

svært sensitiv når det gjelder å avsløre laboratoriestammer, men at metoden svikter for en del kliniske isolater. For et halvt år siden skiftet vi derfor til en ny EBV-PCR som ikke er mer sensitiv enn den forrige metoden, men som avslører flere pasientstammer fordi den benytter primere fra et mer konservert område av EBV-genomet (3).

Vi har undersøkt spinalvæskene fra pasient 2 med vår nye EBV-PCR og funnet at den første prøven tatt 5.6. 2000 fortsatt er negativ, men at prøve nr. 2 tatt 8.6. 2000 er positiv for EBV-DNA. Vi har også undersøkt begge seraene fra pasienten som ble tatt på tilsvarende tidspunkter, og begge var positive med henblikk på EBV-DNA. Det er derfor ingen tvil om at pasienten hadde en Epstein-Barr-virusinfeksjon med viremi.

Det var ingen inhibisjon da spinalvæske ble undersøkt med EBV-PCR primært (positive internkontroller). Konklusjonen må derfor bli at pasienten hadde en atypisk Epstein-Barr-virusinfeksjon med en stamme som ikke ble avslørt av vår gamle EBV-PCR. Det er imidlertid viktig å poengtere at den første spinalvæsken var negativ med begge PCR-metodene, til tross for at det ikke var inhibisjon til stede. På dette tidspunktet var det ingen barrireskade. Våre serologiske undersøkelser, som er gjengitt i tabell 1 i artikkelen, viser klart at det var lekkasje av IgG-antistoffer mot flere agenser fra serum til den siste spinalvæsken som ble tatt. Teoretisk sett kan man derfor ikke utelukke at det også kan ha skjedd en passiv lekkasje av EBV-DNA fra serum til spinalvæsken tatt 8.6. 2000.

Trondheim

Svein A. Nordbø  
Are Dalen

#### Litteratur

1. Riemer G, Stenvik Ø, Dahl O-P, Slungaard S, Ringstad J, Bruu A-L. Encefalitt etter akutt Epstein-Barr-virusinfeksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1798–800.
2. Landgren M, Kyllerman M, Bergström T, Dotevall L, Ljungström L, Ricksten A. Diagnosis of Epstein-Barr virus-induced central nervous system infections by DNA amplification from cerebrospinal fluid. Ann Neurol 1994; 35: 631–5.
3. Enbom M, Strand A, Falk KI, Linde A. Detection of Epstein-Barr virus, but not human herpesvirus 8, DNA in cervical secretions from Swedish women by real-time polymerase chain reaction. Sex Transm Dis 2001; 28: 300–6.

#### G. Riemer & A.-L. Bruu svarer:

Vi er takknemlig for interessen fra Avdeling for mikrobiologi, Regionsykehuset i Trondheim, som førte til videre undersøkelser av serum og spinalvæske av pasient 2 med en ny EBV-PCR-metode.

Vår konklusjon, at også denne pasienten var rammet av en encefalitt som følge av akutt primær Epstein-Barr-virusinfeksjon, bygde på:

– Sykdomsforløpet med kombinasjon av bilateral symmetrisk cerebral affeksjon og utfall i limbiske strukturer og i hjernestammen

som hadde ført til døden i løpet av bare ti dager, er mer forenlig med en encefalitt enn med en akutt demyeliniserende encefalomyelitt eller andre cerebrale sykdommer som for eksempel cerebrale lymfom.

– Virusantistoffprofilen i serum gav funn karakteristisk for en akutt primær Epstein-Barr-virusinfeksjon.

– Omfattende serologiske undersøkelser gav ingen diagnostiske alternativer.

Vi oppfatter det nye funnet med positiv prøve for EBV-DNA i spinalvæsken tatt 8.6. 2000 som bekreftelse på en Epstein-Barr-virusencefalitt selv om at den samme prøven var negativ 5.6. 2000, og en passiv lekkasje av EBV-DNA fra serum til spinalvæsken ikke kan utelukkes.

Vi ser tre mulige forklaringer på dette:

– Den første prøven kunne ha vært negativ på grunn av økt spinalvæskeproduksjon med fortykningseffekt tidligere i sykdomsforløpet. Senere kunne man påvise et generalisert hjernedødem som muligens har ført til nedsatt spinalvæskeproduksjon med økning av viruskonsentrasjonen.

– I løpet av sykdommen har muligens viruskonsentrasjonen i hele kroppen økt og derfor var det først 8.6. 2000 mulig å påvise virusgenomer i spinalvæsken.

– Man kan tenke seg immunologiske reaksjoner utløst av Epstein-Barr-virus som førte til hjerneskadene, selv om virusmengden var liten. For andre virus som kan gi encefalitt er det diskutert hvorvidt direkte infeksjon med virus og/eller immunologiske fenomener kan være årsak. Dette er blant annet beskrevet for infeksjoner med enterovirus 71. Her finnes encefalitter hvor ikke virus eller virusnukleinsyre kan påvises (1).

Namsos/Oslo

Gunnar Riemer  
Neurologisk avdeling  
Namdal sykehus

Anne-Lise Bruu  
Avdeling for virologi  
Statens institutt for folkehelse

#### Litteratur

1. McMinn P, Stratov I, Nagarajan L, Davis S. Neurological manifestations of enterovirus 71 infection in children during an outbreak of hand, foot, and mouth disease in Western Australia. CID 2001; 32: 236–42.

## Diagnostikk av rotatorcuffskade

Nyttige kliniske tester for å diagnostisere en cuffruptur i skulderen er omtalt under Medisinsk nytt i Tidsskriftet nr. 11/2001 (1), basert på en artikkel i *Lancet* (2).

Vi ønsker å peke på muligheten for at en supplerende ultralydundersøkelse av skulderen raskt kan bekrefte eller utelukke både gjennomgående og partielle rupturer med høy treffsikkerhet på en kostnadseffektiv måte (3, 4). Undersøkelsen kan gjøres dynamisk og med umiddelbar sammenlikning

med kontralateral skulder. Ultralyd gir dessuten opplysninger om rupturens størrelse, lokalisasjon og grad av senens retraksjon, i tillegg til annen nyttig informasjon, f.eks. om hydrops eller forhold ved den lange bicepsenen (5). I mange land brukes nå ultralyd i denne type diagnostikk av bl.a. ortopedier, revmatologer og radiologer.

Problemet med diagnostikk av cuffrupturer kan være komplekst, og det er f.eks. rapportert økende antall asymptomatiske rupturer med stigende alder (6). Den kliniske betydningen av en påvist cuffruptur ved f.eks. ultralyd eller MR kan altså iblant være litt uklart og må sees i sammenheng med den totale kliniske situasjonen.

Ultralyd er et mulig supplement ved skuldertraume (med negativt røntgenfunn) og også ved uklare, langvarige skulderplager. MR kan antakelig reserveres for videre utredning av selekterte tilfeller.

Oslo/Lillehammer

Per Sunde  
Bislett legesenter

Jan Edenberg  
Radiologisk avdeling  
Oppland Sentralsykehus

#### Litteratur

1. Ørstavik R. Nyttige skuldertester. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1429.
2. Murrell GAC, Walton JR. Diagnosis of rotator cuff tears. *Lancet* 2001; 357: 769–70.
3. van Holsbeeck MT, Kolowich PA, Eyler WR, Craig JG, Shirazi KK, Habra GK. US depiction of partial-thickness tear of the rotator cuff. *Radiology* 1995; 197: 443–6.
4. Teefey SA, Hasan SA, Middleton W, Patel M, Wright RW, Yamaguchi K. Ultrasonography of the rotator cuff. *J Bone Joint Surg Am* 2000; 82: 498–504.
5. Farin PU, Jaroma H. Acute traumatic tears of the rotator cuff: value of sonography. *Radiology* 1995; 197: 269–73.
6. Milgrom C, Schaffler M, Gilbert S, van Holsbeeck M. Rotator-cuff changes in asymptomatic adults. *J Bone Joint Surg Br* 1995; 77: 296–8.

## Livskvalitet

Siri Næss foreslår i Tidsskriftet nr. 16/2001 at begrepet livskvalitet bør forstås som psykisk velvære (1). Næss' begrepsmessige opprydning er prisverdig, særlig i lys av den pågående inflasjon i bruk av «livskvalitet» som endepunkt i medisinske studier, oftest uten at noen begrepsavklaring er foretatt. Jeg har sympati med hennes forslag til definisjon, og skal ikke besvære meg over at hun gjengir mine synspunkter (2) på en noe tendensiøs måte. Jeg vil heller benytte anledningen til å føre debatten videre:

Næss drøfter nærmest ikke det faktum at majoriteten av medisinske forskere som benytter begrepet livskvalitet, de facto tillegger begrepet en ganske annen betydning enn den som hun går inn for. Mens Næss, på grunnlag av solid metodeutvikling, foreslår å definere livskvalitet som psykisk velvære, brukes begrepet i den medisinske forskningen gjerne som en samlebetegnelse på fysisk

funksjonsnivå og fravær av somatiske symptomer og legemiddelbivirkninger. Denne utviklingen skal ikke Næss lastes for, men hun kan likevel ikke lukke øynene for det fundamentale problem som derved er oppstått. Minst tre ulike strategier er tenkelige:

a) Man kan velge å se det som uproblematisk at én vitenskapelig term brukes i (minst) to helt ulike betydninger, som oftest uten at dette klargjøres. Det kan se ut til at Næss' holdning går i denne retningen, men hun begrunner ikke standpunktet. Det er for øvrig denne praksisen jeg (2) og andre (3) har kritisert, ikke forskning på livskvalitet forstått som psykisk velvære.

b) Man kan slåss for at livskvalitet skal være å forstå som psykisk velvære og at andre definisjoner skal skrinlegges. Næss' artikkel leverer i og for seg gode argumenter for en slik holdning, men hun unnlater å trekke konklusjonen eksplisitt.

c) De som prioriterer begrepsmessig stringens fremfor et moteriktig vokabular kan slutte å bruke ordet «livskvalitet», og i stedet søke termer som mer presist beskriver det man vil studere. «Psykisk velvære» er en nærliggende alternativ term for det Næss studerer, mens andre studerer gangfunksjon, selvhjulpenhet på toalettet, smerter, kvalme, hoste eller hva det måtte være. Hvis Næss er av den oppfatning at alternativ c bør forkastes, ville det være av stor interesse å få vite hennes begrunnelse.

Oslo  
*Torgeir Bruun Wyller*  
Medisinsk klinikk  
Aker sykehus

#### Litteratur

1. Næss S. Livskvalitet som psykisk velvære. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1940–4.
2. Wyller TB. Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller ugagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4247–51.
3. Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res 1997; 6: 205–12.

#### S. Næss svarer:

Innlegget til Torgeir Bruun Wyller er en nyttig kommentar til debatten og gir meg anledning til å avklare synspunkter som jeg forstod å avklare i artikkelen.

Wyller peker på at «majoriteten av medisinske forskere som benytter begrepet livskvalitet, de facto tillegger begrepet en ganske annen betydning enn den som hun /Næss/ går inn for». Han spør hva jeg vil gjøre med dette «fundamentale problem». Jeg er klar over at den medisinske bruken av ordet er forskjellig fra min. Jeg mener at denne bruken i medisinsk faglitteratur er lite heldig, og jeg ser det ikke som uproblematisk.

Min «strategi» i den forbindelse er å argumentere for at «livskvalitet skal være å forstå som psykisk velvære». Det gleder meg at Wyller skriver: «Næss' artikkel leverer i og for seg gode argumenter for en slik hold-

ning, men hun unnlater å trekke konklusjonen eksplisitt.» Jeg trekker herved konklusjonen eksplisitt og henviser til den rapporten som står omtalt i artikkelen, en rapport som gir en mer grundig argumentasjon (1).

Jeg kommer ikke til å slutte å bruke ordet «livskvalitet», selv om det ofte brukes ganske slumsete. I dagligtalen kan vel folk bruke ord som de vil, – det fremgår jo vanligvis av konteksten sånn omtrentlig hva de mener. I faglitteratur må man stille større krav til presisjon og under alle omstendigheter definere begrepene. Selv bruker jeg ikke betegnelsen «quality of life» når jeg skriver på engelsk i faglige sammenhenger. Jeg bruker betegnelsen «psychological well-being».

Oslo  
*Siri Næss*  
NOVA

#### Litteratur

1. Næss S, i samarbeid med Mastekaasa A, Moum T, Sørensen T. Livskvalitet som psykisk velvære. NOVA-rapport 3/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2001.

## Ukritisk om fotodynamisk behandling

Fotodynamisk behandling er under utvikling for behandling av solare keratoser og overflatiske former for basalellekarsinom. Det norske firmaet PhotoCure har utviklet en krem, Metvix, som anvendes i slik behandling. Vi har tidligere gitt uttrykk for misnøye med den måten PhotoCure har omtalt sine produkter på (1, 2).

I en artikkel i Aftenposten 19. juni opplyses det at PhotoCure har fått markedsføringstillatelse for Metvix i Sverige, og at firmaet regner med at tillatelsen vil utvides til å gjelde hele EØS-området om kort tid. I artikkelen fortelles det at man kan behandle «visse typer aggressiv hudkreft» og at PhotoCure etter hvert regner med å «ta store deler, for ikke å si hele dette markedet» (3).

Det er grunn til å reagere på slike utsagn. Basalellekarsinomer har en lav vekstshastighet og metastaserer i praksis aldri (4). De kan derfor ikke karakteriseres som aggressive. Maligne melanomer, derimot, kan være aggressive og medføre en høy letalitet. Tilsvarende gjelder for visse plateepitelkarsinomer. Ved disse tilstandene har fotodynamisk behandling ingen plass og vil neppe få det i fremtiden. For solare keratoser (mindre enn 1% av disse utvikler seg til plateepitelkarsinom ubehandlet) og for basalellekarsinom er det en rekke andre gode alternative behandlingsmetoder (2, 4). Vi finner det derfor tvilsomt at PhotoCure vil kunne «ta store deler, for ikke å si hele dette markedet». Igjen ser det ut til at den aggressive eksponeringen av PhotoCure er rettet mot finansmarkedet, og at denne kommer i veien for en nøktern, vitenskapelig basert fremstilling.

Fotodynamisk behandling er et spennende behandlingsprinsipp. Vi etterlyser sammenliknende studier med andre tilgjengelige metoder. Først når slike foreligger, vil vi kunne vite mer om den rolle fotodynamisk behandling vil ha i behandlingen av de ulike former for hudkreft.

Oslo  
*Petter Jensen Gjersvik*  
*Per Helsing*  
Hudavdelingen  
Rikshospitalet

#### Litteratur

1. Haraldsen C. Dyr motbør for PhotoCure. Aftenposten (morgenutgave) 20.6.2000.
2. Gjersvik PJ. Fotodynamisk behandling – lovende eller oppskrytt? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2243.
3. Haraldsen CH. PhotoCure får selge krem. Aftenposten (morgenutgave) 19.6.2001.
4. Goldberg LH. Basal cell carcinoma. Lancet 1996; 347: 663–7.

#### PhotoCure svarer:

PhotoCure er et lite selskap som forsøker noe så radikalt og uvanlig som å utvikle helt nye legemidler i Norge. I år investerer selskapet mer enn 100 millioner kroner i medisinsk forskning og utvikling. For utviklingen av Metvix PDT innen dermatologisk onkologi har PhotoCure samarbeidet med mer enn 100 universitetsklinikker i Europa, USA og Australia for å gjennomføre 20 kliniske studier med totalt 2 000 pasienter. Uten en fantastisk interesse fra disse universitetsklinikkene ville vi aldri ha kommet dit vi nå er. Metvix ble nylig godkjent for markedsføring til aktinisk keratose og basalellekarsinom av svenske myndigheter. Myndighetenes krav til et legemiddel er at sikkerhet og effekt skal dokumenteres gjennom sammenliknende, multisenter- og kontrollerte studier. Som et børsnotert selskap er PhotoCure pliktig til å informere om en slik hendelse og sendte derfor ut en pressemelding (1). Journalist Christian H. Haraldsen i Aftenposten oppfattet dette (som oss) som en viktig hendelse for et norsk selskap og skrev en artikkel basert på pressemeldingen (2).

En av indikasjonene er basalellekarsinom hos pasienter der konvensjonell behandling ikke ansees tilfredsstillende. Petter Jensen Gjersvik & Per Helsing reagerer på at journalisten omtaler dette som aggressiv hudkreft (et ikke er opplagt falt ut i avisartikkelen). Den medisinske presisjon blir lett skadelidende i dagspressen og vi i PhotoCure er derfor meget bevisst på sondringen mot melanomer når vi omtaler denne sykdommen. På den annen side har vi også respekt for en dyktig journalists innsats for med knappe tidsfrister å formidle sitt budskap til publikum.

At våre høye ambisjoner for vårt produkt ikke deles av legene Gjersvik & Helsing er til å leve med. Vi har forskjellige roller. Gjersvik & Helsing er også journalister i et kommersielt medium med ukjent eierskap,