

Randomiserte, kontrollerte studier av solarie og risiko for melanom krever lang forsøksstid med mange forsøkspersoner og er uaktuelt av etiske grunner. Råd baseres på epidemiologiske studier, med den usikkerheten det innebærer. Økologiske studier av geografisk variasjon i kreftforekomst/dødelighet er billige, har store kontraster i eksponering og mer stabil eksponering enn individbaserte studier. Siden eksponering og sykdomsforekomst/dødelighet måles på gruppenivå, vet vi ikke om det er de eksponerte som får sykdommen/dør og kan ikke kontrollere for konfundering på individnivå. Økologiske studier er hypotesegenererende og kausale sammenhenger kan ikke konkluderes. Resultatene av individbaserte kohort- og pasient-kontrollstudier er derfor viktige.

Nye kohort- og pasient-kontrollstudier av solariebruk og melanomrisiko (2–4) støtter det internasjonale kreftforsknings-senterets klassifisering av solariebruk som karsinogen i 2009 (1). Moderne solarier avgir en større andel UV-A-stråling (1–4). Både bruk av solarier med mye UV-B-stråling og solarier med mye UV-A-stråling har økt melanomrisikoen i epidemiologiske studier (2–4). Restriktiv holdning til solarier bør opprettholdes.

Solen og kosten er våre viktigste vitamin D-kilder. I en ny og omfattende ekspert-rapport (november 2010) initiert av amerikanske og kanadiske myndigheter, ble det ikke funnet kunnskapsgrunnlag for andre helsevirkninger av vitamin D enn for bein-helse (5). Ekspertene fant ikke grunnlag for å endre vitamin D-anbefalingene til den nordamerikanske befolkningen.

Marit B. Veierød

Avdeling for biostatistikk
Universitetet i Oslo

Lill Tove N. Nilsen

Statens strålevern

Trude Eid Robsahm

Kreftregisteret

Litteratur

1. Veierød MB, Nilsen LTN, Robsahm TE. Solarier, vitamin D og hudkreft. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1818–21.
2. Veierød MB, Adami HO, Lund E et al. Sun and solarium exposure and melanoma risk: the effects of age, pigmentary characteristics and nevi. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19: 111–20.
3. Lazovitch DA, Vogel RI, Berwick M et al. Indoor tanning and risk of melanoma: a case-control study in a highly exposed population. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19: 1557–68.
4. Cust AE, Armstrong BK, Goumas C et al. Sunbed use during adolescence and early adulthood is associated with increased risk of early onset melanoma. Int J Cancer 2010; e-publisert 28.7.2010.
5. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington: Institute of Medicine, 2010. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=13050 (15.1.2011).

Brennemerking som terapi

Amal Adens artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2010 (1) fikk frem et snart 45 år gammelt minne i meg. Hun beskriver at det i Somalia ikke er uvanlig «å brenne med oppvarmet metall forskjellige steder på kroppen, for eksempel ved mistanke om lungebetennelse».

Like etter Seksdagerskrigen i 1967 ble jeg som norsk pediater sammen med to sykepleiere sendt ned til palestinske flyktningleire for å ta oss av barna som ofte var i en sørgelig forfatning. 10 000–20 000 mennesker bodde i tilfeldige telt rett på sandbakken. Det var lite vann og ikke organiserte hygieniske tiltak. Som oftest gjorde flyktningene sitt fornødne rett på bakken. Deretter ble det virvlet opp i sandstormene, som innfant seg i korte perioder til samme tid daglig, noe som forårsaket luftveisinfeksjoner og diaré. En sliten britisk lege som hadde arbeidet der, pakket og forsvant straks vi kom. Jeg rakk å spørre om de viktigste diagnosene, og ganske kort svarte hun: «brennemerker på brystet er pneumoni, brennemerker på magen er diaré.»

Så ille var det nok ikke, men noen slike så vi hver uke. Vi norske ble veldig fortvilte og opprørte over denne formen for terapi. Merkene var oftest små og runde og ga mistanke om at de var laget med sigaretter.

Så en dag kom det en mamma med et hostende barn som hadde helt ferske brennemerker flere steder på brystet. Jeg laget et lite skuespill, førte pekefingeren opp og ned, og med en høy, langsom stemme ba jeg tolken fortelle moren og de seks–sju andre som ventet i teltet, at dette måtte de ikke gjøre; det var vondt og uten effekt. Moren så oppmerksomt på meg, og da tolken var ferdig med sitt, dro hun raskt ned kjolelinningen og viste meg ferske brennemerker på sitt eget bryst: «Jeg hostet også og ble bra etter at jeg ble brent!».

I det samme hørte jeg et av de høye hyl fra det lille teltet der sykepleierne satte en av de mange penicillinsprøytene for pneumoni den dagen. Da skjønnte jeg at for barna var den ene terapien kanskje like vond som den andre, og at begge var gitt med omsorg og gode hensikter. Det var en erkjennelse som fullstendig tok bort den fordømmelsen jeg hadde kjent, og som var et dårlig utgangspunkt for det vennskapet som etter hvert utviklet seg mellom det norske teamet og pasientene. Det ble mindre og mindre brennemerker i løpet av de månedene jeg var der. Og da jeg ett år senere arbeidet på samme sted, så jeg ingen.

Senere har jeg lest meg til at brenning som terapi, var vanlig i Europa opp mot 1870-årene. Det ble brukt av den ene parten i den fransk-tyske krigen, og motpartens fanger som ble behandlet på denne måten, trodde at det var et ledd i tortur.

Helene Pande

Oslo

Litteratur

1. Aden A. Helse og minoriteter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2436.