

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



## Re: Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling

Fra to artikler i Tidsskriftet (1, 2) kan det virke som om de vitenskapelige kontroversene rundt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) skyldes mangelfulle kriteriesett og utilstrekkelige data. Men dette er bare delvis riktig, og da hovedsakelig i avledet forstand. Dette fordi elefanten i rommet er mangelen på teoretisk forståelse av hva CFS/ME er. Derfor lar kontroversene seg vanskelig løse, og dermed står forskerkollektivet overfor en tilsvarende situasjon som den dommer Potter Stewart sto overfor da han i 1964 skulle identifisere pornografiske handlinger. Hva pornografi er, kunne han ikke si, men han var likevel overbevist om at «I know it when I see it» (3).

Vegard Bruun Wyller og medarbeidere, som lenge har sett elefanten i rommet (2), har lansert en teori som søker å sammenfatte data i en enhetlig forklaringsmodell. CFS/ME beskrives som et resultat av predisponerende (gener, personlighet) og utløsende (infeksjoner, kritiske livshendelser) faktorer, og modellen evner med det å ta opp i seg immunologiske så vel som nevrologiske og endokrine aberrasjoner. Sentralt i modellen er det dessuten at mennesket evolusjonært sett er adaptert til å takle de utløsende faktorer, men at individer som utvikler CFS/ME utvikler en patologisk «vedvarende stressrespons».

Jeg har tidligere lansert en samsvarende modell (4, 5), men har lagt vekt på at enkeltmenneskets adaptive potensial er vel så mye ontogenetisk som fylogenetisk ervervet. Hendelser i tidlige barne- og ungdomså setter spor i den utviklende organismens adaptive organer – inklusive de immunologiske, endokrine og sentralnervøse. Og disse sporene bidrar i sin tur til at hver enkelt utvikler ulike adaptive grenser. Kjennskap til hvilke typer hendelser tidlig i livet som disponerer for utvikling av enkeltindividets triggergrenser og dermed for en «vedvarende stressrespons», vil derfor være av betydning for forståelsen av CFS/ME.

Gitt en slik modell blir det forståelig at B-celledepleksjon (6) og kognitiv terapi (2) begge vil kunne fungere som terapi for noen, men ikke for alle – begge behandlingene gir effekter ved at de reformaterer kroppens ontogenetisk deriverte adaptive grenser.

### Elling Ulvestad

[elling.ulvestad@helse-bergen.no](mailto:elling.ulvestad@helse-bergen.no)

Elling Ulvestad (f. 1958) er avdelingssjef og professor ved mikrobiologisk avdeling, klinisk institutt, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Egeland T, Angelsen A, Haug R et al. Hva er egentlig myalgisk encefalopati? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1756–9.
2. Wyller VB, Reme SE, Mollnes TE. Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2172–5.
3. Wikipedia. I know it when I see it. [https://en.wikipedia.org/wiki/I\\_know\\_it\\_when\\_I\\_see\\_it](https://en.wikipedia.org/wiki/I_know_it_when_I_see_it) [7.12.2015].
4. Ulvestad E. Chronic fatigue syndrome defies the mind-body-schism of medicine. New perspectives on a multiple realisable developmental systems disorder. Med Health Care Philos 2008; 11: 285–92.
5. Ulvestad E. Psychoneuroimmunology: the experiential dimension. Methods Mol Biol 2012; 934: 21–37.
6. Fluge Ø, Bruland O, Risa K et al. Benefit from B-lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study. PLoS One 2011; 6: e26358.

## Re: Kumulert sum ved overvåking av postoperative sårinfeksjoner

Vi har med interesse lest innlegget til Brustad & Walberg i Tidsskriftet nr. 20/2015 om lokal bruk av rapporter fra Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) og andre alternativer (1). Rapporter som tilbys i NOISnett, skal være lette å tolke og gi beslutningstøtte til ledelse, kirurger og smittevernpersonell. Formålet med NOIS er bl.a. å oppdage og bidra til oppklaring av utbrudd eller endring i insidens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og gi datagrunnlag for å evaluere tiltak. Rapporter som viser forekomst av infeksjoner i operasjonsområdet i egen institusjon sammenlignet med andre med tilsvarende pasientpopulasjon samt antall operasjoner mellom slike infeksjoner, kan belyse disse forholdene og ble prioritert da vi utviklet NOISnett. Ytterligere rapporter vil bli utviklet for kommende versjoner av NOISnett, og disse vil også kunne dra nytte av at NOIS fra 2013 inneholder helårsdata.

Brustad & Walberg viser til et eksempel fra Vestre Viken, hvor de har brukt kumulert sum for å kunne følge tidsutviklingen, og mener dette er en enklere måte å visualisere data uten statistisk støy. Dette er dessverre ikke helt uproblematisk, og det konkrete eksemplet er etter vår mening ikke lett å tolke. Figuren viser tilsynelatende en endring i perioden mai 2012 til mai 2014, men det kommer ikke frem at denne endringen kan være et artefakt som kan tilskrives datatilgang, ikke en reell endring i infeksjonsforekomst. Videre brukes som referanse et nasjonalt gjennomsnitt som ikke tar hensyn til ulikheter i pasientpopulasjon. Figuren er trolig basert på flytende gjennomsnitt og viser langsiktige endringer over tid. De er mindre sensitive overfor nylige endringer. Det kan derfor stilles spørsmål ved om denne figuren bidrar vesentlig som beslutningstøtte for ledelse, kirurger og smittevernpersonell. Brustad & Walberg refererer til metoden kumulert sum, men det er ikke tilstrekkelig med forklarende tekst til figuren til å kunne tolke bruken av metoden.

Det er ikke enkelt å presentere overvåkingsdata som tilfredsstillende alle behov, men siden et av formålene med NOIS-overvåkingen nettopp er lokal bruk av data og utvikling av egne rapporter, setter vi stor pris på tilbakemeldinger og innspill som kan bidra til utvikling av det nasjonale systemet. Vestre Viken har gitt oss flere gode eksempler på viktigheten av å bruke NOIS-data lokalt for å bedre pasientsikkerheten. NOISnett har per dags dato begrensninger, men det jobbes kontinuerlig med å forbedre mulighetene for uthenting av rapporter.

Vi ønsker å understreke at alt helsepersonell kan få tilgang til rapporter i NOISnett og oppfordrer alle, inkludert ledelsen, til å gå inn i NOISnett og bruke egne data aktivt i forbedringsarbeid, slik det gjøres i Vestre Viken.

### Jørgen Bjørnholt

[jorgen.bjornholt@fhi.no](mailto:jorgen.bjornholt@fhi.no)

Oliver Kacelnik

Hanne-Merete Eriksen

Jørgen Bjørnholt (f. 1962) er overlege ved Folkehelseinstituttet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Oliver Kacelnik (f. 1977) er lege ved Folkehelseinstituttet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hanne-Merete Eriksen (f. 1969) er seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Brustad E, Walberg M. Kumulert sum ved overvåking av postoperative sårinfeksjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1820–2.

## Re: Omskjæring av gutter

Michael Bretthauer & Erlend Hem diskuterer medisinske artikler om helsefordeler ved mannlig omskjæring (1). Som ventet får de motbør – gutteomskjæring er et tabu i Norge.

To miljøer dominerer debatten:

American Academy of Pediatrics (AAP) (> 60 000 barneleger) nedsatte en «task force» som systematisk gikk gjennom alle (> 1 300) publiserte studier om gutteomskjæring (1995–2010). Den konkluderte med at helsemessige fordeler ved neonatal omskjæring veier tyngre enn ulempene og at dette rettferdiggjør et offentlig tilbud (2).

Epidemiolog Morten Frisch og medarbeidere rapporterte flere «sensasjonelle» funn: 10 916 personer ble i 2005 invitert til en nasjonal helseundersøkelse, hvorav 7 275 deltok i et intervju og kun 5 552 sendte selvevalueringsskjema, hvorfra ≈ 25 % ble diskvalifisert. De satt igjen med 1 893 ikke-omskårne og 103 omskårne menn samt 1 907 og 75 kvinner gift med henholdsvis ikke-omskårne og omskårne menn. ≈ 70 % i begge gruppene ble omskåret etter seks måneder, sannsynligvis medisinsk indisert (3). Frisch og medarbeidere ignorerer utvalgsskjevhet, selvrappotering og omskjæringsårsaker og påstår at «circumcision is associated with frequent orgasm difficulties in Danish men and with a range of frequent sexual difficulties in women...» (3).

Hvordan en tredel av verdens menn som er omskåret også kan vise til god forplantningsevne, forblir et mysterium. Studien har nesten fatale mangler i metode og fortolkning, men trekkes frem som endelig bevis i saken. Frisch & Simonsen hevder også at omskårne barn i større grad utvikler autismspekterlidelser, mens ikke-muslimer i tillegg har økt risiko for hyperaktivitetsforstyrrelser (4). Autismeekspert og nobelprisvinner Thomas Südhof mener autismspekterlidelser skyldes hjerneutviklingsfeil med arvelig komponent (5). Basert på nasjonale helseregistre fastholder Frisch & Simonsen at smerteopplevelsen ved gutteomskjæring påvirker hjernens utvikling og resulterer i autismspekterlidelser, men likevel med en forhud som evner å differensiere mellom muslimer og ikke-muslimer!

Barneombud Anne Lindboe og Trond Markestad allierte seg med nettopp disse antigutteomskjæringsaktivistene og hevder, uten empirisk grunnlag, at konklusjonene til American Academy of Pediatrics er «culturally biased» og påstår at «... claimed health benefits, including protection against HIV/AIDS... are questionable, weak...» (6) og ser bort fra at det er publisert > 60 vitenskapelige artikler (> 30 randomiserte, kontrollerte studier) som nesten enstemmig rapporterer redusert risiko for HIV-smitte etter mannlig omskjæring, påvist bl.a. i en Cochrane-rapport (7). Vitenskapelig påvist, men selvfølgelig er det åpent for debatt om hvilke implikasjoner gutteomskjæring har for å fremme folkehelse.

Omskjæring kan med god effekt kombineres med kondombruk og vaksiner for HIV og HPV. Men dette betinger at man bruker

kondom og blir vaksinert mot HPV (kun ca. 80 % av jenter i dag, ingen gutter foreløpig). I motsetning til American Academy of Pediatrics kan ingen av de nevnte aktører vise til noe som ligner på en gjennomgang av medisinsk litteratur om emnet. Dette går på troverdigheten løs. Vi etterlyser en mer seriøs tilnærming til dette spørsmålet enn dårlig underbygde påstander fra antiomskjæringsaktivister.

#### Farrukh A. Chaudhry

f.a.chaudhry@medisin.uio.no

#### Leif Knutsen

#### Leoni Abrahamsen Kohn

#### Rolf Kirschner

Farrukh A. Chaudhry (f. 1969) er professor i medisin ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Leif Knutsen (f. 1961) er skribent.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Leoni Abrahamsen Kohn (f. 1987) er medisinstudent.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Rolf Kirschner (f. 1946) er avtalespesialist og seniorrådgiver meldeordningen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Bretthauer M, Hem E. Omskjæring av gutter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1926–7.
2. American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. Male circumcision. Pediatrics 2012; 130: e756–85.
3. Frisch M, Lindholm M, Grønbaek M. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. Int J Epidemiol 2011; 40: 1367–81.
4. Frisch M, Simonsen J. Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark. J R Soc Med 2015; 108: 266–79.
5. Rothwell PE, Fuccillo MV, Maxeiner S et al. Autism-associated neuroigin-3 mutations commonly impair striatal circuits to boost repetitive behaviors. Cell 2014; 158: 198–212.
6. Frisch M, Aigrain Y, Barauskas V et al. Cultural bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on male circumcision. Pediatrics 2013; 131: 796–800.
7. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ et al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. Cochrane Database Syst Rev 2009; 2: CD003362.

## RETTELSE

De første levertransplantasjonene i Norge og veien dit

Mons Lie

Tidsskr Nor Legeforen 2015; 134: 2188–91

I Tidsskriftet nr. 23–24/2015 er det kommet til andre opplysninger. På s. 2191, første avsnitt, skal det stå: Det var først i 1973 at Norge, som det første land i Skandinavia, fikk en egen transplantasjonslov og innføring av begrepet hjernedød. *Finland fikk imidlertid en slik lov i 1971.*

Dette er rettet på nett.