

Skal alle (slag)pasienter ha samme behandling?

I Tidsskriftet nr. 21/2002 redegjør Lars Thomassen og medarbeidere for resultater av trombolytisk behandling ved akutt hjerneinfarkt hos pasienter innlagt ved Haukeland Sykehus (1). De fleste pasientene hadde et alvorlig slag med gjennomsnittlig SSS-skåre på 23. Resultatene var gode; 49% av pasientene var uavhengige etter seks måneder. Thomassens gruppe fortjener honnør for det som i nasjonal forstand kan kalles et pionerarbeid.

I en lederartikkel i det samme nummer av Tidsskriftet kommenterer norsk slagbehandlings andre nestor, Bent Indredavik, disse resultatene (2). Etter først å ha funnet artikkelen «interessant», konkluderer Indredavik med at «forskning i øyeblikket er viktigere enn klinisk praksis» hva angår trombolytisk behandling ved hjerneinfarkter. Ved å konsentrere innsatsen om å delta i IST-3-studien, mener Indredavik at man kanskje på lengre sikt kan hjelpe flere pasienter.

Et problem med IST-3-studien er at den i prinsippet inkluderer pasienter med hjerneinfarkt som om de utgjør en homogen gruppe. Det gjør de imidlertid ikke. Pasienter med sentrale okklusjoner av a. carotis interna eller a. cerebri media skal neppe behandles på samme måte som pasienter med små lakunære infarkter. Der foreligger allerede overbevisende dokumentasjon på at for proksimale okklusjoner av a. cerebri media er i alle fall intraarteriell trombolyse signifikant bedre enn annen tilgjengelig behandling (3). Pasienter med ulike typer leukemi skal neppe ha identisk behandlingsregime. Det synes enda mindre logisk å tro at alle pasienter med hjerneinfarkt skal ha det, så heterogene som årsaksforholdene er.

En hyppig benyttet innvending mot trombolytisk behandling ved hjerneinfarkt er at målgruppen for behandlingen er liten, Indredavik anfører 2% av slagpopulasjonen. Hvis minst 13 000 personer i Norge hvert år blir rammet av hjerneslag (4), vil minst 260 pasienter få slik behandling dersom vi allerede nå legger oss på amerikansk praksis. Dette er helt klart minimumstall, og likevel større enn for flere sjeldne kreftsykdommer der man iverksetter krevende spesifikke behandlingstiltak. Leger argumenterer sjelden for at man skal unnlate å gi pasienter med slike kreftformer dokumentert effektiv behandling fordi de er for få. Slagsykdommer har kanskje ennå ikke samme anerkjennelse.

Bent Indredavik fremhever helt riktig at store studier av trombolytisk behandling er et vesentlig gode for fremtidig kunnskapsgrunnlag (2). Det trenger ikke være snakk om et enten – eller, men heller om et både – og. Vi har allerede så mye kunnskap om effekten av trombolytisk behandling ved selekterte cerebrale infarkter at denne nå må kunne tas i klinisk bruk slik Thomassens gruppe har gjort det, uten at dette skal karakteriseres som mindre viktig.

Bodo

Rolf Salvesen

Litteratur

1. Thomassen L, Waje-Andreassen U, Næss H, Moen G, Smievoll AI. Trombolytisk behandling ved akutt hjerneinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2095–7.
2. Indredavik B. Trombolytisk behandling ved hjerneslag – bare for noen få? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2086.
3. Furlan A, Higashida R, Wechsler L, Gent M, Rowley H, Kase C et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomized controlled trial. JAMA 1999; 282: 2003–11.
4. Behandling av slagpasienter. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 8 fra komiteen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1995.

B. Indredavik svarer:

Trombolytisk behandling ved hjerneslag er omdiskutert, stod det i innledningen på min lederkommentar i Tidsskriftet nr. 21/2002 (1). Innlegget fra Rolf Salvesen bekrefter det. Mitt ambisjonsnivå på vegne av trombolytisk behandling er høyere enn Salvesens. Det medfører ulikt syn på hvordan vi i dagens situasjon bør prioritere mellom forskning og klinisk praksis.

Mitt utgangspunkt er at trombolytisk behandling trolig er meget nyttig for mange slagpasienter, men i vår iver etter raskt å etablere dette som et klinisk behandlingstilbud, har vi kuttet enkelte svinger i forhold til grunnleggende dokumentasjonskrav og forskningsmetodikk. Hvis vi hadde prioritert forskning i form av en større randomisert studie i slutten av 1990-årene, hadde vi nå trolig hatt aksept for omfattende klinisk praksis. Vi hadde sannsynligvis kunnet hjelpe langt flere pasienter. Jeg har selv deltatt i denne forskningen, og i etterpåklokskapens lys er det min oppfatning at en stor studie nå må prioriteres svært høyt.

Det betyr ikke at det er et enten – eller mellom forskning og klinisk praksis. Den

midlertidig godkjenning som kommer fra EU kan gi gode argumenter for å etablere raske prosedyrer for innleggelse, diagnostikk og opprustning av slagenhetenes akuttberedskap, slik at klinisk praksis blir mulig. Her har Thomassen og medarbeidere vært pionerer og laget en modell vi kan lære av. Den viktigste effekten av et slikt opplegg er at det vil gi økte muligheter for forskning i tidsvinduet etter tre timer.

En av styrkene med IST-3-studien er at den tillater kombinasjonen klinisk praksis og forskning. En annen styrke er at mange typer slagpasienter vil bli behandlet med trombolyse, men resultatene vil bli analysert i forhold til predefinerte subgrupper. Studien vil dermed kunne gi en del svar i forhold til Salvesens interessante spørsmål om hvorvidt alle slagpasienter bør behandles likt. Eksisterende analyser (2), inkludert PROACT-studiene, gir ingen sikre svar på dette. Hvis IST-3-studien også får en substudie der man benytter moderne MR-teknikker, så vil IST-3-studien med 6 000 pasienter som mål kunne gi et godt grunnlag for å finne ut om trombolytisk behandling kan benyttes i større omfang.

I motsetning til Salvesen tror jeg vi må gjøre en del prioriteringer i vårt helsevesen, og jeg mener trombolytisk behandling blir litt mindre viktig og litt mer krevende å forsvare ressursmessig hvis vi bare kan behandle 2% av slagpasientene. Det blir lettere å få helsetjenesten til å prioritere trombolytisk behandling hvis det har betydning for en større del av slagpopulasjonen.

Slagpasienter er dessverre en lavstatusgruppe. Vi får derfor neppe økte ressurser via «decibelmetoden». Etter min oppfatning er det bare grundig forskning som kan gi gode argumenter for at slagpasienter bør få en økt og mer rettmessig del av helsetjenestens ressurser. Derfor er forskning så viktig for slagpasienter, og derfor er forskning omkring trombolytisk behandling viktigere enn klinisk praksis i dagens situasjon, men det bør være plass til begge.

Trondheim

Bent Indredavik

Litteratur

1. Indredavik B. Trombolytisk behandling ved hjerneslag – bare for noen få? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2086.
2. Wardlaw JM, de Zoppo G, Yamguchi T. Thrombolysis for acute ischemic stroke (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.