

A. Åsberg og L. Løfblad svarer

KOMMENTAR

ARNE ÅSBERG

arne.aasberg@stolav.no

Arne Åsberg er overlege ved St. Olavs hospital.

LENA LØFBLAD

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Takk for kommentar til vår artikkel [\(1\)](#).

Vi er enige med Haukeland og medarbeidere om både målsetting og indikasjon for bruk av FIB-4-testen til screening for alvorlig leverfibrose [\(2\)](#). Poenget vårt er at man ikke bør betrakte alle FIB-4-verdier under grenseverdien på 1,3 som negative og alle verdier over eller lik grenseverdien som positive, for da reduserer man testen til en kvalitativ test og kaster bort nyttig informasjon. I praksis ville det bety at pasienter med svært ulik sannsynlighet for leverfibrose kunne bli prioritert helt likt for videre utredning, noe som synes urimelig. Hvert enkelt testresultat har en tilhørende sannsynlighetsratio. Den bør kombineres med pretestsannsynlighet til en posttestsannsynlighet. Det er posttestsannsynlighet for leverfibrose og ikke FIB-4-verdien som burde avgjøre behovet for henvisning til spesialist, inkludert hastegraden.

Haukeland og medarbeidere ser ikke at artikkelen til Mózes og medarbeidere gir grunnlag for å vurdere hvilken sannsynlighetsratio som kan tilordnes en FIB-4-verdi på 1,3 [\(3\)](#). Men hvis man betrakter figur 2B i den aktuelle artikkelen, ser man at sensitivitet og spesifisitet har omtrent samme verdi når FIB-4 er 1,3. Det betyr at 1,3 tilsvare et punkt i det øvre, venstre "hjørnet" av testens ROC-kurve, der stigningskoeffisienten er omtrent 1. Sannsynlighetsratio er lik stigningskoeffisienten for ROC-kurven i det punktet som representerer prøvesvaret [\(4\)](#). Å velge en grenseverdi med sannsynlighetsratio på omtrent 1 er ganske vanlig hvis man vil gjøre kvantitative prøvesvar om til kvalitative (positive og negative). Men det er ikke nødvendigvis den beste måten å tolke prøvesvarene. Det er bedre å vurdere posttestsannsynlighet og se om den er over eller under en gitt beslutningsgrense for videre tiltak [\(5\)](#). En slik beslutningsgrense og hjelpeverktøy for lettere å kunne vurdere pretestsannsynlighet for alvorlig leverfibrose synes å mangle. Det kan således betraktes som et innspill til arbeidsgruppen som skal jobbe med nasjonale anbefalinger for deteksjon av leverfibrose.

REFERENCES

1. Åsberg A, Løfblad L. FIB-4-testen for leverfibrose er en kvantitativ test. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 215. [CrossRef]
2. Haukeland JW, Vesterhus MN, Jørgensen KK et al. FIB-4-testen som beslutningsverktøy. <https://tidsskriftet.no/2023/03/kommentar/fib-4-testen-som-beslutningsverktoy> Lest 04.03.2023
3. Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA et al. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut 2022; 71: 1006–19. [PubMed][CrossRef]
4. Choi BC. Slopes of a receiver operating characteristic curve and likelihood ratios for a diagnostic test. Am J Epidemiol 1998; 148: 1127–32. [PubMed][CrossRef]
5. Åsberg A, Bolann BJ. Hva betyr prøvesvaret? Rasjonell tolking av svar på medisinske analyser. Oslo: Cappelen Damm, 2022: 65-68.

Publisert: 27. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0177

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.