

## Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis

Bjørn Bratland rapporterer i Tidsskriftet nr. 19/2001 en undersøkelse av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis i en allmennpraksis (1). Over en tiårsperiode ble det av fem leger registrert 44 pasienter med polymyalgia rheumatica og seks pasienter med arteritis temporalis. Artikkelen er viktig, da slike undersøkelser kan skaffe til veie informasjon om relativt uselekterte pasienter. Det er derfor å håpe på fortsatt engasjement omkring denne sykdommen.

Jeg ønsker imidlertid å kommentere noen av Bratlands konklusjoner. Det konkluderes med at diagnostisering og behandling av tilstanden bør kunne skje i allmennpraksis. Jeg kan ikke se at undersøkelsen inneholder dokumentasjon på hvem som er egnet til å ta hånd om disse pasientene. Studien gir naturlig nok ingen opplysninger om antallet udiagnostiserte pasienter i perioden, eller antallet pasienter som i observasjonsperioden ble diagnostisert av spesialister i sykehus. Man har heller ikke foretatt noen direkte sammenlikning mellom pasienter behandlet av allmennpraktikere og pasienter behandlet for eksempel av sykehusleger.

Som tidligere hevdet (2) finner jeg det mer interessant å diskutere hvordan allmennmedisinere og sykehusspesialister kan samarbeide om forskning og behandling av denne inflammatoriske revmatiske sykdommen. Bratlands undersøkelse viser egentlig klart at for å skaffe tilstrekkelig antall pasienter for forskning og kvalitetsutvikling, er man avhengig av samarbeid. Hans undersøkelse viste at hver allmennpraktiserende lege i gjennomsnitt oppdaget én pasient med polymyalgia rheumatica hvert år og én pasient med arteritis temporalis hvert tiende år. Dette synes ikke tilstrekkelig for å etablere verken klinisk kompetanse eller danne grunnlag for klinisk-epidemiologisk forskning.

Oslo

*Jan Tore Gran*  
seksjonsoverlege  
Senter for revmatiske sykdommer  
Revmatologisk avdeling  
Rikshospitalet  
og  
professor  
Revmatologisk avdeling  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

### Litteratur

1. Bratland B. Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2270–3.
2. Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3374.

## B. Bratland svarer:

Hensikten med min undersøkelse (1) var å kaste lys over hvordan pasienter med polymyalgia rheumatica blir diagnostisert og behandlet i en allmennpraksis, som et svar på Jan Tore Grans etterlysning i Tidsskriftet: «Annenlinjetjenesten vet lite om de pasienter som ikke henvises videre» (2). Det er ikke lagt opp til noen mannjevning om hvem som er flinkest til å ta seg godt av disse pasientene. Jeg er enig med Gran i at dersom man skal gjøre prospektive vitenskapelige undersøkelser med henblikk på denne pasientgruppen, må dette gjøres med utgangspunkt i sykehus i samarbeid med allmennpraksis (3).

Når det gjelder samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og revmatologisk poliklinikk om enkeltpasienter, har jeg i min artikkel pekt på at for sykdommen polymyalgia rheumatica er nok behovet størst i den diagnostiske prosess. Dette samme påviser Gran i en annen artikkel i Tidsskriftet (4). Jeg mener en slik bruk av spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig og riktig. Jeg synes imidlertid ikke det er noen overraskelse at det i denne gruppen pasienter henviset på grunn av usikkerhet i diagnosen, er relativt dårlig overensstemmelse mellom tentativ diagnose fra primærlegen og sykehusets endelige diagnose.

Gran peker i sin studie på at frekvensen av kontrollavtaler ved revmatologisk avdeling var uhensiktsmessig høy, og at en reduksjon av disse vil bedre tilgjengeligheten ved revmatologisk poliklinikk.

En nærliggende konklusjon på de to artiklene er at allmennpraktikeren i større grad bruker revmatologen som konsulent i den diagnostiske prosess, og at pasientene henvises raskere tilbake for kontroll og oppfølging.

Arendal

*Bjørn Bratland*  
Leggruppen Grandgården

### Litteratur

1. Bratland B. Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2270–3.
2. Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3374.
3. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. Br J Rheumatol 1996; 35: 1161–8.
4. Gran JT. Hvorfor henvises pasienter til revmatologisk poliklinikk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2294–6.

## Fotodynamisk behandling

Fotodynamisk behandling er på vei til å bli rutinebehandling for solare keratoser, Bowens sykdom og basocellulære karsinomer, og blir utprøvd også på en rekke andre hudlidelser. Publikasjonene om fotodynamisk terapi er mange, og presentasjonene på internasjonale kongresser likeså. Det arrangeres egne kongresser og egne sesjoner på større kongresser. Det finnes en egen medisinsk-vitenskapelig europeisk organisasjon for dermatologisk fotodynamisk terapi, og nylig ble en nordisk forening stiftet.

Interessen for denne terapiformen er stor, ikke minst blant pasientene. Behandlingsresultatene er likeverdige med resultatene ved andre metoder, bivirkningene er små, og de kosmetiske resultatene er vanligvis betydelig bedre enn ved behandlingsmetoder som for eksempel kirurgi og kryokirurgi, som ofte gir skjemmende arr og hypopigmenterte flekker.

I Sveits utføres denne behandlingen ved alle universitetsklinikkene, og våre egne erfaringer er meget gode, spesielt hos pasienter med utbredte lesjoner.

Firmaet Photocure AS har initiert en rekke studier utført ved et betydelig antall ledende universitetsklinikker i Europa, Australia og USA, bl.a. prospektive, randomiserte, sammenliknende studier med kryoterapi. Photocure har fått et meget godt renommé for den utmerkede vitenskapelige og profesjonelle måten de arbeider på.

Det er med undring jeg leser Petter Jensen Gjersvik & Per Helsing omtale av Photocure og deres produkt Metvix krem i Tidsskriftet nr. 18/2001 (1).

På Internett-siden til Hudpedagogisk senter, Rikshospitalet, der Per Helsing er oppført som ansvarlig redaktør, står overskriften: «No cure Photocure», noe som vel må karakteriseres som et polemisk angrep på Photocure og fotodynamisk terapi. Det pikante er at det på samme Internett-side samtidig slås opp en studie om kremen imiquimod, utført av «vår gode venn Stockfleth fra Kiel» på seks pasienter, og det opplyses at kremen er effektiv ved solskader. De etterlyser flere sammenliknende studier mellom fotodynamisk terapi med Metvix krem og annen behandling. I en situasjon, hvor det finnes flere slike studier om fotodynamisk terapi og Metvix, med til sammen flere tusen pasienter, slås en pilotstudie med seks pasienter stort opp. Det hele kommer i et underlig lys når man ser at produsenten av imiquimod, 3M Pharma, er oppført som sponsor av Internett-siden, og at imiquimod krem er et potensielt konkurrerende produkt til fotodynamisk terapi.

Jeg er helt sikker på at en redaktør av en nettside ikke gjerne skriver ufordelaktig om et produkt som en sponsor av samme nettside selger. Spørsmålet som melder seg er derfor viktig og alvorlig:

Er det akseptabelt at et såkalt hudpedagogisk senter ved Rikshospitalet, som er en offentlig institusjon, mottar penger fra legemiddelindustrien til sponsering av en virksomhet som i stor grad dreier seg om omtale av medikamenter?

Det ville interessere meg meget hva Sosial- og helsedepartementet og Rikshospitalets administrasjon/styre mener om dette.

Bern *Lasse R. Braathen*  
direktør og sjeflege  
Dermatologiske Universitetsklinikk  
Inselspital Bern  
Sveits

#### Litteratur

1. Gjersvik PJ, Helsing P. Ukritisk om fotodynamisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2204.

#### *P.J. Gjersvik & P. Helsing svarer:*

Vår kritikk dreier seg om omtalen av fotodynamisk behandling som effektiv ved «visse typer aggressiv hudkreft», slik det stod i artikkelen i Aftenposten (1), noe basalcellekarsinom ikke er (2). Vi mener dessuten det er tvilsomt om behandlingsformen vil «ta store deler, for ikke si hele dette markedet» så lenge behandlingen ikke er effektiv ved alle former for basalcellekarsinom. Vi slutter oss fullt og helt til Lasse Roger Braathens omtale av fotodynamisk behandling, en behandlingsform som også utføres ved Rikshospitalets hudavdeling. Det er prisverdig og spennende at et norsk firma er så langt fremme i utviklingen av en ny behandlingsmetode mot visse premaligne og maligne hudsykdommer som Photocure AS er. Vi mener det er viktig at forskningsresultater fremstilles på en nøktern og mest mulig korrekt måte.

Braathen benytter anledningen til å mistenkeliggjøre Internett-siden til Hudpedagogisk senter (3). Internett-siden er basert på frivillig innsats fra alle legene ved Rikshospitalets hudavdeling. Her kan pasienter finne produsentuavhengig informasjon om hudsykdommer og få råd om behandling, soiling, hudpleie og andre aktuelle temaer. På en egen underside for leger gjengis korte referater fra forskningsartikler i internasjonale medisinsk-vitenskapelige tidsskrifter, utarbeidet av legene ved Hudavdelingen. Av til sammen ca. 370 slike forskningsreferater per august 2001 dreier mindre enn 100 seg om medikamentell behandling, 11 om studier av fotodynamisk behandling og sju om studier av imiquimodkrem. Det er således ikke grunnlag for Braathens påstand om at

Internett-siden i stor grad dreier seg om omtale av medikamenter, eller at en pilotstudie om imiquimod er slått stort opp. Internett-siden til Hudpedagogisk senter har ni små bannerannonser i høyre skjermkant fra ni ulike legemiddelfirmaer, og inntektene derfra er med på å dekke driftsutgiftene. Internett-siden redigeres fullt og helt uavhengig av annonsørene.

Oslo *Petter Jensen Gjersvik*  
*Per Helsing*  
Rikshospitalet

#### Litteratur

1. Haraldsen CH. PhotoCure får selge krem. Aftenposten (morgenutgave) 19.6.2001.
2. Gjersvik PJ, Helsing P. Ukritisk om fotodynamisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2204.
3. [www.doktoronline.no/pub/hps/index.html](http://www.doktoronline.no/pub/hps/index.html) (31.8.2001).

## Mammografistudier

I en artikkel av Per-Henrik Zahl og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 16/2001 (1) kritiseres det svenske vitenskapelige underlaget for allmänna hälsoundersøkingar med mammografi. Tyværr opprepar författarna felaktiga påståenden om de svenska studierna som tidigare figurerat i massmedia. Artikeln baseras på en rad spekulationer och felaktigheter varför den saknar vetenskapligt värde.

Författarna påstår att det vetenskapliga underlaget för mammografiscreening står och faller med WE-studien. I Sverige ingår 290 000 kvinnor i randomiserade studier av mammografiscreening varav mindre än hälften utgörs av WE-studien. Vid en samlad analys visade samtliga svenska studier en minskad dödlighet i bröstcancer. Det vetenskapliga underlaget är således betydligt mer stabilt än vad Zahl och medarbetare hävdar (2).

Deras räkneexempel bygger på en rad felaktiga och oprecisa antaganden. Bland annat påstås att det finns «nighet om att full helbredelse av brystkreft bare er mulig i stadium I». Vitenskaplig referens för påståendet saknas. Metaanalyser av adjuvanta behandlingsstudier visar dock att långtidsöverlevnad kan uppnås både bland pasienter med stadium I och stadium II samt att tidig intervention i sjukdomsförloppet signifikant minskar dödligheten oberoende av tumörstadium (3).

Zahl och medarbetare räkneexempel bygger dessutom på stadiefördelning och stadiespecifik relativ överlevnad från Norska Kreftregistret. De antar att dessa data är representativa för resultatet i WE-studien. Återigen saknas vitenskapliga referenser för antagandet som sannolikt inte är korrekt. Detta gör att beräkningarna blir vitenskapligt ointeressanta.

Incidensen av bröstcancer har økat i hela vøstvärlden, sannolikt beroende på föränd-

ringar betrøffande riskfaktorer: økad andel kvinner som føder barn sent i livet, økad anvøndning av postmenopausal østrogensubstitusjon m.m. Dette borde medføra stigande dødlighetstal men i t.ex. Sverige har dødligheten for brystcancer varit konstant. Dette beror sannolikt på en samtidig trend mot økad tidigdiagnostik, samt introduksjonen av nye medisinske behandlingsmetoder. En minskad brystcancerdødlighet har rapportert fra England og Nederlanderna, lønder som inført allmønna hølsokontroller med mammografi. Åven i Sverige ses en nedatgøende trend i løn som tidigt introducerat allmønna hølsokontroller till skillnad fra løn som påbørjat mammografiscreening først senaste åren (4).

Det är beklagligt att man i Norge fortsätter att framføra ogrundad og vitenskapligt naiv kritik av mammografiscreening. Den viktiga frågan inför framtiden är hur sådana hølsokontroller skall kunna genomføras med høg kvalitet og gynnsamt resultat. Norge är dærvilad ett føregøngsland i och med den nasjonellt samordnede kvalitetsvørdingen av mammografiscreeningprojeckt vilken ger nasjonalt unika møjligheter att genomføra en kostnadseffektiv screeningverksamhet med potential att bryta dødlighetstrenden for brystcancer øckså i Norge.

Stockholm *Lars Erik Rutqvist*  
docent, klinikkhef  
Onkologklinikken  
Huddinge Universitetssjukhus

#### Litteratur

1. Zahl P-H, Kopjar B, Møhlen J. Norske tall for brystkreftdødelighet og validitet i svenske mammografistudier. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1928–31.
2. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. Lancet 1993; 341: 973–8.
3. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. Lancet 1992; 339: 1–15, 71–85.
4. Rosén M, Lundin A, Nyström L, Rutqvist LE, Stenbeck M, Talbäck M. Incidens og dødlighet i brystcancer under 25 år – nasjonale og regionale jämførelser. Løkartidningen 2000; 97: 294–9.

#### *P.-H. Zahl og medarbeidere svarer:*

Vi mener at det vitenskapelige grunnlag for masseundersøkelser med mammografi er avhengig av WE-studien fordi en metaanalyse av de gjenværende svenske mammografistudier sammen med samtidige studier i Edinburgh og Canada viser at det er usikkert om mammografiscreening fører til redusert dødelighet ( $p = 0,066$ , dvs. ikke-signifikant forskjell med 5% signifikansnivå) og at en eventuell effekt uansett er moderat (relativ risiko på 0,89, reduksjon i dødelighet på 11%).