

i første trimester er ikke lenger å oppdage flest mulig foster med trisomi 21.

Torbjørn Eggebø
tme@lyse.net
Maria Aurora Røset
Ilka Clemens
Karin Deibele
Birgitte Kahrs

Torbjørn Eggebø er professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Maria Aurora Røset er overlege ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ilka Clemens er overlege ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karin Deibele er lege i spesialisering ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Birgitte Kahrs er konstituert overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hofmann B, Slagstad K. Fosterrest som prøvestein og brekkstang. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 435–6.

B. Hofmann & K. Slagstad svarer:

Vi takker Torbjørn Eggebø og medarbeidere for en saklig og balansert kommentar til vår artikkel. Vi er enige i at tidlig ultralyd er egnet til å oppdage mer enn trisomier, og at alvorlige fosteravvik kan oppdages med ultralyd i første trimester. Med dette utgangspunktet hadde vi håpet at det fostermedisinske fagmiljøet kunne reflektere over er to ting: viktigheten og virkningen av å søke etter slike tilstander.

Fostermedisinere har også tidligere argumentert hardt for betydningen av å oppdage alvorlige tilstander tidlig. I et intervju i Dagbladet hevdet daværende seksjonsoverlege for Nasjonalt senter for fostermedisin, Sturla Eik-Nes, at tidlig ultralyd burde tilbys alle for at kvinnene skulle få ta egne valg. I artikkelen ble det vist seks skremmende bilder av tilstander som hevdes å være «avvik som fostermedisinere i Trondheim ser ukentlig» (1). Hvis vi ser på forekomsten av anenkefali, som også nevnes spesielt i Helsedirektoratets begrunnelse og tilrådning (2), så oppgis denne å være 0,364 promille i Norge (3).

Forfatterne legger også vekt på at tidlig ultralyd er en metode som «med stor sikkerhet» oppdager de tilstandene som nevnes. Å oppdage at fosteret mangler hode kan gjøres med stor sikkerhet, men hvis det forekommer sjelden, blir den samlede nytten liten. Den samlede forekomsten av strukturelle avvik i Norge er på ca. 2 % (4). Hvor mange av disse kan fanges opp med tidlig ultralyd, hvor høy er forekomsten og hvor stor er den diagnostiske nøyaktigheten er for de ulike tilstandene? I tillegg er det viktig å vite hva man kan gjøre med en oppdaget tilstand og hva helsegevinsten er. Kunnskapssenterets rapport viser at tidlig ultralyd kan fange opp en lang rekke strukturelle avvik, men at den diagnostiske nøyaktigheten er lav og at helseeffekten er liten (4). Her burde fostermedisinere bidra med viktig kunnskap om betydningen av å sette søke-lyset på slike tilstander.

Kan det å sette søkelys på tilstandene ha negative konsekvenser? Bildereportasjer å la Dagbladets (1) og rene oppramsinger av alvorlige tilstander (2) uten mer informasjon om forekomst og nytte, risikerer å skremme befolkningen til å etterspørre tidlig ultralyd. Vi er overbevist om at dette ikke er fostermedisinernes hensikt. Men da må de også informere oss om hvilke tilstander det søkes etter, hvor alvorlige de er, hvor ofte de forekommer, hvilken for-

skjell det gjør å oppdage dem med tidlig ultralyd og hvor nøyaktig testen er for de ulike tilstandene.

Bjørn Hofmann
bjoern.hofmann@ntnu.no
Ketil Slagstad

Bjørn Hofmann er professor i medisinsk filosofi og etikk ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet på Gjøvik og ved Universitetet i Oslo. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er medlem av Bioteknologirådet

Ketil Slagstad er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Scherve H. Vil avsløre flere syke fostre ... men norsk lov sier nei. Dagbladet. 25.1.2009.
2. Helsedirektoratet. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet. «Helsedirektoratets tilrådning: Bruk av Non-invasive prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet, 2017.
3. Khoshnood B, Loane M, de Walle H et al. Long term trends in prevalence of neural tube defects in Europe: population based study. BMJ 2015; 351: h5949.
4. Lauvrak V, Norderhaug IN, Hagen G et al. Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen. Vitenskapelig artikkel. Report No.: 978-82-8121-444-6. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Re: Stadig økende kvistspesialisering

Dr. Nakken beskriver i Tidsskriftet nr. 7–8/2017 et av legelivets paradokser med økende subspecialisering i dagens medisin: Jo flinkere man blir i noe, desto mindre kan man brukes til (1). På EEG-seksjonen på Spesialisykehuset for epilepsi påberoper vi oss helt riktig en viss spisskompetanse. Vi har som kliniske nevrofysiologer subspecialisert oss på EEG og deretter subspecialisert oss på EEG ved epilepsi. På veien dit har nok ikke mange av oss fått med seg mye fra det siste innen epigenetikk, antibiotikaresistens eller transrektal tonsillektomi for den saks skyld. Dette er ikke en ønsket situasjon. Vi skulle gjerne kunnet litt om alt og hatt det store overblikket Nakken etterlyser. Men det er krevende å være både spiss og bred på én gang. Kun få av oss blir en spydspiss. Man ender lett opp som flat trekant i forsøket De fleste av oss ender derfor med et valg om å bli gode i å være brede eller spisse.

Vi skvises ytterligere av våre nevrologkolleger og barnelegekolleger med forespørsler om ikke noen av oss kan «spisse» oss ytterligere for eksempel med å jobbe bare med å utrede pasienter til epilepsikirurgi. Så vi prøver nå så godt vi kan å tilpasse oss og subspecialisere oss i de generaliserte epilepsiene på den ene siden og «spikene» til de fokale epilepsiene på den andre siden.

For tiden har vi en svensk vikar hos oss som har gitt oss faglig påfyll på hva som skjer innen spikologien på kontinentet. Det er den midterste tredjedelen av spikene som for tiden er hottest når dipolene til epikirurgipasientene skal kildelokaliseres. Han har derfor subspecialisert seg på denne biten av spikene.

Så langt som svenskene har vi altså ikke kommet ennå, men vi jobber altså med å legge kvisten litt høyere. Men hva vi eventuelt kan brukes til den dagen vår mikrospecialiserte kompetanse på EEG utkonkurreres av noen nanospecialiserte nevrologer, tør vi dog ikke tenke på.

Rune Markhus
runem@ous-hf.no

Rune Markhus er seksjonsleder ved Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nakken KO. Stadig økende kvistspesialisering. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 560.