

## Botulinumtoksin mot kronisk analfissur?

Injeksjon av botulinumtoksin er ikke mer effektivt enn konvensjonell salvebehandling ved kronisk analfissur.

Analfissur er karakterisert ved smerter i endetarmsregionen ved defekasjon. Manglende tilheling av en analfissur antas å skyldes spasme i interne sfinkter. Behandlingsstrategien er derfor å redusere hviletoneus i interne sfinkter ved hjelp av lokal applikasjon av medikamenter i 8–12 uker, men injeksjon av botulinumtoksin hver 2.–3. måned kan også forsøkes. Hvis farmakologisk behandling ikke fører frem, kan interne sfinkter spaltes kirurgisk.

I en dobbeltblindet studie ble 73 pasienter med kronisk analfissur randomisert til placeboinjeksjon og isosorbiddinitratsalve eller botulinumtoksininjeksjon

og placebosalve (1). Etter fire måneder var fissuren tilhelet hos 21 av 36 (58 %) av dem som fikk aktiv salvebehandling sammenliknet med 14 av 37 (38 %) i botulinumtoksingroupen. Residiv var hyppigere i gruppen som ble salvebehandlet.

– Det er enighet om at «kjemisk sfinkterotomi» bør forsøkes før kirurgi ved kronisk analfissur, sier professor Arild Nesbakken ved Gastroenterologisk kirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Aker. Denne studien var godt designet, men man lyktes bare å inkludere 55 % av dem som fylte kriteriene, og resultatet etter behandlingen er bare kjent hos 69 % av pasientene som ble randomisert og startet behandlingen.

Studien gir ikke holdepunkt for at botulinumtoksin bør være førstevalg i behandling av kronisk analfissur, noe som er i samsvar

med konklusjonen i en Cochrane-analyse fra 2006 (2). Enklere og rimeligere behandlingsalternativer, som lokal applikasjon av nitropreparat eller diltiazem, bør forsøkes først. Kirurgi vil fortsatt være nødvendig hos mange pasienter som ikke har effekt av «kjemisk sfinkterotomi», sier Nesbakken.

**Lars Frich**

*lars.frich@legeforeningen.no*  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Festen S, Gisbertz SS, van Schaagen F et al. Blinded randomized clinical trial of botulinum toxin versus isosorbide dinitrate ointment for treatment of anal fissure. *Br J Surg* 2009; 96: 1393–9.
2. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; nr. 4: CD003431.

### Menns dødelighet og kvinners utdanning

I en svensk studie har man undersøkt hvordan utdanningsnivå, sosial klasse, status og inntekt påvirker egen og partners mortalitet (*J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 992–8). Ved å undersøke registerdata analyserte forskerne disse variablene blant 1,5 millioner svensker i alderen 30–59 år i 1990.

Mortaliteten hos både menn og kvinner påvirkes av kvinners utdanning samt av menns inntekt. For menn var ektefellens utdanning viktigere for mortaliteten enn egen utdanning når mannens sosiale klasse var inkludert i analysen. Menns utdanningsnivå betyr mindre for mortaliteten hos kvinnene. Menns sosiale status betydde mer for ektefellens mortalitet enn kvinnes egen karriere.

### Telefonrådgivning for røykeslutt

I en metaanalyse ble effekten av telefonrådgivning til hjelp for røykeslutt vurdert (*Cochrane Database Syst Rev* 2009; nr. 3: CD002850). Endepunktet var røykeslutt etter minst seks måneder.

Blant røykere som kontaktet hjelpetelefoner og ble randomisert til multiple rådgivningsavtaler, var det flere som sluttet å røyke (n = 24 000, RR for røykeslutt ved seneste oppfølgingstidspunkt 1,37).

I undergruppen av studier som kun tilbød 1–2 telefonkonsultasjoner, så man liten effekt av intervensjonen.

## Etniske minoriteters syn på helsetjenester

Etniske minoriteters negative syn på helsetjenester kan skyldes dårlige erfaringer, kommunikasjonsproblemer og urealistiske forventninger.

Studier har vist at pasienter fra etniske minoriteter bedømmer helsetjenesten i vestlige, industrialiserte land mer negativt enn andre. I en ny engelsk tverrsnittsstudie med nesten 190 000 pasienter fikk ulike sider ved helsetjenesten dårligere skår av tre minoritetsgrupper (kinesere, andre asiater og svarte) enn av hvite pasienter (1). Dårligst skår hadde ventetid før konsultasjon og kontinuitet i behandlingen. Etter justering for pasientenes evaluering av pasientmottak og legens kommunikasjonsferdigheter, var kun de asiatiske pasientenes skår lavere enn hvite pasienters.

– En felles forståelse mellom behandler og pasient er et viktig suksesskriterium i helsetjenesten, sier allmennlege Harald Sundby ved Kalvskinnets legesenter i Trondheim. I en globalisert, multikulturell verden er ikke en god kommunikasjon noen selvfølge. Denne studien viser en prisverdig interesse for problematikken.

– Norske allmennleger har imidlertid lite å hente fra denne studien, mener Sundby. Det er ved å spørre sine pasienter med ikke-norsk bakgrunn at man best



Illustrasjonsfoto © Science Photo Library/GV-Press/NordicPhotos

får kunnskap om hvordan helsetjenesten kan gjøres bedre. Vær nysgjerrig, avklar forventninger og bruk tolk på vid indikasjon. Grunnlaget må være «rabita», som en pasient lærte meg betyr respekt og toleranse på afarisk, sier Sundby.

**Trine B. Haugen**

*trine.b.haugen@hf.hio.no*  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Mead N, Roland M. Understanding why some ethnic minority patients evaluate medical care more negatively than white patients: a cross sectional analysis of a routine patient survey in English general practices. *BMJ* 2009; 339: b3450.