

behandling. Det synes vi er en stor nok forskjell til at statinbehandling kan forsvares hos målgruppen.

Iversens beskrivelse av egen risikoprofil er mangelfull. Blodtrykks- og blodsukker-nivå, lipidprofil inkludert HDL-kolesterol-måling, samt familiebelastning for kardiovaskulær sykdom er sentrale og godt dokumenterte risikofaktorer. Ni av ti tilfeller av koronarsykdom kan i dag forklares av kjente faktorer (5). Med individuell risikokartlegging, gjerne over tid, hvor både lege og pasient viser engasjement og ansvar, er behandlingsstrategi og behandlingsmål lettere å fastsette. Derved vil en eventuell medikamentell intervensjon også kunne gi større uttelling enn det studiene hittil forteller oss, både når det gjelder livskvalitet og overlevelse.

Arne Svilaas
Rikshospitalet

Sverre E. Kjeldsen
Kjell Midtbø

Arne Westheim
Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen
Moss

Litteratur

1. Kromhout D, Menotti A, Kesteloot H et al. Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle. Evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *Circulation* 2002; 105: 893–8.
2. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. *BMJ* 2003; 326: 1419–23.
3. Millen BE, Quatromoni PA, Nam B-H et al. Dietary patterns, smoking, and subclinical heart disease in women: opportunities for primary prevention from the Framingham nutrition studies. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 208–14.
4. Law M. Lipids and cardiovascular disease. I: Yusuf S, Cairns JA, Camm AJ et al, red. Evidence based cardiology. London: BMJ Books, 1998: 191–205.
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al.; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.

Neonatal alloimmun trombocytopeni

Vi takker for Terje Rootwelts kommentar i Tidsskriftet nr. 17/2004 (1) til vår artikkel i samme nummer (2) og hans tanker omkring generell screening av mødre med trombocyttype HPA-1bb.

Mange av innvendingene ble ikke diskutert i vår artikkel og er heller ikke aktuelle i denne situasjonen (2). Fra tidlig i 1970-årene er alle gravide med blodfaktor rhesus minus blitt screenet med tanke på rhesus-antistoff og mulighet for hemolytisk syndrom hos fosteret. Hva er da forskjellen mellom å screene for antistoff mot rhesus-faktor og trombocytffaktor HPA-1a? I begge situasjoner er det en risiko for fosteret. Når vi i dag vet at mødre med trombocytffaktor HPA-1bb er i risiko for å utvikle antistoff mot barnets blodplater,

har vi en plikt til å forebygge en mulig alvorlig hjerneblødning hos fosteret. Vi kan selvfølgelig ikke forhindre en intrauterin hjerneblødning, men ved det eksemplet vi har publisert (2), vil en planlagt forløsning kunne redusere en ytterligere blødning.

Når prosjektet om forekomst av neonatal alloimmun trombocytopeni i Norge er gjennomført i løpet av 2004, vil vi kunne forutsi hvilke mødre og hvilken mengde antistoff som utgjør en risiko for å få et barn med en uttalt trombocytopeni. I de tilfellene vil det være viktig å kunne forutsi om det vil være risiko for hjerneblødning og/eller risiko for alvorlig trombocytopeni, slik at en traumatisk fødsel i seg selv vil kunne være en risikofaktor. Så lenge vi har akseptert screening for rhesusantistoff, må vi se fremover for å kunne forhindre andre alvorlige hematologiske katastrofer, som for eksempel en alvorlig hjerneblødning. Dette er forebyggende medisin på et høyt nivå med mulighet for intervensjon i en etter hvert meget liten gruppe gravide i Norge bedømt etter erfaringene fra det pågående prosjektet.

Ville Rootwelt, som en ventende far, der det hos moren er påvist høye antistofftitre mot barnets trombocytter, avvente en normal vaginal fødsel med ev. komplisert, operativ forløsning med vakuum og/eller tang? Eller ville han heller ha en kontrollert forløsning med beredskap av forlikelige trombocytter i beredskap, når vi vet at levetiden for transfunderte trombocytter er svært lav og at risikoen for blødninger og hypertransfusjon er til stede? Selv er jeg ikke i tvil om hva jeg ville ha valgt.

Rolf Lindemann
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Rootwelt T. Neonatal alloimmun trombocytopeni. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2246.
2. Lindemann R, Svenningsen L, Kjeldsen-Kragh J et al. Tre spesielle graviditetsforløp til ettertanke. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2244–5.

T. Rootwelt svarer:

Jeg har fem barn, men hvis jeg likevel på nytt skulle bli en ventende far, ville jeg som Lindemann ha valgt sectio ved påviste høye antistofftitre. Men det er ikke det samme som at det er riktig å bruke (betydelige?) ressurser på å screene alle. Kanskje er det riktig, kanskje ikke.

Jeg vil gratulere Lindemann og medarbeidere med en vel gjennomført studie, som vi på Rikshospitalet med glede var med på, og som jeg ser frem til å se publisert. Den vil sikkert gi viktig informasjon. Det jeg er usikker på, er hvor stor helsegevinsten av screening av alle vil være, idet hjerneblødning rundt fødselen på bakgrunn av trombocytopeni trolig er meget sjeldent nå – jeg har ikke funnet noen tilfeller i de nyere studiene.

For bedre å kunne vurdere om det vil være riktig å innføre en generell screening, håper jeg at man også legger frem tall for ressursbruken forbundet med dette, inklusive ultralydkontroller, sectio og innleggelser i nyfødtafdelinger på grunn av «wet lung» og/eller prematuritet.

Terje Rootwelt
Rikshospitalet

Interessekonflikter ved terapianbefalinger

Statens legemiddelverk utgir jevnlig terapianbefalinger i tidsskriftet *Nytt om legemidler* og på Internett. Dette er prisverdig og riktig, men noen fallgruver må unngås. For det første bør dokumentasjonen som ligger til grunn for anbefalingene, komme tydelig frem. Her bør man velge en rigorøs tilnærming med uttømmende litteratursøk og gradering av evidens i henhold til internasjonale retningslinjer (1). Der terapianbefalingene er basert på tradisjon, patofysiologi eller andre alternativer til klassisk empiri, bør dette synliggjøres eksplisitt. For det andre må utvalget av eksperter som deltar i terapiverkstedene, være tilstrekkelig bredt og inneha den nødvendige uavhengighet. Dette er nødvendig for å sikre en kritisk gjennomgang av ulike terapeutiske virkemidler, særlig med tanke på at kommersielt motivert forskning opptar en stadig større plass.

Det har vist seg at det ofte er leger med betydelig industritilknytning som deltar i utarbeidingen av kliniske retningslinjer (2). Det kan dreie seg om fremragende forskere som har utført kliniske studier i regi av legemiddelfirmaer, og som deltar i terapiverkstedene. Det er ikke sikkert at disse kollegene er best skikket til å vurdere den praktiske kliniske betydningen av egen og andres forskning. Kanskje godt skolerte klinikere med noe mer avstand til legemiddelutprøving er å foretrekke?

Legemiddelverket har i samarbeid med svenske legemiddelmyndigheter nylig publisert terapianbefalinger ved sepsis (3). Disse oppfyller til en viss grad kravet om tydeliggjøring av evidensgrunnlaget, idet man har gradert verdien av foreliggende dokumentasjon. Redegjørelsen for litteraturløp er imidlertid svært mangelfull og utilfredsstillende, og det er påfallende at man i liten grad har reflektert over den kritikk som er fremsatt i kjølvannet av aktuelle kliniske studier.

Når det gjelder kravet om uavhengighet, har deltakerne i terapiverkstedet måttet oppgi potensielle interessekonflikter til legemiddelverkene i Sverige og Norge. Jeg har omsider fått tilsendt disse opplysningene (som burde vært publisert sammen med anbefalingene). Dessverre viser det seg at deltakerne i terapiverkstedet ikke har gitt