

KLINISK - EPIDEMIOLOGISKE LÆRESTYKKE

Steinar Hunskaar (f.1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og spesialist i allmennmedisin. Han er redaktør for boka «Allmennmedisin» som kom i 1997. Ved Seksjon for allmennmedisin har dei vektlagt klinisk epidemiologi, EBM og kritisk litteraturvurdering i undervisninga si, og Hunskaar vil med ujamne mellomrom gje eksempel for lesarane av UTPOSTEN.

Overforbruk av alkohol – anamnese eller blodprøve?

Tenk deg at Helge Hansen (53) har avtalt time for blodtrykkskontroll etter at du fann 160/100 ved ein konsultasjon for dyspepsi. Etterpå ringte klokken: kan det være alkoholutløste plager? Du har tenkt å spørre han ut, men dessuten har du høyrte om prøven CDT (carbohydrate-deficient transferrin) som kan analyserast ved sjukehuset. den skal vere mykje betre enn den gamle GT, men kor mykje betre?

Dette handlar dermed om prøven sin sensitivitet og spesifisitet. Svaret bør ikkje finnast i ei tilfeldig bok, men etter metaanalysar eller ved vurdering av ei aktuell studie med pasientar med relevans for din praksis og med ein epidemiologi som til ein viss grad kan overførast. Ein sjekk i ei norsk brukarhandbok (1) gjev noko til hjelp: «Etter en ukes inntak av mer enn 50–80 g etanol pr. dag, vil CDT i serum øke. ... I litteraturen er testens sensitivitet oppgitt til mellom 0,26 og 0,94, og spesifisiteten til mellom 0,87 og 1,0. Den diagnostiske nøyaktighet for s-CDT ved diagnostikk av alkoholmisbruk er således ikke sikkert fastlagt.»

Læreboka i allmennmedisin omtalar tidlege symptom og teikn på alkoholmisbruk og gjev råd om god alkoholanamnese (2). Verken GT eller CDT blir der tilrådd brukt som test for alkoholoverforbruk. RISK-metoden (CAGE) inneheld 4 spørsmål:

- (1) Har du nokon gong drukke alkohol om morgenen, enten for å roe nervane eller for å bli kvitt bakrus.
- (2) Har du nokon gong blitt irritert fordi nokon har kritisert alkoholforbruket ditt?
- (3) Har du nokon gong vore misnøgd med deg sjølv eller hatt skuldskjennelse på grunn av alkoholforbruket ditt?
- (4) Har du nokon gong følt at du burde kutte ned på alkoholforbruket ditt?

1–2 positive svar gjev grunnlag for mistanke om alkoholproblem, med 3–4 positive svar tyder på større alkoholproblem.

CDT og CAGE-testen har no vore testa ut i ein klinisk studie ved ein medisinsk poliklinikk i England (3). 81 pasientar i alderen 20–85 år vart utspurt og testa. 13 (16% prevalens) vart definert som storforbrukarar av alkohol (>400 g alkohol/veke, tilsvarar 32 alkoholeiningar = 20 halvliter pils = 5 flasker vi = 1,5 flaske brennevin). Det vart ikkje vist data for gruppa med moderat alkoholforbruk.

Både CAGE og CDT identifiserte 9 av dei 13, sensitiviteten var altså 69% (9/13). CDT identifiserte 55 av dei «friske» rett, CAGE 65, noko som ga spesifisitet på 81% (55/68). Den positive prediksjonsverdien (PPV) vart dermed 41% for CDT-prøven og 75% for CAGE-spørsmåla. Bruker ein testane i ein situasjon med 5% pretestrisiko (screeningsituasjon), blir PPV for CDT berre 16%, men 43% for CAGE, med tanke på så høgt forbruk.

Kva kan vi så lære av dette? Min lærdom har vore at det viktigaste er å hugse på aktuelle presentasjonssymptom der alkoholforbruk kan ligge til grunn (2):

- | | |
|------------------------|----------------|
| – Dyspepsi | Kvalme/oppkast |
| – Diaré | Polyuri |
| – Impotens | Irritabilitet |
| – Hodepine | Søvnproblemer |
| – Hukommelsesproblemer | Skader |

Kliniske tegn kan også være aktuelle å vurdere:

- | | |
|----------------|--------------|
| – Tremor | Tungebelegg |
| – Pankreatitt | Stor lever |
| – GI-blødning | Hjertearytmi |
| – Hypertensjon | Infeksjoner |

Pussig sammentreff eller a missing link?

Historier
fra
virkelig-
heten

Innimellom snørrunger og vonde rygger dukker det på legevakt opp pasienter med de pussigste symptomer. Sviktende kunnskaper om sjeldne sykdommer er jo et kjent fenomen, psykiatridiagnostikk på tynt grunnlag kan da være nærliggende å ty til, men bør anvendes med varsomhet!

En romjulsdag kommer en kvinne rundt de 50 og har de siste dagene vært plaget med at synsfeltet «hopper opp og ned». Hun virker velstelt og ryddig, alkoholinntaket har vært moderat, men rett før jul opplevde hun en lekkasje av rensestoffer på det gammeldagse vaskeriet hun nylig har begynt å jobbe på. Klinisk undersøkelse viser ikke noe patologisk, sykemelding og beroligende ord om at dette sikkert går over om noen dager var min konklusjon. Men så enkelt var det ikke, symptomene vedvarte, klinisk undersøkelse var stadig uten anmerkning, og hun fikk utover våren diverse henvisninger, til yrkesmedisiner, øyelege og nevrolog. Ingen fant noe, sykemeldingen varte i månedsvis. Alle forsøk på å finne en psykiatrisk årsak falt i fisk.....

Damen var blodgiver og seinhøstes ble det tilfeldigvis oppdaget en lett forhøyet senking på blodbanken, den steg og



steg, og utredningen viste en aggressiv IgA-mylomatose som hun så fikk cytostatikabehandling for.

To år har gått, myelomatosen er fortsatt i remisjon og kvinnen er i god form, hadde det bare ikke vært for synsplagene, synfeltet «hopper opp og ned» like ufortrødent. Myastenia gravis som jo har vært en differentialdiagnose (i alle fall i mitt hode) er jo en immunsykdom, så med lite kunnskap om disse sykdommers irrganger tenkte jeg at her er det jammen en sammenheng! Full av allmennpraktikere's velsignede overmot ringer jeg overlegen på regionsykehuset som er vurdert å sitte inn med all den kunnskap som finnes på området (myelomatose). Han deler ingenlunde mine

filosofiske betraktninger. Han mener bestemt at det ikke er noen sammenheng mellom kvinnens to tilstander, «ja, da så...» svarer jeg slukøret og legger forsiktig på telefonrøret. Nå har jeg ikke andre forslag enn ny runde henvisninger til ovenfor nevnte spesialister, klarer de denne gangen kan finne noe som kan hjelpe kvinnen?

Jannike Reymert

Dernest er eg blitt minna på korleis ei strukturert alkohol-anamnese kan gjerast ved nokre få, men gjennomtenkte spørsmål (2). Strukturert anamnese i form av t.d. CAGE ser ut til å vere eit klart sterkare instrument i hendene på legen enn blodprøven CDT. CDT ser ikkje ut til å vere noko gjen-nombrot i tidleg identifisering av alkoholoverforbruk. Eg vil og minne om at slike testar alltid treng informert sam-tykke frå pasienten.

Litteratur:

1. Stakkestad JA, Åsberg A. Brukerhåndbok i klinisk kjemi. Haugesund: Akademisk forlag AS, 1996.
2. Johannessen A, Aasland OG. Pasienter med alkoholproblemer. I: Hunskaar S. Allmenne medisin. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1997, pp 677-81.
3. Aithal GP, Thornes H, Dwarakanath AD, Tanner AR. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? *Alcohol-Alcohol* 1998; 33: 304-9.