

*B. Borch-Johnsen & A. Hauge
svarer:*

Vi er glade for at Finn Wisløff er enig med oss i vår hovedkonklusjon at jernpreparater bør reseptbelegges. Vi synes også at hans kommentarer angående et par av våre utsagn er berettigede.

Vi har brukt ordene *diagnose og underdiagnostisert* feilaktig. Personer som er homozygot for hemokromatosegenet uten å ha symptomer, er ikke syke. Det er ikke enighet om hvor høy genekspresjonen (penetransen) er for dette genet (bl.a. avhengig av alder og kjønn), og det er umulig å forutsi hvem som vil utvikle sykdommen hemokromatose. Et spesielt problem i denne sammenheng er at de første symptomene er vage og uspesifikke.

Screeningen i Nord-Trøndelag (HUNT) ble gjort etter fenotypiske kriterier (forhøyet transferrinmetning og serum-ferritinkonsentrasjon) med etterfølgende gentest. Primær hemokromatose har inntil nylig vært lite påaktet. Dette har ført til *feildiagnostisering* av individer med tydelige symptomer og kliniske tegn på hemokromatose. At så få som < 5% i HUNT var klar over sin tilstand, kan skyldes at fordi de tidligste symptomene er vage, har mange unnlatt å oppsøke lege. I tillegg kan en del ha fått feil diagnose. Vi kjenner sykehistoriene til pasienter som har gått 5–7 år før den riktige diagnosen ble stilt. Noen av dem fikk til og med råd om å ta jerntabletter! Dette er ikke enestående for vårt land. Liknende forhold refereres fra f.eks. USA.

Angående pasient 3 med serum-ferritin på 2 000 µg/l, spør Wisløff om hun har vært tappet 80–100 ganger. Dette ville ha tilsvart et opprinnelig jernlager på omkring 20 g, som hevdet i artikkelen. Denne mengden var basert på den tidligere antakelsen at 1 µg s-ferritin per liter tilsvarte 10 mg jern i lager, som senere ble forandret til 7–8 mg. Fra hennes lege har vi i ettertid innhentet følgende opplysninger: S-ferritin var 2 000 µg/l i 1993. Hun ble i starten tappet annenhver uke og hadde totalt 27 tappinger à 300 ml, dvs. 8,1 l. Allerede etter ett år var hennes s-ferritin 315 µg/l, og tapping ble avsluttet i 1995, da s-ferritin lå like under 100 µg/l, pga. fare for anemi. Hennes hemoglobinverdi lå omkring 12 g/100 ml. Mengde jern mobilisert ved tapping blir da 3,15 g, som er atskillig mindre enn hva vi hevdet. Det er mulig at denne pasienten i tillegg til en s-ferritinverdi som tilsvarer det reelle jernlageret, har hatt en enkeltstående «falskt forhøyet» laboratorieverdi pga. andre forhold.

Oslo *Berit Borch-Johnsen
Anton Hauge*

PET – allerede et nyttig klinisk verktøy

«PET fortsatt mest et forskningsverktøy» er den konklusjon Pål Gulbrandsen trekker i sitt referat (1) fra presentasjonen av en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering om positronemisjonstomografi (PET) (2). Denne konklusjonen trenger en kommentar.

Den fremlagte rapporten er basert på en rapport fra International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) fra 1999 (3) og på vitenskapelig materiale publisert etter denne rapporten. Utredningsgruppen konkluderer med «at PETs diagnostiske evne er like god eller bedre enn andre konkurrerende teknikker brukt innenfor de sykdomsgrupper som er vurdert». SMM-rapporten refererer enn rekke gode studier som viser at PET, utført med ¹⁸F-deoksyglukose (FDG), gir enklere og riktigere diagnostikk og dermed grunnlag for en mer presis behandling, spesielt innen onkologi, men også i kardiologi, nevrologi og psykiatri. Særlig viktig er PETs evne til å påvise viabelt vev, f.eks. til å skille tumorvev fra arrvev og nekrose (4) og til å avgjøre hvorvidt ikke-fungerende hjertemuskelvev er levende (5).

PET har i ca. 25 år vært et viktig forskningsverktøy for in vivo-studier av biologi og metabolisme. I de senere år har den kliniske bruk økt meget sterkt. Den amerikanske Health Care Financing Administration, som regulerer refusjoner fra Medicare og som setter meget strenge krav til indikasjonstillingene, har vedtatt å dekke utgiftene til PET-undersøkelser i anledning diagnostikk, stadieinndeling, terapikontroll og residiv ved mer enn 50% av alle krefttyper.

Antall kliniske PET-undersøkelser ble i USA mer enn fordoblet fra 1998 til 2000 (6). Tendensen er den samme i Europa, hvor det nå finnes mer enn 100 dedikerte PET-skannere. I Vest-Europa er det bare Island, Norge og Portugal som ikke har slike. De kliniske PET-undersøkelsene utgjør nå den helt dominerende del av PET-studiene. Så selv om PET fortsatt er et meget viktig forskningsverktøy, gir overskriften i Tidsskriftet (1) et galt inntrykk. PET er i dag et klinisk meget nyttig diagnostisk verktøy som mange steder i verden har en betydelig plass i den praktiske hverdag.

Oslo *Magne Aas
Lars Eikvar
Eivind Myhre
Otto A. Smiseth*
medlemmer i utredningsgruppen

Litteratur

1. Gulbrandsen P. PET fortsatt mest et forskningsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 118.
2. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. SMM-rapport nr. 8/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.

3. Adams E, Asua J, Loasagasti JC, Erlichman M, Flynn K, Hurtado-Saracho I. Positron emission tomography: experience with PET and synthesis of the evidence. A joint project produced on behalf of: International Network of Agencies for Health Technology Assessment. <http://www.inahta.org/> (12.1.1999).

4. Pieterman RM, van Putten JWG, Meuzelaar J, Mooyaart EL, Vaalburg W, Koeter GH et al. Preoperative staging of non-small-cell lung cancer with positron emission tomography. N Engl J Med 1999; 343: 254–61.

5. Schelbert HR. Metabolic imaging to assess myocardial viability. J Nucl Med 1994; 35 (suppl 4): 8S–14S.

6. Wagner HN jr. Lecture – clinical PET: role in diagnosis and management. J Nucl Med 2000; 41: 36N–42N.

P. Gulbrandsen svarer:

Aas og medarbeidere, deltakere i utredningsgruppen bak rapporten fra Senter for medisinsk metodevurdering (1), er alle høyt kvalifiserte eksperter med solid bakgrunn for å uttale seg om positronemisjonstomografi (PET). Deres entusiasme for den kliniske verdien av PET er forståelig, og det er vel mulig at PET kommer til å bli et viktig verktøy i klinisk diagnostikk.

I rapportens konklusjoner heter det likevel: «Bare innen kreft, neurologi og hjertesykdom antydes det at PET kan gi diagnostiske fordeler fremfor annen teknikk. Utredningsgruppen er enige i denne vurderingen/prioriteringen.» Aas og medarbeidere siterer fra styringsgruppens kommentar til utredningen. Hadde de fullført sitatet, ville folk kunnet lese: «Imidlertid er teknologien forholdsvis dyr og tidkrevende og derfor lite egnet som et klinisk rutineinstrument. Det mangler i hovedsak vitenskapelig dokumentasjon for PETs innvirkning på valg av behandling og pasientenes sykdomsforløp.»

Overskriften i referatet som har foranlediget kommentaren, må dermed sies å være dekkende for rapportens hovedbudskap.

Oslo *Pål Gulbrandsen*
Tidsskriftet

Litteratur

1. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. SMM-rapport nr. 8/2000. Oslo: Sintef-Unimed, 2000.

Fluoksetin – trygt under graviditet og amming

Vi har med interesse lest artikkelen til Nordeng og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 2/2001 om overgang av selektive serotoninreopptakshemmere til morsmelk (1). Ved amming kan det, slik forfatterne antyder, være rasjonelt å velge et middel som ikke gir nevneverdige plasmakonsentrasjoner hos barnet, med tanke på eventuelle doseavhengige bivirkninger. Det konkluderes med at fluoksetin ikke er førstevalg i ammeperioden, da barnets relative dose er høyere enn for andre