

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.

Finnes det dokumentasjon for klinisk undersøkelse før p-pillebruk?

Klinisk epidemiologi har i det vesentlege vore opptatt av diagnostiske strategiar, behandlingseffektar og risikovurderingar knytta til prognose. Eit felt der EBM og klinisk epidemiologi i liten grad har vorte brukt, og der det i liten grad finst relevant litteratur eller gode studiar, er alt det kliniske arbeidet vi gjer i form av kontrollar av kronisk sjukdom, oppfølging av medikamentell behandling og laboratorieprøver eller kliniske undersøkingar ved oppstart av behandling. Etterkvart er det komme ein del studiar på f.eks. oppfølging ved kreftsjukdom, og stort sett har konklusjonen vore det same; tradisjonelle medisinske kontrollar av kjent sjukdom har vore for hyppige og for omfattande.

I allmennpraksis har vi ein lang og god tradisjon for å be pasienten komme att dersom noko uventa skulle skje, om behandlinga ikkje virkar osv. Dette er ikkje så enkelt ved sjukehuspoliklinikkar eller hos spesialistar der ein enten treng henvising eller ikkje har tradisjon for å snakke med pasientane direkte eller å ta i mot dei på kort varsel. Mange omfattande kontrollprogram er difor eit resultat av at organisasjonsforma ikkje er eigna til individuelle vurderingar, og oppfølginga er difor prega av verstefallstenking utan individuell tilpassing. I andre høve er det forsikringsmessige tilhøve eller redsel for feil som gjer at kontrollprogramma vert omfattande.

Eit interessant eksempel på det siste, er kva som bør gjerast ved p-pilleforskriving. Ein typisk tekst frå preparatomtalen i Felleskatalogen seier f.eks. at "Før behandling institueres foretas grundig undersøkelse, inkl. mammaeundersøkelse, blodtryksmåling, samt en grundig familieanamnese. Kontrollen gjentas årlig. ... Kan nedsette glukosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekonsroll. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, migrene, epilepsi. ... Forsiktighet bør utvises ved bruk til unge kvinner med ikke-stabiliserte sykler." I tillegg har det hos mange legar vore vanleg å gjere gynekologisk undersøkelse, dette er framleis regelen i USA. Konsekvensane av eit slikt omfattande opplegg er vel kjent; mange unge kvinner vegrar seg mot legebesøket, mange bruker mindre sikre prevensjonsmiddel, og det signaliserer stor medisinsk risiko ved hormonell prevensjon.

I ein oversiktsartikkel i JAMA nyleg (1) har forfatarane vist korleis amerikanske organisasjonar og handlingsprogram varierer i sine tilrådingar. Dei viser og ein klar utvikling mot enklare

konsrollprogram og mindre risikofokusering dei siste åra. Men framleis er det tilrådingar som omfattar både bryst- og underlivsundersøking. Forfatarane ser også på dokumentasjonen for tilrådingane, og konkluderer med at det er mykje gammal vane og lite evidens. Dei påviser også at det ofte er vikarierende grunngevingar for tiltaka og tendens til generell medikalisering og risikofokusering. T.d. kan cytologisk prøve jo ha god indikasjon, men ikkje årleg og heller ikkje knytta til p-pillebruk.

Kva er så konklusjonane? P-pillar er mellom dei best studerte legemiddel og vi veit mykje om risikovurderingar knytta til dei. For dei aller fleste kvinner er dei trygge, effektive og godt tolererte, og konsrollprogrammet bør spegle dette. For alle gjeld at p-pillekonsultasjonen bør omfatte anamnese og blodtryksmåling. Undersøkingar utover dette er ikkje naudsynte. Basert på sjukehistoria, deler forfatarane så kvinnene i 4 risikogrupper:

1. Ingen restriksjonar. Dette vil gjelde dei fleste
2. Fordelane større enn ulemene. Eksempel er alder >40 år, stor-røykarar under 35 år, diabetes utan organskomplikasjonar
3. Spesiell oppfølging er naudsynt. Eksempel er hypertensjon (>140/90 eller behandla), migrene utan fokale utfall hos yngre, amming før 6 mnd postpartum
4. Kontraindisert. Eksempel er brystkreft, gjennomgått DVT, stor-røykar over 35 år, hypertensjon, diabetes med organskomplikasjonar, koronarsjukdom, migrene med fokale symptom og all migrene >35 år.

Klinisk-epidemiologisk tankegang blir i dette tilfellet altså brukt til å utarbeide konkrete retningslinjer for indikasjon og konsroll av medikamentell behandling. Og dessutan kan ein begrunne eit forsøk på å bli kvitt kliniske vaner utan dokumentasjon.

Litteratur:

1. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception. JAMA 2001; 285: 2232-9.
2. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. First prescription of combined oral contraception: recommendations for clinical practice. Br J Fam Plann 2000; 26: 27-38.