

Tor-Arne Hagve (f. 1953) er overlege ved Tverrfaglig laboratoriemedisin og medisinsk biokjemi, Akershus universitetssykehus, og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristin Lilleholt (f. 1966) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Sørlandet sykehus, Kristiansand. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marianne Svendsen (f. 1953) er bioingeniør og enhetsleder ved Laboratoriet barneklivnikken, Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nevrografi ikke alltid nødvendig

Vi har med interesse lest Todnem & Sands artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2013 (1). Vi er enige i at nevrografi av høy kvalitet er nyttig ved uklar sykehistorie/uklare kliniske funn når det gjelder karpaltunnelsyndrom, men vi er uenige i rutinemessig preoperativ nevrografi. Karpaltunnelsyndrom er ved typisk sykehistorie og typiske funn en klinisk diagnose. Dette fremheves av mange, også av Bland (2), som Todnem & Sand refererer til. Ved gjennomgang av litteraturen og sin egen praksis fant Bland godt resultat i bare 75 % av tilfellene etter operasjon, det samme som Payan anga i 1988. I hvor mange tilfeller det rutinemessig ble utført nevrografi preoperativt, fremgår ikke av Blands artikkel.

Todnem & Sand anfører at tilbakegang av symptomene etter kirurgi ikke er bekræftelse på riktig diagnose. Dette mener vi er en påfallende påstand – vi oppfatter at riktig diagnose og godt resultat bekreftees når symptomene forsvinner etter operasjon. Vi er klar over at symptomene kan forsvinne spontant etter litt tid. Men fra pasienten søker lege og til han kommer til operasjon vil det vanligvis ha gått minst seks måneder. Har symptomene forsvunnet spontant eller ved konservativ behandling i ventetiden, skal han selvfølgelig ikke opereres.

Det anføres at preoperativ nevrografi er nødvendig for eventuelt å kunne vurdere nevrografi postoperativt. I en periode på 18 måneder ble det ved vår avdeling operert 391 pasienter etter rutinemessig preoperativ nevrografi. Postoperativt ble det utført nevrografi hos tre pasienter som kanskje hadde nytte av den preoperative undersøkelsen (3).

Todnem & Sand anfører en sensitivitet på 85 % ved nevrografi for karpaltunnelsyndrom. Hva da med de resterende 15 %, vil de risikere ikke å få behandling? I vårt eget materiale på 68 pasienter med preoperativ nevrografi ble 63 bra og tre bedre. Av disse hadde 14 normal nevrografi (3). I en nylig publisert artikkel ble 50 pasienter operert uten og 50 med nevrografi preoperativt, uten at det var forskjell i resultat (4).

Som ved all kirurgi kan ting gå galt, det gjelder også operasjon for karpaltunnelsyndrom. Norsk pasientskadeerstatning fikk 92 klager etter operasjon for karpaltunnelsyndrom i perioden 2005–10. 44 fikk medhold. Av disse var det 23 tilfeller av overskjæringer av nerve og 11 med mangelfullt spaltet ligament. Bare to tilfeller hadde noe med mulig manglende nevrografi å gjøre.

Hvis det er slik at årelang klinisk og akademisk bestrebelse på å oppnå forventet resultat av operativ behandling for karpaltunnelsyndrom ikke har ført oss fremover, må vi heller satse på opplæring i klinisk undersøkelse og operativ teknikk – ikke på ubegrunnede nevrofysiologiske rutineundersøkelser.

Harald Russwurm
carlha@online.no
Vilhjalmur Finsen

Harald Russwurm (f. 1935) er pensjonert seksjonsoverlege i håndkirurgi. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vilhjalmur Finsen (f. 1946) er professor i ortopedisk kirurgi og seksjons- overlege for håndkirurgi ved St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Todnem K, Sand T. Nevrografi ved karpaltunnelsyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 170–3.
2. Bland JD. Treatment of carpal tunnel syndrome. Muscle Nerve 2007; 36: 167–71.
3. Finsen V, Russwurm H. Neurophysiology not required before surgery for typical carpal tunnel syndrome. J Hand Surg [Br] 2001; 26: 61–4.
4. Zyluk A, Szlosser Z. The results of carpal tunnel release for carpal tunnel syndrome diagnosed on clinical grounds, with or without electrophysiological investigations: a randomized study. J Hand Surg Eur Vol 2013; 38: 44–9.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 11.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2961527/>

Farmasøyt eller farmakolog?

Det ligger an til forvirring når Kristian F. Hansen anmelder boken *Prescribed* i Tidsskriftet nr. 2/2013. Mot slutten skriver han om den fremtidige utvikling at «det er opplagt i Norge at for eksempel e-resept og andre teknologiske hjelpemidler innebærer at for eksempel farmasøyer ikke lenger bør bruke sin gode kunnskap til å gjøre vanlig butikkarbeid i apotek. De bør heller utdannes til kliniske farmakologer og ha felles undervisning med legene i stor grad» (1).

Det blir som å foreslå at psykologer bør utdanne seg til psykiatere. Farmakologer, eller kliniske farmakologer som det heter i Norge, har en femårig videreutdanning etter medisinsk embets- eksamen – til sammen et 11-årig utdanningsløp for å kunne bekle tittelen.

Farmasøyt er egentlig en ubeskyttet tittel, liksom klinisk farmasøyt er det. Cand.pharm. (som det het tidligere), nå master i farmasi er en beskyttet tittel, og oppnås etter en femårig utdanning. De som i dag har en bachelorgrad i farmasi kan også kalle seg farmasøyer og mange gjør det, men yrkestittelen er reseptfarmasøyt.

Roar Dyrkorn

roar.dyrkorn@stolav.no

Roar Dyrkorn (f. 1954) er spesialist i allmenmedisin og klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hanssen KF. Spennende om maktforhold ved reseptskrivning. Anmeldelse av boken: Greene JM, Watkins ES, red. Prescribed. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 201.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 28.1. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2962959/>