
Kristiansen og medarbeidere svarer

KOMMENTAR

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

i.s.kristiansen@medisin.uio.no

Ivar Sønbo Kristiansen er professor emeritus ved Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

CHRISTOFFER BUGGE

Christoffer Bugge er seniorøkonom ved Oslo Economics.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

OLAV HELGE FØRDE

Olav Helge Førde er professor emeritus ved Universitetet i Tromsø.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hypotesen om at 90 % av alle melanomer skyldes sol/UV-eksponering innebærer at insidensøkningen vi har observert fra 1950-tallet forklares av en gradvis økende soleksposering fra 1930-tallet. Trude Eid Robsahm og medarbeidere viser i denne forbindelse til to rapporter om de seneste tiår, men ingen av disse presenterer eksponeringsmålinger. Selvrapportert informasjon om reisevaner, fritid, opphold utendørs, bruk av solbeskyttelse etc. gir usikker informasjon om faktisk eksponering. Vi står derfor fast ved vår påstand om at det ikke er dokumentert en stadig økning i sol/UV-eksponering fra 1930-tallet. Vi antar at det er nærmest umulig å skaffe pålitelige data, men dette tilsier også varsomhet når man vil forklare insidensøkningen. Dersom soleksposering var den dominerende årsak til variasjon i melanominsidens, ville man vente at insidensen er høyere i Sør-Europa enn i Nord-Europa, hvilket ikke er tilfellet (1). Tendensen er at de rikeste landene med best utbygd helsetjeneste har høyest insidens, men ingen tilsvarende overdødelighet. Den manglende overhyppighet i de sydlige landene med sterkest soleksposering kan nok i noen grad forklares av ulik hudtype og ulik forekomst av solforbrenning, men det samlede bilde bør utløse studier av forholdet mellom insidens og diagnostisk intensitet.

Robsahm og medarbeidere hevder at Norge har Europas høyeste melanomdødelighet. Diagnosene på dødsattester er imidlertid notorisk usikre på individnivå, og oss bekjent har det ikke blitt gjort kvalitetskontroll av rapporterte melanomdødsfall. Norge har også Europas høyeste dødelighet for prostatakrefte, men en norsk undersøkelse tyder på at for mange menn får prostatakrefte som dødsdiagnose (2).

Overdiagnostikk er påvist ved autopsistudier både for prostatakrefte og skjoldbruskkjertelkreft. Det er mulig å gjøre tilsvarende studier for melanom. Når patologer vurderer de samme hudbiopsiene på to ulike tidspunkter, blir diagnosene til dels forskjellige (3), samtidig som patologer setter ulik diagnose på samme biopsi. Det kan derfor tenkes at glidning i diagnostiske kriterier er medvirkende årsak til den registrerte insidensøkningen. Dette kan studeres ved «blindet» re-analyse av biopsier tatt i perioden 1953–2018. Kvaliteten på dødsattester kan studeres med utgangspunkt i Kreftregisterets insidenstall.

Etter vår oppfatning må det gjennomføres store og ressurskrevende forskningsprosjekter før vi kan trekke sikrere konklusjoner om soling og overdiagnostikk som forklaring på den registrerte økningen i insidens og dødelighet av melanom. I påvente av dette bør både befolkningen og helsepersonell få fullstendig og balansert informasjon om mulige årsaker til insidensøkningen.

LITTERATUR

1. WHO. GLOBOCAN 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Søkbar database. http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_site_sel.aspx (29.6.2018).
2. Löffeler S, Halland A, Weedon-Fekjær H et al. High Norwegian prostate cancer mortality: evidence of over-reporting. *Scand J Urol* 2018; 52: 122 - 8. [PubMed][CrossRef]
3. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE et al. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. *BMJ* 2017; 357: j2813. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 20. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0594
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.