

välgjorda mortalitets- och morbiditetsstudier med losartan vid hjärtsvikt och diabetisk njurskada publicerade före LIFE. Ytterligare studier välkomnas givetvis men behövs knappast för att losartan skall accepteras som en etablerad behandlingsprincip.

Man kritiserar också valet av ett kombinerat effektmått (endpoint) i LIFE och kritiserar bl a att delkomponenter inte visar signifikanta resultat. Just för att man i studier av den här typen inte har statistisk styrka (power) för t ex mortalitet så väljer man en kombinerad endpoint som varit standard i de flesta studier inom hypertoniområdet inklusive STOP 1-studien, som av SBU-utredningen fick högsta betyg avseende bevisvärde.

Färre fall av nydebuterad diabetes

Det viktiga fyndet av 25 procent färre fall av nydebuterad diabetes på losartan-baserad terapi tas inte alls upp i inläggen. I en tid där vi står inför en »epidemi« av diabetes tycker jag att detta är ett kliniskt relevant fynd som på sikt kan få stora hälsoekonomiska konsekvenser.

Fortsatt debatt om prioriteringar

Slutligen tycker jag att det är olyckligt om debatten om LIFE-studien förs på en osaklig nivå och om en missriktad fixering vid kostnad per piller grumlar implementeringen av resultaten av en »välgjord

och viktig klinisk blodtrycksstudie« som Werkö och medarbetare uttrycker det. Mot bakgrund av det senare citatet är jag förvånad över att författarna inte anser att studien bör få konsekvenser för den aktuella hypertonibehandlingen.

Vem värnar patientens rätt till bästa behandling? Prioriteringen kostnads-mässigt kanske inte står så mycket mellan olika blodtrycksmedel – då patienterna ofta behöver flera i kombination – utan kanske mellan väldokumenterad hypertoni behandling och icke-dokumenterad dyr annan behandling?

PS om brevutskicket

Kanske bör jag för fullständighetens skull också klargöra några omständigheter kring massutskicket av brevet på universitetets papper. Brevet var avsett för en mindre grupp svenska och utländska kolleger med speciellt intresse inom området. Utskicket till ett stort antal läkare gjordes av MSD utan att ange sig själva som avsändare och utan att MSD hade kommit överens med vare sig mig eller Göteborgs universitet. MSD har skickat ut följebrev och förklarat sitt misstag.

Svar till Mats Lindberg

När det gäller Mats Lindbergs inlägg i detta nummer (sidan 2324) hänvisar jag i princip till mitt ovanstående svar men

vill komplettera med följande. Lindberg vänder sig emot att vi i Lancetartikeln skriver att LIFE-studien »should affect future guidelines«. Jag kan inte se något konstigt med det, vi säger ju inte hur de skall påverkas och vi visste när vi skrev artikeln att flera guideline-kommittéer väntade bl a på denna studie för sina rekommendationer. Hur de sedan formulerar sina guidelines ankommer på dem.

»Varför talar man inte istället om att betablockerare till hjärtsviktpatienter ...«, frågar Lindberg. Jag rekommenderar gärna betablockerare till hjärtsviktpatienter, och jag talar också gärna om många andra väldokumenterade och underanvända terapier, men nu var det inte betablockerare vid hjärtsvikt som LIFE-studien handlade om.

Fortsatt diskussion om tolkningen

Lindbergs tolkning av hur losartan skall användas i framtiden får stå för honom; jag lämnar den delen till en nödvändig fortsatt diskussion och till de officiella, brett sammansatta grupper som är tillsatta för att komma med sådana rekommendationer grundade på all tillgänglig dokumentation, där proriteringar avseende kostnader också måste vägas mot andra åtgärder i samhället. Kanske skall man välja en bevisat säkrare och därmed dyrare bil även om man inte krockar varje gång man kör? •

Anmärkningsvärt om östrogen i klimakteriet

SBU har just publicerat sin uppdaterade rapport om östrogenbehandling i klimakteriet och bland annat konstaterat att det vetenskapliga underlaget i mindre utsträckning än tidigare ger stöd för att rekommendera östrogentillförsel för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom efter menopaus. I Läkartidningen har Gabriel Fried [1] och i Ugeskrift for Lege Anette Tønnes Pedersen och Bent S Ottesen [2] samtidigt gått ut med referat av litteratur som skulle stödja tanken att östrogenbehandling är motiverad för att förebygga hjärt-kärlsjukdom.

PETER HENRIKSSON

EVA SWAHN

medlemmar i SBU:s projektgrupp för rapporten »Behandling med östrogen«

LARS WERKÖ

ordförande i projektgruppen

■ Gabriel Fried har blivit imponerad av en studie omfattande 222 kvinnor, där man studerat östrogen i förhållande till en surrogathändelse, den uppmätta kärltjockleken i arteria carotis communis. För den aktuella frågeställningen räcker

det med att påpeka att de fynd som gjorts i denna studie inte visar huruvida den genomförda behandlingen över huvud taget påverkar sjukligheten i angina, hjärtinfarkt eller slaganfall. Det fordras, som Fried också påpekar, »fortsatta studier för att vidare kartlägga östrogena och gestagena effekter på hjärt-kärlsystemet«. Det är då ansvarslost att påstå att östrogen har »gynnsamma effekter på kardiiovaskulär hälsa«.

Pedersen och Ottesen har på liknande sätt velat rekommendera östrogen som profylax, men baserat på de observa-

tionstudier som numera är klart visat var genomförda på individer som inte var representativa. Dessa studier diskuterades i SBU:s projektgrupp och ansågs inte kunna bilda underlag för någon rekommendation.

Påverkar inte SBU:s slutsatser

Det är anmärkningsvärt att det är gynekologer/obstetriker som anser sig kunna bedöma den kardiologiska litteraturen bättre än de kardiologer som deltagit i SBU:s utredningsarbete. Inläggen i de två läkartidningarna påverkar inte de slutsatser som drogs av SBU:s styrelse och vetenskapliga råd baserat på den genomgång av litteraturen som genomförts.

Referenser

1. Fried G. Gynnsamma effekter av östrogen på kardiiovaskulär hälsa. Läkartidningen 2002;99:2066-7.
2. Pedersen AT, Ottesen BS. Hormonbehandling i övergangsalderen og risiko for kardiiovaskulær sygdom. Ugeskr Læger 2002, <http://www.dadlnet.dk/ufli>, accessed 2002-04-30.