

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 tilsvarende rett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Familieplanlegging, graviditet og amming ved multipel sklerose

Vi takker Holmsen og medarbeidere for responsen i Tidsskriftet nr. 1/2017 på vår artikkel om familieplanlegging, graviditet og amming ved multipel sklerose (MS) (1), der de ganske riktig påpeker at det er holdepunkter for at konsentrasjonen av metylprednisolon i morsmelk ser ut til å synke raskt etter infusjon. Vi prøvde faktisk å få med denne informasjonen før manuskriptet gikk i trykken.

1 000 mg metylprednisolon i tre til fem dager brukes som behandling av multipel sklerose-attakker. Dette er en høy dose av et potent legemiddel, som kan absorberes fra spedbarnets tarm. Det er derfor viktig å vurdere om kunnskapsgrunnlaget er tilstrekkelig til å konkludere entydig med at amming er trygt, og om ulempe ved ammapause oppveier den usikkerheten som følger av et svakt kunnskapsgrunnlag.

Det finnes to kasuistikker om at konsentrasjonen i melken sank raskt etter infusjon av 1 000 mg metylprednisolon (2, 3). Oss bekjent er det ingen data for tilsvarende peroral behandling, som brukes i økende grad. En enkeltstående kasuistikk rapporterte at de høyeste konsentrasjonene etter peroral inntak av lav dose ble målt etter to og syv timer (4).

Disse kasuistikkenes gjenspeiler neppe variasjonen blant ammende kvinner, og er et veldig svakt kunnskapsgrunnlag. Argumentet om at det ikke er registrert uheldige effekter hos diende barn må ses i lys av at dette ikke har vært systematisk undersøkt, og at vi ikke vet hvor mange spedbarn som har vært eksponert. Manglende evidens beviser ikke at uheldige effekter ikke finnes.

Undertegnede har gått i bresjen for å liberalisere bruken av immunmodulerende medikamenter for gravide og ammende kvinner med multipel sklerose. Vi er takknemlige for støtten og diskuterer gjerne mer liberal bruk av metylprednisolon ved amming. Etter vårt skjønn er imidlertid dette både dårligere underbygd og mindre viktig enn adekvat immunmodulerende behandling før, under og etter svangerskap. Dette står selvfølgelig ikke nødvendigvis i motsetning til hverandre. Vi opplever imidlertid dessverre at enkelte kvinner med multipel sklerose føler press om å amme, og at dette fører til at de forsaker adekvat immunmodulerende behandling og derved pådrar seg unødvendig og invaliderende hjerneskade.

Trygve Holmøy

trygve.holmoy@medisin.uio.no

Øivind Torkildsen

Trygve Holmøy (f. 1960) er seksjonsoverlege ved Akershus universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Øivind Torkildsen (f. 1979) er overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor ved Kristian Gerhard Jebsen senter for MS-forskning, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Holmøy T, Torkildsen Ø. Familieplanlegging, graviditet og amming ved multipel sklerose. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1726–9.
2. Strijbos E, Coenradie S, Touw DJ et al. High-dose methylprednisolone for multiple sclerosis during lactation: Concentrations in breast milk. Mult Scler 2015; 21: 797–8.
3. Cooper SD, Felkins K, Baker TE et al. Transfer of methylprednisolone into breast milk in a mother with multiple sclerosis. J Hum Lact 2015; 31: 237–9.

4. Coulam CB, Moyer TP, Jiang NS et al. Breast-feeding after renal transplantation. Transplant Proc 1982; 14: 605–9.

Re: Behandling eller aktiv monitorering ved prostatakreft?

Det er prisverdig at Tidsskriftet refererer viktige funn fra ledende internasjonale tidsskrifter. En forutsetning er selvsagt at sentrale funn er korrekt gjengitt og fortolket, men forutsetningen blir ikke alltid oppfylt, dessverre. I Tidsskriftet nr. 20/2016 omtaler Matilde Risopatron Berg (1) funn fra to artikler fra PPROTECT-studien som nylig ble publisert i *New England Journal of Medicine*. Artiklene beskriver funn om henholdsvis prostatakreftspesifikk tiårsoverlevelse og livskvalitet hos engelske menn med lokalisert prostatakreft som i perioden 1999–2009 ble randomisert til enten radikal prostatektomi, høydose strålebehandling eller aktiv monitorering.

Basert på artikkelen til Hamdy og medarbeidere (2) refererer Berg at tiårsmortalitet «som følge av prostatakreft» var lik i de tre behandlingsarmene. Et forhold er at det korrekte faguttrykket her er «prostatakreftspesifikk mortalitet». Det anføres korrekt at progredieringsraten var signifikant høyere hos pasienter i armen for aktiv monitorering sammenlignet med de opererte eller strålebehandlede mennene. PROTECT-studien viser således at prostatektomi eller strålebehandling reduserer risikoen for progrediering av ikke-metastatisk prostatakreft. I denne sammenhengen savner man informasjonen om at 433 av 545 pasienter med aktiv monitorering ikke trengte noen form for lokalbehandling i løpet av følgende ti år. Dette er et funn som burde ha vært nevnt. Dessverre nevner Berg heller ikke funnet om at den prostatakreftspesifikke mortalitet var mindre enn 1,5 % i alle tre behandlingsgruppene. Denne lave prosenten representerer et viktig faktum for informasjonssamtalene som urologer og onkologer har med pasientene før behandlingen starter.

Artikkelen til Donovan og medarbeidere (3) bekrefter de velkjente behandlingsrelaterte forskjellene i bivirkningsprofilen. Dessverre er referentens avslutning med noe lavere livskvalitet etter strålebehandling feilaktig, siden artikkelen beskriver den samme livskvaliteten for alle tre behandlingsgrupper ti år etter behandlingsstart. God livskvalitet er et prioritert mål i behandlingen av prostatakreft, og derfor er det viktig at sentrale funn formidles korrekt til Tidsskriftets lesere.

I referentens omtale savner jeg også en mer overgripende vurdering og sammenligning av funnene i forhold til dagens behandlingspraksis i Norge. I Norge er indikasjonen for aktiv monitorering i dag snevrere enn i PROTECT-studien, og tilbys bare pasienter med lav risikoprofil (PSA < 10 µg/l, Gleason-skår < 8, ikke-palpabel tumor) i prostata og dermed lavere risiko for progrediering. Ifølge årsrapporten fra det nasjonale Prostatacancerregisteret fra 2015 tilhører omtrent 20 % av nydiagnostiserte menn gruppen der aktiv monitorering kan vurderes (4).

Sophie D. Fosså

sopfos@ous-hf.no

Sophie D. Fosså (f. 1941) er professor emerita ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Berg MR. Behandling eller aktiv monitorering ve prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1706.
2. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al; ProtecT Study Group. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375: 1415–24.
3. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al; ProtecT Study Group. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375: 1425–37.
4. Årsrapport for prostatakreft 2015. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Årsrapport-fra-kvalitetsregistrene/Årsrapport-fra-prostatacancerregisteret-/årsrapport-for-prostatakreft-2015/> (11.1.2017).

M.R. Berg svarer:

Takk for kritisk lesning og utfyllende kommentar til studieomtalen min om to artikler fra PPROTECT-studien (1).

Fosså påpeker at det korrekte faguttrykket er «prostatakreftspesifikk mortalitet», og ikke «tiårsmortalitet som følge av prostatakreft». I arbeidet med å skrive studieomtalen er jeg bevisst på at omtalen skal være relativt lett å forstå for alle leserne, både de med lang erfaring innen det spesifikke fagfeltet og for leger som arbeider innen andre felter eller som er nyutdannet. Dette medfører at studieomtalen mine nok får et mindre vitenskapelig preg, men samtidig (håper jeg) blir lettere tilgjengelig for alle. Det er også viktig for meg at studieomtalen mine er skrevet med norske uttrykk der det lar seg gjøre.

Fosså savner mer utfyllende informasjon om resultatene i de to artiklene som omtales. Hvilke resultater som tas med i en kortfattet studieomtale, er alltid en krevende avveining som kan gjøres på ulike vis. Dette kunne jeg sikkert løst på en annen måte i denne aktuelle studieomtalen, men jeg valgte å gjengi det jeg oppfattet som de aller viktigste funnene. Det er mulig at jeg heller burde tatt med noe av informasjonen Fosså etterlyser. Hovedfunnet, at det ikke var noen forskjell i tiårsmortaliteten ved de tre ulike behandlingsformene, og forekomsten av sykdomsprogrediering etter ti år, ble tatt med (2).

Fosså anfører videre at jeg i avslutningen formidler feilaktig informasjon angående livskvaliteten til pasientene i de ulike gruppene. Det stemmer at det i artikkelen om pasientrapporterte utfall fremgår at den helserelaterte livskvaliteten ikke var signifikant forskjellig mellom gruppene. Men det står også beskrevet forskjeller i livskvalitet spesifikt knyttet til seksualfunksjon, vannlating og mage-tarm-funksjon (3). Jeg burde, som Fosså viser, skrevet tydeligere innen hvilket område livskvaliteten ble rapportert som dårligere av pasientene i stråleterapigruppen. Det beklager jeg at ikke ble gjort.

Jeg takker for utfyllende sammenligning av funnene i forhold til behandlingspraksisen i Norge, da dette ikke ble dekket i studieomtalen. Til tross for begrenset lengde, og derav at et begrenset antall funn og vurderinger blir presentert, håper jeg Tidsskriftets lesere har glede av studieomtalen og blir inspirert av dem til å lese artiklene som omtales og til å diskutere dem i sine egne fagmiljøer.

Matilde R. Berg

m_risopatron@yahoo.es

Matilde R. Berg (f. 1985) er stipendiat ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Innlandet, Hamar.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Berg MR. Behandling eller aktiv monitorering ved prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1706.
2. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. N Engl J Med 2016; 375: 1415–24.
3. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. N Engl J Med 2016; 375: 1425–37.

Re: Akutte nevrologer

I Tidsskriftet nr. 23–24/2016 intervjues Marton König om sine fagfelt nevrologi og nevrokirurgi (1). Utvilsomt viktige fag og utvilsomt en god og entusiastisk representant! Men han bommer når han uttaler at «...det ikke er mange år siden pasienter med hjerneinfarkt... havnet på medisinske og geriatriske avdelinger... Nå er transport med luftambulans, slagambulans og «rød tur» i vanlig ambulans naturlig». Det underliggende budskapet er tydelig: Behandling av hjerneslag på geriatriske og andre indremedisinske avdelinger er annenrangs og ikke noe å spandere helikopter eller «rød respons» på. Vi synes det er sørgelig at König så bastant nedvurderer andre spesialiteters kunnskap i akutt slagbehandling og overser betydningen av tverrspesialisert samarbeid.

At «tid er hjerne» og at hjerneslag skal behandles hyperakutt, har vært godt etablert i mange år. Pasienter med hjerneslag trenger alle tiltak som kan bidra til å redde hjernefunksjonen. Dette omfatter bl.a. reperfusjonsbehandling (trombolytisk behandling og trombektomi), etiologisk diagnostikk og optimal behandling av ekstracerebrale sykdommer som påvirker hjernen (og som kan forveksles med hjerneslag), umiddelbar optimalisering av generell fysiologi og legemiddelbruk, god vaskulær medisin og erfaren vurdering av potensial for reversibilitet og prognose, herunder vurdering av pre-morbid funksjonsnivå. Dette er oppgaver som må løses umiddelbart og parallelt, noe som krever et tillitsfullt tverrspesialisert samarbeid.

Ved Marton Königs eget sykehus, Oslo universitetssykehus, behandles heldigvis den store majoritet av pasienter med hjerneslag etter nettopp disse prinsippene. Det ville aldri falle oss indremedisinere og geriatere inn å påberope oss enerett på å behandle akutt hjerneslag, uten et nært samarbeid med nevrologer. Marton König, derimot, ser ikke ut til å være bekymret over at nevrologer skal behandle akutt hjerneslag alene, uten et nært samarbeid med geriatere eller andre indremedisinere. Det bekymrer oss.

Hege Ihle-Hansen

hmihle@ous-hf.no

Torgeir Bruun Wyller

Hege Ihle-Hansen (f. 1970) er dr.med. og seksjonsleder ved Seksjon for hjerneslag, Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Jacobsen LD. Akutte nevrologer. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 2031.

M. König svarer:

Jeg vil gjerne takke for kommentaren og ikke minst engasjementet knyttet til behandling av pasienter med hjerneslag. Ihle-Hansen & Bruun Wyller har publisert bredt om behandling av hjerneslag, som har bidratt til bedre forståelse av tilstanden og på den måten til bedre behandling av pasientene.

Jeg ønsker imidlertid å komme med en oppklaring til flere av forfatterens påstander. Min intensjon var aldri å snakke nedlatende om andre kolleger eller spesialiteter. Snarere ønsket jeg med intervjuet å vekke interessen for nevrofag generelt. Min erfaring er at fagfeltet – uansett spesialitet eller yrke – dessverre kan virke skremmende på medisinstudenter og yngre leger nettopp pga. dets bredde og kompleksitet.

Jeg ser ikke på forskjellige spesialiteter som konkurrenter, men som samarbeidspartnere – nærmest som en maurtue – der alle tilstreber best mulig støtte og behandling for pasientene. Her inngår samarbeid med sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopedier og sosionomer, bare for å nevne noen. Jeg sier

>>>