrologer, andre leger og for folk flest.

Rasmus Lossius

Karl Otto Nakken

Avdeling for kompleks epilepsi – SSE
Oslo universitetssykehus

Eylert Brodtkorb

Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi
St.Olavs hospital
og
Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Rasmus Lossius (f. 1947) er spesialist i nevrologi og overlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karl Otto Nakken (f. 1945) er spesialist i nevrologi og seksjonsoverlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eylert Brodtkorb (f. 1948) er spesialist i nevrologi, overlege ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi og professor ved Institutt for nevromedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Steen T. Førerkort og anfall med bevissthetstap. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2010.
2. Lossius R, Nakken KO, Brodtkorb E. Endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1283–4
3. Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. (IS-1347)
4. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker (IS-1348)
5. Blume WT et al. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: Report of the ILAE task force on classification and terminology. Epilepsia 2001; 42: 1212–8
6. FOR 1984–07–13 nr 1467: Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-19840713-1467.html>
7. Maas R, Venturo R, Kretschmar C, Aydin A, Schuchert A. Syncope, driving regulations and clinical reality: a survey of patients. BMJ 2003; 326: 21

Ingen behandling?

Håkon Lie hevder i Tidsskriftet nr. 20/2011 at forfatterne av retningslinjene for korsryggssmerter ikke mener at 85 % av pasientene har uspesifikke ryggsmerter (1). Han kritiserer undertegnede for å ha bidratt til å inkludere slike pasienter i randomiserte studier for vurdering av operasjonseffekt (2, 3).

Ulike klassifikasjoner er foreslått for

>>>