

over tilsvarende lest: Det er mye man kan tenke på som man finner ubegrunnet og som man derfor offentlig kan ta avstand fra. Jeg antar at Tidsskriftet er redaksjonelt ansvarlig for innholdet i Åsbergs lederartikkel. Dette må ha vært en dårlig dag på jobben.

Pål Møller
Oslo

Litteratur

1. Moulund G, Bratland B, Hornnes M-B et al. Forhøyet serum-ferritinnivå og hemokromatose i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 20–2.
2. Åsberg A. Screening for arvelig hemokromatose? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 15.

G. Moulund og medarbeidere svarer:

Det meste av Pål Møllers innlegg gjelder Arne Åsbergs lederartikkel for og imot screening for hemokromatose. Dette kan nok Åsberg kommentere best selv.

Vi synes det er vanskelig å få tak i poenget med Møllers innvendinger mot vår artikkel. Gentesten er omtalt under materiale og metode – det er nemlig den vanlige gentesten for hemokromatose som er alminnelig tilgjengelig for norske leger. Vi valgte å sende prøven til hormonlaboratoriet ved Aker universitetssykehus. Vår undersøkelse er godkjent av etisk komité, slik det også står i artikkelen. To av forfatterne har sitt arbeidssted ved henholdsvis Fylkestyngdekantoret og Fylkesmannen (Fylkeslegen), men de skriver selvfølgelig som selvstendige leger. Det er vel ikke vanlig å regne hele ens arbeidssted som «medansvarlig» når man er medforfatter av en artikkel? I vår undersøkelse ble ikke gentesting brukt som screeningundersøkelse, men som en klinisk laboratorieprøve hos enkeltpasienter som ble utredet for hyperferritinemi. For sikker diagnostikk av hemokromatose måtte man tidligere oftest gjøre leverbiopsi. Nå kan man oftest nøye seg med en enkel blodprøve. Et av formålene med vår undersøkelse var å foreslå en mer systematisk måte å utrede de mange pasientene som har høye ferritinverdier. I dag foregår slik utredning ofte uensartet og usystematisk.

Gunnar Moulund
Bjørn Bratland
Magn-Bjørn Hornnes
Legegruppen Grandgården
Arendal

Hans Petter Asser
Jan Lier
Fevik legesenter

Harald Reiso
Fylkestyngdekantoret i Aust-Agder

Ellen Rygh
Fylkesmannen i Aust-Agder

A. Åsberg svarer:

På bakgrunn av en lederartikkel i Tidsskriftet, der jeg argumenterer imot nyfødt-screening for hemokromatose, har Pål Møller funnet ut at jeg ignorerer lovverket og opptrer uetisk. Hans påstand er ikke bare grovt usaklig, men direkte ufin. Og det fortsetter i samme stilen: Jeg skal ha foreslått noe jeg er imot (antakelig screening for hemokromatose), for så å konkludere med at det ikke burde ha vært foreslått. Hvis Møller har fulgt med i den internasjonale debatten om screening for hemokromatose, vet han inderlig vel at undertegnede ikke har lansert den ideen. Møllers mer generelle utsagn om min lederartikkel må derfor være tuftet på uvitenhet eller et ønske om usaklig debatt. Ingen av mulighetene er særlig flatterende, og som grunnlag for å vurdere andres arbeid er de lite egnet.

Arne Åsberg
Trondheim

Østrogenbehandling og brystkreft

Kjersti Bakken og medarbeidere foreslår i Tidsskriftet nr. 3/2005 at bruk av østrogen for menopauseplager er den viktigste årsaken til økt brystkrefthyppighet i perioden 1985–2001, og at østrogenbehandling har ført til 300 flere brystkrefttilfeller årlig (1). Forfatterne diskuterer ikke at insidensen økningen i stedet kan skyldes en kombinasjon av tidligdiagnostikk (2) og overdiagnostikk (3) på grunn av oppstart av mammografiscreening.

Basert på data fra Norgeshelsa (4) finner vi at årlig antall nye brystkrefttilfeller per 100 000 kvinner i aldersgruppen 45–64 år økte fra 146 i perioden 1986–90 til 234 i perioden 1996–2001. Dette tilsvarer 400 flere brystkrefttilfeller årlig i Norge.

Bakken og medarbeidere mener altså at rundt 75 % av økningen i brystkreftinsidens i 1990-årene skyldes østrogenbruk. Hvis Bakken og medarbeidere har rett, burde brystkreftinsidensen nå begynne å falle dramatisk, siden salget av systemiske østrogener har falt med 40 % fra 2001 til 2004.

Per-Henrik Zahl
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Jan Mæhlen
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Bakken K, Alsaker E, Eggen AE et al. Østrogenbehandling og brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 282–5.
2. Ertzaas AKO, Hofvind SS-H, Thoresen SØ. Mammografiprogrammet i Norge. Evaluering av prøveprosjektet 1996–2000. Oslo: Krefregisteret, 2000.
3. Zahl P-H, Strand BH, Mæhlen J. Breast cancer incidence in Norway and Sweden during introduction of nation-wide screening: prospective cohort study. BMJ 2004; 328: 921–4.
4. Norgeshelsa. www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp (7.2.2005).

K. Bakken og medarbeidere svarer:

I sitt innlegg tolker Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen oss dit hen at nesten all økning i brystkreftinsidens i 1990-årene skyldes østrogenbruk, mens mammografiscreening er uten betydning. Det kjenner vi oss ikke igjen i. Det vi har sagt, er at data fra Kvinner og kreft-studien, hvor vi har kunnet vurdere begge faktorerens betydning, viser at østrogenbruk synes å ha hatt større betydning for økningen i aldersgruppen 45–64 år (relativ risiko 2,2; 95 % KI 1,5–3,1) enn screening (relativ risiko 1,2; 95 % KI 0,9–1,7). Dette fremgår blant annet av et innlegg i Tidsskriftet nr. 21/2004 (1). For øvrig er vi like spent som Zahl & Mæhlen på hvordan kurven for brystkreftinsidens nå vil avtegne seg ettersom salget av østrogener stadig synker.

Kjersti Bakken
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Elin Alsaker
Medisinsk fødselsregister

Anne Elise Eggen
Eiliv Lund
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Bakken K. Har østrogenbehandling betydning for insidens av brystkreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2801.

Feil om tiazider

Vi ønsker ikke å starte en føljetong om tiazider i Tidsskriftet. Imidlertid mener vi at tilsvaret fra Sverre Kjeldsen og medarbeidere (1) på vårt innlegg (2) i Tidsskriftet nr. 3/2005 krever en kommentar.

Kjeldsen og medarbeidere presenterer i sitt tilsvarende (1) en tabell som er omarbeidet fra en artikkel i *American Journal of Hypertension* i 1991 (3). Men tabellen til Kjeldsen og medarbeidere avviker betydelig fra originalen, idet den er feil. Det er gjort justeringer som verken kan eller bør gjøres (tab 1). I dette tilfellet ender justeringen opp med et resultat som er fornøylig, men tydeligvis utilsiktet fra forfatternes side: placebo kommer best ut, klart bedre enn både propranolol og bendroflumetiazid. Videre er tabellteksten, «Aldersjusterte rater per 1 000 pasientår for plutselig død og koronare hendelser», helt feilaktig og viser ikke det tallene i tabellen refererer til, uansett hvilke av de to tallgruppene som brukes (tab 1). Formuleringen «Age-adjusted rates per 1000 patient years» er riktignok brukt i en parentes i tabelltittelen i publikasjonen fra 1991 (3), men dette henviser på helt andre tall enn dem Kjeldsen og medarbeidere refererer til.

Vi har tidligere kommentert resultatene fra MRC-studien (2). MRC-studien er en av