
T. Sanner og medarbeidere svarer:

KORRESPONDANSER

TORE SANNER

JON E. DAHL

AAGE ANDERSEN

Snus er klassifisert av Verdens helseorganisasjons kreftforskningsinstitutt på basis av epidemiologiske og eksperimentelle studier som kreftfremkallende for mennesker (1). Derfor merkes snus med at det kan gi kreft. På bakgrunn av to svenske undersøkelser (2, 3) foreslår EU-kommisjonen at kreftadvarselen skal utgå. Vi viser i vår artikkel at det ikke er vitenskapelig grunnlag for å endre advarselsteksten.

Torkel Steen kritiserer at vi vurderer ”delresultater” i de svenske undersøkelsene. Vi stiller oss uforstående til et slikt synspunkt, da vurdering av delresultater er vanlig for å vise sammenhenger i epidemiologiske undersøkelser. De to svenske undersøkelsene finner at den relative risikoen for kreft er høyere hos tidligere snusere enn hos nåværende snusere. Dette står i motsetning til resultatene ved sigarettøyking, hvor krefthyppigheten er lavere blant tidligere røykere enn blant nåværende røykere, som følge av at kreftrisikoen reduseres ved røykeslutt. Resultatene ved snus kan forklares med at kreft i munnhulen trenger mange år for å utvikle seg. I et land som Sverige, med god helseopplysning, vil mange snusere som får symptomer som vedvarende sårhet på stedet hvor snusprisen legges, bli engstelig for at dette kan være et forvarsel om en mer alvorlig sykdom og derfor slutte å snuse.

Steen skriver at det i Sverige er en lavere forekomst av kreft i munnhulen enn i andre land i Europa hvor det ikke brukes snus. Bortsett fra Frankrike og Spania er hyppigheten av kreft i munnhulen (ICD-9-kodene 143-5) i Sverige på omtrent samme nivå som i resten av EU (4). Bruk av alkohol og røyking er kjente risikofaktorer for munnhulekreft som gjensidig forsterker effekten av hverandre. Svenske menn både røyker mindre og har et lavere alkoholinntak enn menn i de fleste andre europeiske land. Steen påstår at det i Sverige kun var 14 tilfeller av kreft i gingiva og buccalslimhinne per år (1991 – 93). Dette er feil, da det var Stockholms-området alene som hadde 14 tilfeller (3). Steen

hevder at det i Nord-Sverige er en lavere hyppighet av kreft i munnhulen enn i Sør-Sverige. De svenske kreftregistrene opplyser at det nå (1996 – 98) ikke er noen forskjell mellom de to landsdelene.

Steen kritiserer vårt valg av referanser. Vi har angitt hvilke data som Verdens helseorganisasjons kreftforskningsinstitutt har brukt for å trekke sine konklusjoner. Vår artikkel er en vurdering av om resultatene i de to svenske artiklene (2, 3) tilsier at kreftadvarselen på snuspakken bør endres. Vi har vist at så ikke er tilfellet, og det fremkommer ingen argumenter i Steens kritikk som skulle tilsi at vår konklusjon ikke er riktig.

LITTERATUR

1. International Agency for Research on Cancer. Tobacco habits other than smoking. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum 1985; 37: 37 – 136.
2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. Int J Cancer 1998; 77: 341 – 6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 1998; 82: 1367 – 75.
4. Cancer incidence in five continents. Vol. VII: IARC Scientific Publication No. 143. Lyon: WHO, 1997.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.