

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

disse aftaler var blevet indsendt til de videnskabetiske komitéer, og der var derfor ikke adgang til dem.

Det fremgik af protokollerne fra 1994-1995, at der var mange måder, en sponsor kunne udsætte publicering af et forsøg på. Sponsoren kunne f.eks. stille krav om nye eller gentagne analyser, hvis der var uoverensstemmelse med forskernes analyser, eller kunne anføre, at der ikke var råd til at lave analyserne, eller at analyserne måtte afvente patentbeskyttelse. Eksempler på begrænsninger i publikationsretten i protokollerne fra 2004 kan rekvireres hos forfatterne.

Diskussion

Sponsor havde mulighed for at forhindre publicering i halvdelen af forsøgene og kunne lægge praktiske og retslige hindringer i vejen for publicering af de fleste af de resterende. Undersøgelser af amerikanske medicinske fakulteter har vist, at de ofte er involveret i industrisponsoreret forskning, som ikke overholder tidsskrifternes retningslinjer for design, dataadgang og publikationsrettigheder [4]. Fra ikke mindre end 80% af de medicinske fakulteter angav man at ville tillade aftaler om multicenterforsøg, som gav datarettighederne til sponsoren. Disse resultater stemmer overens med vore fund.

Den Internationale Komité for Medicinske Tidsskriftsredaktører (Vancouver-gruppen) har erklæret, at »forskere ikke bør indgå aftaler, som lægger hindringer i vejen for dataadgang og forskernes muligheder for at udføre uafhængige dataanalyser, udarbejde manuskripter og publicere dem«, og at »redaktørerne kan vælge ikke at behandle en artikel, hvis en sponsor har haft kontrol over forfatterens publikationsrettigheder« [4]. For at fremme gennemsigtigheden bør forsøgspro-

tokoller og publikationsaftaler registreres og gøres offentligt tilgængelige [5, 6]. Og for at undgå, at kliniske forsøg afsluttes i utide på grund af kommercielle interesser, bør data- og sikkerhedsmonitoreringskomitéer være uafhængige, og sponsorer bør ikke have adgang til de indkommende data under forsøgets gang.

Korrespondance: Peter C. Gøtzsche, Det Nordiske Cochrane Center, Afdeling 7112, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: pcg@cochrane.dk
Antaget: 10. april 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first reported in the JAMA 2006;295:1645-6.

Støtte: Dr. Chan modtog økonomisk støtte fra The Rhodes Thrust. Dr. Altman modtager økonomisk støtte fra Cancer Research UK.

Taksigelse: Vi takker de Videnskabetiske Komitéer for København og Frederiksberg Kommuner for at have muliggjort dette studie ved at give adgang til forsøgsprotokollerne og ved at tilbyde administrativ støtte, og vi takker jurist Lisbeth Lundgren for uddrag fra nyere protokoller.

Litteratur

- Schulman KA, Seils DM, Timbie JW et al. A national survey of provisions in clinical-trial agreements between medical schools and industry sponsors. *N Engl J Med* 2002;347:1335-41.
- Mello MM, Clarridge BR, Studdert DM. Academic medical centers' standards for clinical-trial agreements with industry. *N Engl J Med* 2005;352:2202-10.
- Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT et al. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA* 2004;291:2457-65.
- Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. www.icmje.org/ jan. 2006.
- Krleza-Jeric K, Chan A-W, Dickersin K et al. Principles for international registration of protocol information and results from human trials of health related interventions: Ottawa statement (part 1). *BMJ* 2005;330:956-8.
- Haug C, Gøtzsche PC, Schroeder TV. Registries and registration of clinical trials. *N Engl J Med* 2005;353:2811-2.

Sarkoidose og ledaffektion

Afdelingslæge Paul Gade Sørensen, overlæge Søren Skjødt & overlæge Karl Marinus Christensen

Sydvestjysk Sygehus Brørup, Medicinsk Afdeling, og
Sydvestjysk Sygehus Grindsted, Røntgenafdelingen

Sarkoidose er en multisystemsygdom af ukendt ætiologi karakteriseret af kronisk inflammation med epiteloideceller-granulomer uden nekrose. Ledaffektion i form af artralgi eller arthritis i de store led forekommer hos op mod 50% af patienterne [1]. Knoglevævet involveres hos 3-13%, typisk med »billetklip« [1, 2]. Sværere destruktionsforekommer sjældent.

Vi præsenterer her en sygehistorie med en midaldrende mand, som pga. uspecifikke knæsmærter fik indsat knæallo-

plastik på et privathospital i udlandet. Efterfølgende viste det sig, at patienten havde sarkoidose som mulig årsag til ledgenerne.

Sygehistorie

En 59-årig entreprenør havde tidligere haft kontakt med et privathospital. Her var han bl.a. blevet opereret for grå stær. I 2002 søgte han ortopædkirurgisk vurdering pga. smerter i højre knæ gennem måneder efter et spring fra et vognglad. Man fandt let ømhed i en ledlinje og havde mistanke om menisklæsion. En røntgenundersøgelse af knæet viste begyndende artrose (Figur 1). Patienten fik en kontroltid mhp. eventuel artroskopi, men meldte afbud pga. bedring. I september 2003 søgte han igen hjælp pga. gener fra højre knæ, og i november blev han på eget initiativ opereret på et tysk ho-



Figur 1. Røntgenbillede af patientens højre knæ. Pilen og cirklen angiver ganske lette artroseforandringer.

spital med indsættelse af protese i det højre knæ. På hospitalet fandt man på et røntgenbillede af thorax overraskende rundinfiltrater/små noduli op til 1,5 cm i diameter i begge lungeluffer, tydende på metastaser, og en computertomografi (CT) af abdomen gav mistanke om en primærtumor i pancreas.

Efter hjemkomsten blev patienten udredt her i landet med bronkoskopi. Der blev udført biopsi fra de mediastinale lymfeknuder, lever og pancreas. Man påviste intet malignt, men fandt epiteloïdcellegranulomer forenelige med sarkoidose. Han havde tør hoste og migrerende ledsmerter specielt i fingrer. S-peptidyl-dipeptidase A/S-ACE var 79U/l (52 U/l), S-Ca 2,52, immunglobulin G (IgG) 14 mg/l. Der kunne ikke påvises cirkulerende immunkomplekser (CIC). En lungefunktionsundersøgelse i *body box* med diffusionskapacitetsbestemmelse viste normale forhold.

I september 2004 påvistes der svagt synlige noduli i lungeparenkymet, men patienten havde ingen lungesyntomer. En CT af abdomen viste normale forhold. Han blev behandlet hos en øjenlæge med prednisolon pga. uveitis, og S-peptidyl-dipeptidase var faldet til 59. Danske kirurger havde udskiftet protesen med en ny, suppleret med patellakomponent pga. fortsatte smerter og hævelse i knæet.

Diskussion

Incidensen af sarkoidose i Danmark er 7-10 pr. 100.000 personer pr. år [3]. Asymptomatisk sygdom påvises nu sjældnere end tidligere. Således er sygdomsmanifestationer fra et (lunger) eller flere organsystemer det almindeligste på diagnose-tidspunktet. Artralgi og arthritis forekommer hyppigst ved Löfgrens syndrom med erythema nodosum og bilateral hilusadenit som et tegn på cirkulerende immunkomplekser.

Kronisk sygdom kan manifestere sig med granulomatøs ledinflammation med synovialisfortykkelse og ledvæske oftest i fingre, albue og knæled [2]. Knogleaffektion ved sarkoidose blev beskrevet af *Karl Kreibich* i 1904. Knogleinvolvement

ring kan være korreleret med kroniske hudforandringer, specielt lupus pernio og kronisk recidiverende uveitis. De lytiske læsioner ses som »billetklip« og cyster. Sværere destruktive forandringer med patologisk fraktur og sekvesterdannelse forekommer sjældent [2].

Overlap til andre reumatiske sygdomme f.eks. reumatoid arthritis er beskrevet i kasuistiske tilfælde. Reumatiske manifestationer overses ofte, skønt de er hyppigt forekommende [4].

Vi kan ikke på nuværende tidspunkt afgøre om aktiv sarkoidose var medvirkende eller helt afgørende for patientens gener fra det højre knæ. Vi vil blot gøre opmærksom på, at sarkoidose ved ledgener ikke er nogen sjælden differentialdiagnose.

Korrespondance: *Paul Gade Sørensen*, Medicinsk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Brørup, DK-6650 Brørup. E-mail: iogpgs@dadlnet.dk

Antaget: 6. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Crystal RG. Sarkoidose. I: Kasper DL, red. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th edition London: Mc Graw-Hill Publishing Companies, 2004:2017-24.
1. James GD, Timmis B, Barter S et al. Radiology of sarcoidosis. *Sarcoidosis* 1989;6:7-14.
2. Byg K-E, Milman N, Hansen S. Sarkoidose i Danmark 1980-1994. *Sarcoid Vascul Diff Lung Dis* 2003;20:46-52.
3. Niermer GW, Bolster MB, Buxbaum L et al. Carpal tunnel syndrome in sarcoidosis. *Sarcoid Vascul Diff Lung Dis* 2001;18:296-300.