

E. Hem svarer:

Jeg har sjelden fått så mye respons på noe jeg har skrevet som på denne artikkelen om moteord (1). Mange lesere har gitt uttrykk for det samme som Vold, Sundby og Filseth. Ergrelsen over moteordene kan bli så sterk at det gir seg kroppslig ubehag, som allergiske reaksjoner og kvalme, slik Vold og Filseth nevner. En trøst er det at disse ordene går av moten etter hvert. For eksempel var det moderne for 50–60 år siden å hilse med ordene *see you later*, ev. med tillegget *alligator*. Nå er den formelen steindød. Forsøker man seg på dette i dag, er man garantert fiasko, ifølge Finn-Erik Vinje. Ingenting er så ute som moten av i forgårs (2).

Når vi blir oppmerksom på et ord, en uttryksmåte eller en uttale som vi oppfatter som et avvik, da synes vi at vi hører det i ett sett. Når man først får øyne og ører opp for en språklig særegenhet, møter man den bak hvert hjørne (3). Det kan være plagsomt når slike ord får det til å rykke i vårt språklige nerveapparat. Men det gir også mulighet til å trene vår kritiske sans. Dersom tekst eller tale inneholder mange moteord, bør varselklokkene ringe. Kanskje er det en svadagenerator som står bak (4).

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Styr unna moteordene. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1128–9.
2. Vinje F-E. Moderne språk. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2002; 76.
3. Vinje F-E. Psykologisk. I: Finn-Erik Vinjes blogg 28.5.2012. www.finnerikvinje.no/blog/?p=14466 [17.6.2012].
4. Svadagenerator. Språkrådet. www.sprakrad.no/nb-NO/Klarspråk/sprakhjelp/Le-og-lar/Svadagenerator/ [17.6.2012].

Tema: Ryggmargsskader

I tre nummer har Tidsskriftet prisverdig viet ryggmargsskader stor oppmerksomhet (1). Artiklene har vært velformulerte og oversiktlige og viser at gruppen ved Nevrologisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus har all mulig kompetanse for å drive rehabilitering av spinalskader. Det samme gjelder miljøene ved St. Olavs hospital og Sunnaas sykehus.

Alle tre vil gjerne kalles «spinalenheter», noe som nok kan være kontroversielt. «Comprehensive spinal unit» ble definert av sir Ludwig Guttmann ved Stoke-Mandeville Hospital under den annen verdenskrig. Fra den gang og til i dag betyr «spinalenhet» noe mer enn et sted der ren opptrening etter skaden foregår. Den skandinaviske paraplyorganisasjonen for medisinsk personell som driver med ryggmargsskadebehandling (SMSOP/NoSCoS), og tilsvarende organisasjon for ryggmargsskadede pasienter (NORR), angir i sin definisjon av «spinalenhet»: «Till en sådan enhet förs den skadade personen direkt från skadeplatsen och behandlas där såväl i akutfasen som i uppträningssfasen. De årliga kontrollerna sköts eller dirigeras därifrån under resten av livet.» (uttalelse fra SMSOP og NORR, Göteborg 1991).

Det avgjørende punktet her er hvem som har ansvaret fra skadeøyeblikket. I dag blir ryggmargsskadede lagt inn i lokale kirurgiske avdelinger. Avhengig av hvor du er i landet blir 50–90 % av pasientene operert i akuttstadiet med «stabiliserende» inngrep på bruddstedet i columna. Dette til tross for at det så langt jeg kjenner til ikke finnes noen god prospektiv undersøkelse som viser at operasjoner, sammenliknet med konservativ behandling, fører til et bedret funksjonelt sluttresultat (2, 3). Tvert om er det rimelig grunn til å mistenke forverring ved inngrep som kan svekke mikrosirkula-

sjonen i medulla. Blodtrykket blir senket og man utsettes for anestesimidler etc. i en meget vulnerabel fase av en mulig regenerasjon av nevronalt vev (4, 5). I store undersøkelser i USA og Canada ble effekten av prednisolon i akutfasen vurdert (6). Langt de fleste pasientene ble også operert. Den bedringen som ble vist, kan like gjerne tolkes slik at prednisolon beskyttet pasientene mot de forverringer som et inngrep kunne representere.

Temaartiklene inneholdt ingen vurdering av akuttbehandlingen av spinalskader. Jeg kunne tenke meg å provosere de aktuelle miljøene til å gi en slik oppdatering. Samtidig kunne de da forsvare sin bruk av betegnelsen «spinalenhet» all den stund de ikke tar totalansvaret for sine pasienter. Hvis de så gjør, må de ta imot de skadede, selv vurdere indikasjoner for videre behandling og argumentere med inngrepskåte kirurger. Da ville vi også få «comprehensive spinal units», som internasjonal forskning til fulle har dokumentert er den beste organiseringen av behandlingen av ryggmargsskader.

Ragnar Stien

ragnarstien@hotmail.com

Ragnar Stien (f. 1938) er pensjonert nevrolog. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Tidsskrift for Den norske legeforening. Tema: Ryggmargsskade. <http://tidsskriftet.no/tema/Ryggmargsskade> (26.6.2012).
2. Donovan WH. Operative and nonoperative management of spinal cord injury. A review. Paraplegia 1994; 32: 375–88.
3. El Masri W. Management of traumatic spinal cord injuries: Current standard of care revisited. ACNR 2010; 10: 37–40.
4. El Masri W. Traumatic spinal cord injury: The relationship between pathology and clinical implications. Trauma 2006; 8: 29–46.
5. Hagen EM, Rekand T, Grønning M et al. Kardiovaskulære følgetilstander etter ryggmargsskade. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1115–20.
6. Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF et al. A randomized controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal cord injury (NASCIS II). N Engl J Med 1990; 322: 1405–11.

E.M. Hagen og medarbeidere svarer:

Vi takker Ragnar Stien for kommentarer til vår temaserie om ryggmargsskader.

Artikkelserien er ikke fullstendig. Flere viktige områder er ikke dekket, som akuttbehandling, urologiske komplikasjoner og forandringer i seksuallivet.

Behandlingen av ryggmargsskadede ved Haukeland universitetssykehus følger til enhver tid rådende internasjonale retningslinjer. Pasienten innlegges ved Nevrokirurgisk avdeling eller Ortopedisk avdeling for initial stabilisering og behandling. Vi har tidlig kommunikasjon mellom avdelingene, og rehabiliteringen starter mens pasienten enda ligger på akuttavdelingen. Vi er gjennomgående fornøyd med den kirurgiske behandlingen og vurderingene som gjøres av våre kirurger og opplever ikke at pasienter blir unødig operert. Ved behov for respiratorbehandling får pasientene oppfølging også fra Lungeavdelingen (landsfunksjon for respiratorbehandling). Pasientene kommer til Spinalenheten når de er stabilisert og kan motta tverrfaglig rehabilitering. Pasienter med tetraplegi får vurdering med tanke på håndkirurgi (Nasjonalt behandlingsteneste for funksjonsforbedrende kirurgi ved tetraplegi). Pasientene får tilbud om livslang oppfølging. Vi mener derfor at vi har en «comprehensive spinal cord unit».

I 1980-årene viste studier at metylprednisolon ga en klar bedring av sensoriske utfall, men uten effekt på motoriske utfall. Bivirkningene av høye doser metylprednisolon har gjort at de kliniske retningslinjene fra Consortium for Spinal Cord Medicine (1) og de nevrokirurgiske retningslinjene (2) angir bruk av høydose metylprednisolon som et behandlingssalternativ snarere enn en standard behandling.

>>>

Fordelene ved kirurgisk behandling av ustabile vertebrale skader inkluderer kortere sykehusopphold, færre sekveler etter langvarig immobilisering og raskere igangsetting av rehabilitering. Tidspunktet for dekompressjon, spesielt tidlig dekompressjon (innen 24 timer) for å bedre eller stabilisere nevrologiske utfall er fortsatt omstridt (3). En metaanalyse av studier av tidlig dekompressjon fra perioden 1966–2000 (4) viste at kirurgi utført innen 24 timer ga en klar bedring av de nevrologiske utfall sammenliknet med sen kirurgi.

Ellen Merete Hagen

ellen.merete.hagen@helse-bergen.no

Marit Grønning

Tiina Rekand

Ellen Merete Hagen (f. 1962) er spesialist i nevrologi og i samfunnsmedisin og har for tiden permisjon fra stillingen som assistentlege ved Seksjon for klinisk nevrofysiologi, Haukeland universitetssykehus. Hun har doktorgrad i epidemiologi ved traumatisk ryggmargsskader fra Universitetet i Bergen og er postdoktor ved Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marit Grønning (f. 1955) er dr.med., spesialist og professor i nevrologi. Hun bidro til opprettelsen av Spinalenheten ved Haukeland universitetssykehus og var medisinsk leder i ti år fra den åpnet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tiina Rekand (f. 1960) er dr.med. og spesialist i nevrologi. Hun jobber som overlege ved Spinalenheten, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Hun er medlem av styret for det norske ryggmargsskaderegisteret.

Oppgitte interessekonflikter: Har deltatt på kongressreiser sponset av Desitin og Allergan.

Litteratur

1. Consortium for Spinal Cord Medicine. Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2008; 31: 403–79.
2. Hadley MN, Walters BC, Grabb PA et al. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries. *Clin Neurosurg* 2002; 49: 407–98.
3. Scivoletto G, Di Donna V. Prediction of walking recovery after spinal cord injury. *Brain Res Bull* 2009; 78: 43–51.
4. La Rosa G, Conti A, Cardali S et al. Does early decompression improve neurological outcome of spinal cord injured patients? Appraisal of the literature using a meta-analytical approach. *Spinal Cord* 2004; 42: 503–12.

Tiazider er fortsatt velbegrunnet behandling



I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 7/2012 skriver Kjetil Løland at norske faglige retningslinjer og forskrivningspraksis bør oppdateres etter gjeldende kunnskap og ikke baseres på spekulative statistiske ekstrapolasjoner og gamle vaner (1). Han mener at de norske retningslinjene (2), der tiazider anbefales som aktuelt førstevalgspreparat, ikke er tillitvekkende fordi dokumentasjonen på tiazider også omfatter klortalidon, et preparat som er avregistrert i Norge. Han henviser til NICE-retnings-

linjene og til dokumentasjon på blodtrykkseffekter for å begrunne at tiaziddiuretika er mindreverdige legemidler ved hypertensjon. De norske retningslinjene som Løland sikter til, tok utgangspunkt i metaanalyser som ble utført spesielt i forbindelse med arbeidet (3). Blant de studier som inngikk i blodtrykkssavsnittet var det tre studier

med bruk av klortalidon, mens man i åtte studier brukte andre tiaziddiuretika. Metaanalysen inneholdt også sammenlikninger mellom ulike medikamentgrupper basert på komparative studier uten placebogruppe. Blodtrykksbehandling har en viss forebyggende virkning på dødelighet og hjerteinfarkt, men effekten på slag og hjertesvikt er iøynefallende. I metaanalysen kunne man ikke finne systematiske forskjeller mellom medikamentgruppene, og spesielt var det ingen forskjeller i tiaziders disfavør. Metaanalysene er nå publisert internasjonalt (4).

Vi kan ikke se at Kjetil Lølands kritikk rokker ved de konklusjoner retningslinjegruppen gjorde da dokumentet ble publisert i 2009.

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no

Bjørn Gjelsvik

Steinar Madsen

Ole Frithjof Norheim

Eivind Meland (f. 1950) er fastlege i Bergen og professor ved Universitetet i Bergen. Har deltatt i retningslinjearbeid om forebygging av hjerte- og karsykdom. Dette er også hans viktigste forskningsfelt. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Gjelsvik (f. 1949) er spesialist i allmenntilleggsmedisin og i samfunnsmedisin og er forsker ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo med fagfelt forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Steinar Madsen (f. 1956) er spesialist i hjertesykdommer og er overlege ved Statens legemiddelverk. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965) er lege ved Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Bergen. Han har ledet retningslinjearbeidet om forebygging av hjerte- og karsykdom. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Løland K. Tiazider – når skal vi gi oss? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 795.
2. Norheim OF, Gjelsvik B, Kjeldsen S et al. Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
3. Håheim LL, Fretheim A, Brørs O et al. Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 2008.
4. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Brørs O et al. Comparative effectiveness of anti-hypertensive medication for primary prevention of cardiovascular disease: systematic review and multiple treatments meta-analysis. *BMC Med* 2012; 10: 33.

K. Løland svarer:

Siden jeg sendte inn min kommentar i oktober 2011 (1) har Fretheim og kolleger publisert metaanalysene som lå til grunn for de nasjonale faglige retningslinjene i *BMC Medicine* i april 2012 (2). Artikkelen er et imponerende stykke statistisk og metodologisk arbeid og viser godt hvordan moderne modelleringsmetoder kan gi ny innsikt i eldre data. Det er et eksempel til etterfølgelse.

Metaanalysen illustrerer i tillegg godt mitt opprinnelige poeng: det å skjele til litteratur om høydose tiazider og lavdose klortalidon for å begrunne forskrivning av lavdose hydroklortiazid er en vanlig argumentasjonsrekke og i mine øyne spekulativ bl.a. av farmakokinetiske grunner som jeg har argumentert for tidligere. I de statistiske modellene bruker Fretheim og medarbeidere komposittvariabelen «diuretics» bestående av nettopp klortalidon og det som

>>>