

i mindre grad enn tidligere ønsker å delta i et offentlig behandlingsprogram, som gir dem mindre fleksibilitet når det gjelder avreisetidspunkt og betingelser under oppholdet. Antakelig er psoriatikere i dag mer innstilt på å reise til Syden på egen hånd og til egen kostnad. Dette innebærer at både helsemyndigheter og pasientorganisasjoner må tenke i nye baner.

Petter Jensen Gjersvik
Tidsskriftet

Misvisende om fotodynamisk behandling av hudkreft

I et nyhetsoppslag i Tidsskriftet nr. 3/2004 om fotodynamisk behandling ved hudkreft (1), er dessverre to helt forskjellige systemer for slik behandling blandet sammen. Beskrivelsen er derfor misvisende.

PhotoCure ASA har utviklet Metvix, en krem som inneholder metylaminolevulinat, et stoff som har helt forskjellige egenskaper enn 5-aminolevulinsyre. Metvix fører til selektiv oppbygging av porfyriner i kreftceller. Disse porfyrinene aktiveres ved hjelp av rødt lys (Aktilite, PhotoCure). Metvix er registrert i 18 land for bruk ved både basalcellekarsinom og forstadier til hudkreft (solare keratoser). Metvix er under utredning for bruk ved begge hudlidelsene i flere land, inkludert USA. Det er derfor ikke riktig at resultatene fra den nylig publiserte studien (2), er grunnen til at man ennå ikke har oppnådd godkjenning i USA for behandling av basalcellekarsinom. De amerikanske legemiddelmyndighetene ønsker tilleggsinformasjon.

Det amerikanske firmaet DUSA har utviklet Levulan Kerastick, en alkoholbasert formulering som inneholder 5-aminolevulinsyre. Levulan fører til en ikke-selektiv oppbygging av protoporfyrin IX i huden, som aktiveres ved hjelp av blått lys (Blu-U, DUSA). Levulan er kun registrert i USA til bruk ved solare keratoser.

Artikkelen i Tidsskriftet (1) gir inntrykk av at de to systemene er like, men faktisk gir de helt forskjellige kliniske resultater (3–5). Levulan Kerastick/Blu-U gir en overflattisk effekt og er derfor ikke egnet til behandling av dypere lesjoner, i motsetning til Metvix, som er svært selektiv for tumorceller (10–30 ganger mer selektiv) og penetrerer dypere (6). I motsetning til 5-aminolevulinsyre vil behandling med Metvix ikke (eller i liten grad) gi opphopning av porfyriner i normal hud og derfor også færre lokale fototoksiske bivirkninger.

Metvix er nå tatt i bruk ved 165 hudklinikker i Norden, inkludert alle universitetssykehus i Norge, Sverige, Danmark og Finland.

Kjetil Hestdal
PhotoCure ASA

Litteratur

1. Delte meninger om fotodynamisk behandling ved hudkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 304.
2. Rhodes LE, de Rie M, Enström Y, Groves R, Morken T, Goulden V et al. Photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate vs. surgery for nodular basal cell carcinoma. Arch Dermatol 2004; 140: 17–23.
3. Freeman M, Vinciullo C, Francis D, Spelman L, Nguyen R, Fergin P et al. A comparison of photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate (Metvix®) with single cycle of cryotherapy in patients with actinic keratosis: a prospective, randomized study. J Dermatol Treatment 2003; 14: 99–106.
4. Pariser DM, Lowe NJ, Stewart DM, Jarrat MT, Lucky AW, Pariser RJ et al. Photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinate for actinic keratosis: Results from a prospective randomized multicenter trial. J Am Acad Dermatol 2003; 48: 227–32.
5. Ormrod D, Jarvis B. Topical aminolevulinic acid HCl photodynamic therapy. Am J Clin Dermatol 2000; 1: 133–9.
6. Peng Q, Soler AM, Warloe T, Nesland JM, Giercksky KE. Selective distribution of porphyrins in thick basal cell carcinoma after topical application of Metvix® cream containing methyl 5-aminolevulinate. J Photochem Photobiol B 2001; 62: 140–5.

Kirurgisk behandling av lungekreft

I Tidsskriftet nr. 3/2004 presenterer Hans Rostad og medarbeidere resultater ved kirurgisk behandling av lungekreft i Norge (1). Deler av presentasjonen og kommentarene i diskusjonen burde etter vårt syn hatt en mer nyansert fremstilling.

Forfatterne skriver at «mortalitetstallene ligger høyere enn det som defineres å være tilfredsstillende i internasjonal litteratur». I det norske materialet er total 30-dagersmortalitet, lobektomimortalitet og pneumonektomimortalitet nesten identisk med de refererte studiene (2, 3).

Det heter videre at «dødelige blødningskomplikasjoner var et betydelig problem i vårt materiale». Fatale blødningskomplikasjoner forekom i 0,2 % av operasjonene i det norske materialet, identisk med materialet fra Mayo-klinikken. Postoperativ større blødning i det norske materialet forekom i 1 % av inngrepene, i materialet fra Veterans' Hospitals fikk 2,9 % multi-transfusjon postoperativt. Hvordan er blødning definert i det norske materialet? Er det angitt etter mer eller mindre «prosaiske» operasjonsbeskrivelser? Er transfusjonsarkene benyttet?

Forfatterne mener at «på bakgrunn av de høye mortalitetstallene bør lungekreftkirurgien i Norge samles på færre sykehus». I diskusjonen angir de at «komplisjonen (blødning, egen anmerkning) var nokså jevnt fordelt på de enkelte sykehus». Vi kan utover dette ikke se at tallene i artikkelen har vært analysert på enkeltsykehus eller relatert til volum per sykehus eller kirurg. Etter vår mening trekker derfor forfatterne konklusjonene for langt i forhold til de tall de presenterer. Lungekreftkirurgi er kanskje det inngrepet av større kirurgiske inngrep som har svakest relasjon til kirurgens opera-

tive volum (4). Det ser imidlertid ut til at sykehusenes totale ressursnivå for lungemedisin og lungekirurgi betyr noe for det endelige resultatet.

Forfatterne må berømmes for det omfattende materialet de har samlet inn. Den negative fremstillingen av de norske resultatene og det sterke ønsket om sentralisering er dog ikke begrunnet i tallene.

Truls Myrmed
Per Erling Dahl
Ulf Aasebø
Roy Bremnes
Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Rostad H, Naalsund A, Jacobsen R, Strand TE, Norstein J. Årsaker til mortalitet etter reseksjon for lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 313–5.
2. Harpole DA, DeCamp MM jr., Daley J, Hur K, Oprian CA, Henderson WG et al. Prognostic models of thirty-day mortality and morbidity after major pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 117: 969–79.
3. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, Miller DL, TraDek VF, Jenkins GD et al. Pneumonectomy for malignant disease: Factors affecting early morbidity and mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 121: 1076–82.
4. Birmeyer JD, Sterkel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. New Engl J Med 2003; 349: 2117–27.

H. Rostad og medarbeidere svarer:

Vi takker Tromsø-gruppen for interessen for vårt arbeid. Artikkelen omhandler ikke i sin helhet resultatene ved kirurgisk behandling av lungekreft i Norge, men begrenser seg til en beskrivelse av postoperativ mortalitet og mortalitetsårsaker etter reseksjon (1).

Totalmortaliteten på 7,4 % 60 dager etter operasjonen er ganske mye, selv om det i litteraturen finnes enkelte resultater på høyde med våre. I mange materialer inngår pasienter med sykdom i høyere stadier enn i materialet i Krefregisteret.

Som det ble redegjort for i vår artikkel (1) var det i alt 36 av 2 528 pasienter (1,4 %) som hadde peroperativ eller postoperativ blødning og som døde. 17 dødsfall som direkte følge av peroperativ eller postoperativ blødning er bekymringsfullt, spesielt fordi blødningen i mange tilfeller var forårsaket av for dårlig underbinding og omstikning av store sentrale kar. Blødning var også medvirkende ved en del dødsfall hvor andre årsaker ble bedømt til å være avgjørende for det fatale utfall. Når pasienten ble multitransfundert under og/eller etter operasjonen, ble blødningen ansett som alvorlig, men transfusjonsark ble ikke benyttet. Operasjonsbeskrivelsene var i disse tilfeller meget nøyaktige og åpenbart samvittighetsfullt utfordrigt. Igjen er det vanskelig å sammenlikne med andre studier på grunn av forskjellige sykdomsstadier.

Vår studie omhandlet ikke komplikasjoner hos pasienter som overlevde. De artiklene Truls Myrmed og medarbeidere refererer til, er lite representative. Studien til Harpole og medarbeidere inkluderer 99 % menn og operasjoner for alle slags lungelidelser (2). Studien til Bernard og medarbeidere omhandler kun pneumonektomier, som har langt høyere mortalitet enn mindre reseksjoner (3), slik at resultatene ikke kan sammenliknes med det norske materialet.

Vår undersøkelse dokumenterer ikke at store sykehus har bedre resultater enn mindre. Vårt budskap er heller at resultatene generelt sett kunne vært bedre, og at en reorganisering av lungekreftbehandlingen bør diskuteres. Det kan godt tenkes at alle avdelinger som behandler lungekreft i dag er for små, og at resultatene kunne bedres ved organisering i større og mer spesialiserte enheter. Vi har resultater fra hvert enkelt sykehus og vil publisere slike resultater senere etter korreksjon for henvisninger, men uten at enkeltsykehus identifiseres. Vi ser at det også kan ha interesse å analysere resultater fordelt på enkeltkirurger, men dette er kompliserte analyser som vi foreløpig ikke har planlagt å gjøre.

Hans Rostad

Kreftregisteret

Anne Naalsund

Rikshospitalet

Randi Jacobsen

Trond-Eirik Strand

Jarle Norstein

Kreftregisteret

Litteratur

1. Rostad H, Naalsund A, Jacobsen R, Strand TE, Norstein J. Årsaker til mortalitet etter reseksjon for lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 313–5.
2. Harpole DA, DeCamp MM jr., Daley J, Hur K, Oprian CA, Henderson WG et al. Prognostic models of thirty-day mortality and morbidity after major pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 117: 969–79.
3. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, Miller DL, TraDek VF, Jenkins GD et al. Pneumonectomy for malignant disease: Factors affecting early morbidity and mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 121: 1076–82.

Røyking og legers verdighet

Lasse Efskind tar i Tidsskriftet nr. 3/2004 opp et tilfelle der en røykende venn av ham døde av leukemi (1). Efskind følte empati med vennen som trosset vær og vind for å få seg en blås og oppfordrer sykehuspersonell og pasienter til å sabotere røykeloven. Efskind sjeneres tydeligvis ikke av andres røyk. Ikke alle er så heldige; selv har jeg heller aldri røykt, men jeg får store problemer bare jeg kommer i nærheten av røykere. Øynene blir såre og renner, nesen begynner å renne, svelget hovner opp og jeg mister stemmen.

I mine unge år var jeg ansatt ved rikstele-

fonen og var avhengig av å ha en klar stemme. Jeg vil helst ikke tenke på hvor mye jeg kostet samfunnet i den tiden med stadige sykmeldinger pga. heshet. Alle mine venner røykte. Fordi jeg kom meg unna dette skadelige miljøet og valgte å «gå i hi» og nedprioritere sosialt samvær, har jeg ennå ikke fått «skikkelig» astma. Min ikke-røykende yngre søster har dessverre pådratt seg astma, fordi hun har vært passiv røyker hele sitt liv. Hun har det forferdelig enkelte ganger og måtte slutte i et yrke hun trivdes med og går nå på omskolering. To til av mine røykende søsken har også fått astma. Jeg kan utvide listen av andre røykrelaterede sykdommer i egen familie til nese-kreft, munnhulekreft, strupekreft osv.

Jeg hører antakelig til gruppen «rundt Legeforeningen til SVs Olav Gunnar Ballo» som «har knelt sammen med Dagfinn Høybråten og velsignet den nye røykeloven» (1). I Efskinds øyne er vi «antirøykfanatikere» følgelig «en negativ faktor, både for røykeavvenning, nøytral forskning og demokrati» (1). Er Efskind kanskje redd for å bli arbeidsledig hvis folk han kaller for antirøykfanatikere, etter slitsomme år i isolasjon, endelig skal kunne få gå ut blant folk som ikke røyker, og dermed heller ikke pådra seg så mange livsstilssykdommer som krever kirurgiske inngrep og annen legebehandling?

Forresten, lykke til i opposisjonsgruppen, som du sikkert klarer å dra i gang. Der kan dere kose dere med å diskutere røykelov og andre utslag av «autoritær tenking». Ikke glem å føre også noen andre momenter inn i diskusjonene deres som er dere leger verdige.

Marianne Solli

Grimstad

Litteratur

1. Efskind L. Å røyke eller ikke røyke. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 394–5.

L.D. Efskind svarer:

Jeg har sympati for alle de som plages av passiv røyking. Solli uttrykker seg imidlertid på en måte som får meg til å mistenke at det også er sterke psykiske komponenter i hennes «allergi» mot røyk. Hun sier: «Jeg får store problemer bare jeg kommer i nærheten av røykere. Øynene blir såre og renner, nesen begynner å renne, svelget hovner opp og jeg mister stemmen. (...) Min ikke-røykende yngre søster har dessverre pådratt seg astma, fordi hun har vært passiv røyker hele sitt liv.» Ingen kan ta endelig medisinsk stilling til Sollis personlige problem ut fra en artikkel. Det skal heller ikke jeg prøve på. Hva gjelder astma, så kan det komme av passiv røyking, men nyere forskning antyder at en hovedårsak til astma kan være et for sterilt miljø i oppveksten.

Mitt hovedpoeng var at et røykerom eller et verdig oppholdssted for røykere på sykehus er mulig å kombinere med hensynet til beskyttelse mot passiv røyking. Hvis man har godvilje. Antirøykere får tåle at noen lukter litt røyk i klærne, akkurat som vi lever med de som lukter hvitløk. Jeg er også for at man slutter å røyke. Men den enkelte må beslutte det ut fra en egen forståelse av helseskadene. Det vil også være medisinsk viktig for oppfølgingen og takling av andre personlige helsekonflikter. Veien mot en sunn livsstil er både lang og full av feller. Det er viktig at livsnyttelsen og den personlige friheten ikke «kastes ut med badevannet».

Helse skal jo ikke bare være, men brukes til noe. Livet skal ikke bare være, men også leves. Det er ikke bare dødssykes «selvrådere» man skal respektere, men også de dødsfriske!

Som gammel aksjonist kunne jeg ikke dy meg, og lanserte et «antiautoritært forum» som et svar på dogmatismen og formynderiet i samfunnet. Jeg har allerede fått god respons og vil innkalle til et stiftelsesmøte til våren. Det er ikke for sent å melde seg på!

Lasse Efskind

Nesøya

Samfunnsmedisinernes engasjement mot tobakk

Carl Ditlef Jacobsen etterlyser i Tidsskriftet nr. 3/2004 samfunnsmedisinernes engasjement mot røyking (1). Han hevder lovendringene som forbyr røyking på utesteder, «vakte en storm av protester fra kolleger og medisinske professorer, hvorav påfallende mange samfunnsmedisinere» (1).

Jeg kan forstå at innlegget i Aftenposten 19. januar 2003 fra 11 professorer, hvorav de fleste medisinere og flere samfunnsmedisinere, gjorde inntrykk på Jacobsen. Selv reagerte jeg med forskrekkelse og skuffelse og hadde et motinnlegg i Aftenposten noen uker senere (2). Også samfunnsmedisinere Ola Jøsendal og Marit Rognerud skrev motinnlegg. Jøsendal er leder i Offentlige legers landsforening og dermed den fremste tillitsvalgte for samfunnsmedisinere i Norge. Han har også helt nylig uttalt seg markert mot røyking (3).

Jeg kunne finne mange andre eksempler på samfunnsmedisinernes ytringer mot røyking i mediene. Selv uttalte jeg meg tydelig mot røyking i en rekke intervjuer i aviser og tidsskrifter i de årene jeg var helsedirektør. Fylkeslege Kristian Hagestad, en kjent og markert samfunnsmedisinere, fikk for noen år siden bred mediedekning da han kritiserte at et askebeger var synlig på skrivebordet under kong Haralds nyttårstale i fjernsyn. Samfunnsmedisineren Gro Harlem Brundtland gjorde en bragd