

Brystkreft og komorbiditet

Erik Wist kommenterte i Tidsskriftet nr. 9/2001 på lederplass (1) vår artikkel om brystkreft og komorbiditet (2). Wist stiller spørsmål om vår studiepopulasjon er selektert. Generelt er dette et viktig spørsmål i relasjon til klinisk forskning, men vi forstår ikke helt de kalkulasjoner han bruker og de resultater han får. I hele Rogaland fylke ble det diagnostisert henholdsvis 154 (derav 122 ved Sentralsjukehuset i Rogaland) og 153 (derav 126 ved Sentralsjukehuset i Rogaland) nye brystkrefttilfeller i 1993 og 1994 (Kreftregisteret, personlig meddelelse, 2001), – og ikke 165 pasienter i 1994, slik Wist skriver. Vår studiepopulasjon omfattet kvinner < 70 år, som utgjorde 63,5% av totalantallet disse to år. Studiepopulasjonen omfattet kun pasienter med operabel brystkreftsykdom (stadium 1 og 2), ved vårt sykehus hadde henholdsvis 101 kvinner (83%) og 97 kvinner (77%) brystkreft i stadium 1 eller 2 i 1993 og 1994, til sammen 198 i løpet av to år. Alder (< 70 år), stadium (1 og 2), og sykehus (Sentralsjukehuset i Rogaland) og inklusjonsperiode (21 måneder) tatt i betraktning kunne $198 \times 0,635 \times 21/24 = 110$ pasienter være aktuelle. Når vi registrerte 124 aktuelle konsekutive pasienter i inklusjonsperioden, skyldes dette bl.a. at antall nydiagnostiserte tilfeller ikke fordeler seg jevnt fra måned til måned. Vi endte opp med 106 evaluerbare pasienter av 110 teoretisk mulige. Dette skulle gi lite bekymring for skjev rekruttering.

Vår behandlingsenhet er spesielt oppmerksom på adjuvant behandling som en viktig del av primærbehandlingen. Hva gjelder spesielt våre 11 pasienter, er det ingen ting som tyder på at disse pasientene ikke har fått tilbud om adjuvant medikamentell behandling, eller at de har vegret seg for eller avsluttet for tidlig slik behandling. Om avdelinger med et stort antall kreftpasienter ikke klarer å implementere omforente nasjonale retningslinjer for behandling, er dette selvsagt bekymringsfullt. I 1989 fikk kun 57% av de aktuelle brystkreftpasientene (stadium 2) i Oslo adjuvant tamoksifenbehandling (3). Dette indikerer at et stort pasientvolum ikke uten videre kan likestilles med høy kvalitet på behandlingen.

Vår studie gir intet endelig svar på den problemstilling vi søker å belyse. Men vi mener våre data er interessante, ikke minst fordi de er innhentet fra en representativ studiepopulasjon, selv om den er fra Rogaland.

Stavanger

Jon Arne Søreide
Kirurgisk avdeling
Sentralsjukehuset i Rogaland

Lars Tjemsland
Rogaland Psykiatriske Sjukehus

Litteratur

1. Wist E. Er komorbiditet en prognostisk faktor hos premenopausale kvinner med brystkreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1023.
2. Tjemsland L, Søreide JA. Når brystkreftsykdommen kommer i tillegg... Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1046–51.
3. Raabe NK, Kaaresen R, Fosså SD. Analysis of adjuvant treatment in postmenopausal patients with stage II invasive breast carcinoma – a pattern of care study and quality assurance of 431 consecutive patients in Oslo 1980–1989. Acta Oncol 1997; 36: 255–60.

E. Wist svarer:

Jeg er glad for at Lars Tjemsland & Jon Arne Søreide er enig i at det i klinisk forskning er viktig å klargjøre hvorvidt en studiepopulasjon er selektert. Jeg var i tvil om de hadde selektert eller skjefvfordelt gruppe og fant det riktig å problematisere dette.

Tjemsland & Søreide mener jeg bygger mine kommentarer på feilaktige tall hva angår antall nye krefttilfeller i Rogaland i 1993 og 94. Jeg har brukt tall fra Kreftregisterets offisielle statistikk «Cancer in Norway» for årene 1993 og 1994 (1, 2). For begge disse årene er det angitt 165 nye brystkrefttilfeller hos kvinner i Rogaland. Det er altså en forskjell mellom publiserte tall og personlig meddelte. Median alder i populasjonen var 50 år, og 16% var yngre enn 40 år. Selv om det ikke har skjedd en seleksjon av pasienter, må det være lov å spørre om hvor representativ denne populasjonen kvinner er. I 1994 var 5,5% av kvinner med brystkreft i Norge under 40 år (2). Selv om man begrenser seg til de 63,5% av totalantallet som forfatterne viser til, ville man ikke forvente at andelen kvinner under 40 år ville overstige 8–9%. Jeg synes det er viktig å lete etter andre mulige forklaringer på hvorfor resultatene ble som de ble. Jeg har ikke på noen måte antydnet at man ved Sentralsjukehuset i Rogaland ikke gir brystkreftpasienter adekvat adjuvant behandling. Men av og til kan det være spesielle årsaker til at behandling ikke blir gitt – for eksempel komorbiditet – eller at pasienten ikke vil.

Tjemsland & Søreide viser til Raabes undersøkelse fra Oslo hvor kun 57% fikk den endokrine adjuvante behandling Norsk Bryst Cancer Gruppe hadde anbefalt ett år tidligere (3) og mener dette indikerer at høyt pasientvolum ikke uten videre kan likestilles med høy kvalitet. Det kan være nyttig for leserne å vite at dette tallet er basert på etterundersøkelse av 44 pasienter behandlet ved fem forskjellige sykehus i 1989 (3). Det er viktig at man nå får en riksdekkende gjennomgang for å se om de anbefalinger som Norsk Bryst Cancer Gruppe anbefaler blir etterfulgt.

Oslo

Erik Wist

Litteratur

1. Cancer in Norway 1993. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, 1996.
2. Cancer in Norway 1994. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, 1997.
3. Raabe N, Kaaresen R, Fosså SD. Analysis of adjuvant treatment in postmenopausal patients with stage II invasive breast carcinoma – a pattern of care study and quality assurance of 431 consecutive patients in Oslo 1980–89. Acta Oncol 1997; 36: 255–60.

Preparatomtale av kodeinholdige medikamenter

For et års tid siden bad jeg redaksjonen av Felleskatalogen om å endre preparatomtalen for kodeinholdige medikamenter. Dette ble gjort for Paralgin forte, men omtalen av Pinex forte er uendret i årets utgave. Jeg har derfor nok en gang sendt brev til redaksjonen av Felleskatalogen med følgende ordlyd:

For et års tid siden skrev jeg brev og anbeforte at beskrivelsen av metabolisme for kodeinholdige preparater var mangelfull og nærmest villedende. I mange år har det vært kjent at kodein hovedsakelig utøver sin effekt ved å metaboliseres til morfin, og mange hevder at det nærmest er et prodrug. I klinikken ser vi at pasienter med langvarig og regelmessig kodeinforbruk kan ha like store tilvenningsproblemer og abstinensfenomener som pasienter som bruker sterke opioider.

I årets utgave av Felleskatalogen ser jeg at preparatomtalen for Paralgin forte er endret, og at det i alle fall til en viss grad er tatt hensyn til ovennevnte forhold. Imidlertid er det ikke gjort tilsvarende endring i omtalen av Pinex forte. Jeg synes dette er svært beklagelig og vil be om at redaksjonen snarest retter opp dette forholdet.

Vi som til daglig arbeider med kroniske smertepasienter ser at problemene med tilvenning, toleranse og misbruk av kodeinpreparater ofte er like store som med rene opioider. Særlig gjelder dette når de kombineres med karisoprodol (Somadril). Ofte vil det være gunstigere å bruke et rent depot opioid i stedet for denne kombinasjonen. Etter min mening burde i alle fall 100-pakninger av kodeinpreparater skrives på A-resept.

Stavanger

Per Egil Haavik
seksjonsoverlege
Smerteklinikken
Sentralsjukehuset i Rogaland

Felleskatalogen svarer:

Da vi fikk brevet fra Per Egil Haavik for ett års tid siden, ble de aktuelle firmaer umiddelbart tilskrevet og anmodet om å endre sine preparatomtaler.

Dessverre viser det seg at ikke alle har fått endret teksten. Vi tar dette opp igjen, og vil ha teksten endret ved første anledning.

Oslo

Holger Moe Tørisen
redaktør
Felleskatalogen AS

Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem

Kjell Haram og medarbeidere hadde i Tidsskriftet nr. 11/2001 (1) en interessant artikkel om en viktig problemstilling i vår kliniske hverdag, nemlig vaginal fødsel kontra keisersnitt ved antatt stort foster. Artikkelen begrenser imidlertid problemstillingen til vanskelig skulderforløsning og skade på barnet i form av plexus brachialis-parese som følge av makrosomi. Dette er etter mitt skjønn altfor snevert. Forfatterne har ikke i det hele tatt omtalt hensynet til den fødende kvinnens bekkenbunn.

Store barn er assosiert med langvarige og traumatiske fødsler. Traume kan oppstå ikke bare hos barnet, men også på bekkenbunnens bindevev, muskulatur og nerver hos mor. Resultatet kan bli dramatisk for kvinnen med urininkontinens, analinkontinens og annen bekkenbunnsdysfunksjon som følge (2, 3). Fistler oppstår heldigvis svært sjelden. Skaden kan følge kvinnen hele resten av livet og kan i mange tilfeller ikke kureres fullstendig, selv med operativ behandling. Disse skadene kan i stor grad forebygges ved keisersnitt. Når vaginal fødsel velges, er god fødselshjelp og bruk av vakuumsug fremfor tang ved instrumentell forløsning også viktig for å beskytte bekkenbunnen (2–4).

Vi skylder våre fødende kvinner som har antatt stort foster en helhetlig vurdering av risiko og fordeler knyttet til forløsningsmetode. Slett ikke alle store barn skal fødes ved keisersnitt, men det er relevant å ta hensyn til den fødende kvinnen i tillegg til fosteret og derfor anbefale keisersnitt i en del tilfeller der fødselen kan antas å gi stor belastning på bekkenbunnen (2, 3).

Tønsberg

Hjalmar Schiøtz

Litteratur

1. Haram K, Bergsjø P, Pirhonen J. Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1369–73.
2. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996; 88: 470–8.
3. Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 731–4.
4. Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane review). The Cochrane Library 2, 2001. Oxford: Update Software, 2001.

Kasuistisk rapport om Lamotrigin

I Tidsskriftet nr. 12/2001 har Ulrik Fredrik Malt & Terje Fladvad en kasuistisk artikkel om Lamotrigin i behandlingen av psykiatriske lidelser (1). Stemningsstabiliserende medikasjon med litium eller antiepileptika er velbegrunnede terapier med dokumentert innflytelse på pasienters prognose. Det er mulig å gjennomføre slik terapi på en kostnadseffektiv måte med typiske medikamentkostnader på kr 2,50 (600 mg karbamazepin) til kr 4,00 (210 mg litium) daglig.

Lamotrigin er et nytt svært kostbart anti-epileptikum med en pris på kr 27–52 daglig (dosene oppgitt i artikkelen). I den omtalte artikkel refereres tre kasuistikker med gunstig utfall hvor det bare i ett tilfelle var forsøkt annen stemningsstabiliserende medikasjon for pasienten fikk lamotrigin.

I artikkelen refereres tre publikasjoner der legemidlet er testet mot placebo. Der refereres ingen studier der midlet er testet mot eksisterende og kostnadseffektiv medikasjon. Tabell 1 inneholder ikke litium som er et aktuelt alternativ ved de indikasjonene artikkelen omtaler. Følgelig er tabellen i artikkelen lite egnet til å tjene som utgangspunkt for terapivalg. Ifølge forfatterne godtgjøres ikke medikamentet etter punkt 18 i refusjonsreglene. Forfatterne spekulerer imidlertid i artikkelen åpenlyst over på hvilken måte punkt 7 i refusjonsreglene kan benyttes. De skriver: «Mange vil hevde at bipolare lidelser uten EEG-dysrytmi eller andre nevrologiske funn er psykiatriske manifestasjoner og derfor burde falle inn under p 7 og ikke p 18.» For å belegge dette standpunkt refererer forfatterne til seg selv (2).

I underteksten til artikkelen fremgår det at førsteforfatteren av artikkelen har mottatt honorar av GSM, som markedsfører lamotrigin i Norge. Det tjener Tidsskriftet til ære at slike bindinger synliggjøres for leserne. Spørsmålet er imidlertid: Burde ikke redaksjonen ha spart leserne for en artikkel med slik mangelfull vitenskapelig substans og med slike usmakelige oppfordringer om å omgå refusjonsreglene?

Bergen

Eivind Meland
førsteamanuensis
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandling av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.
2. Malt UF, Årslund D, Lund A. Biologisk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

Johannesurt og depresjon

I spalten Legemidler i praksis i nr. 13/2001 omtalte jeg bruk av johannesurt ved depresjon (1). Kort tid før bladet gikk i trykken ble

en ny undersøkelse om emnet publisert (2). Denne studien, som er støttet av Pfizer, er den største placebokontrollerte studien av johannesurt til nå. Den setter vesentlige spørsmålsteget ved effekten. Forfatterne har i kontakt med mediene ikke lagt skjul på at deres motivasjon var å avkrefte at johannesurt hadde effekt, men dette er helt legitimt. Man brukte en relevant dose av et godt dokumentert johannesurtekstrakt som også er blitt brukt i mange studier som har vist effekt. De inkluderte pasientene hadde en gjennomsnittlig skåre på Hamiltons depresjonsskala på ca. 22. I ulike studier der man har vist effekt, har dette tallet også vært rundt 20. Tiden vil vise om diskrepansen mellom denne og tidligere studier kan forklares med mangelfull design av de tidligere arbeidene, eller om vi kan ha å gjøre med publikasjonsbias.

Bergen

Erik Pomp

Litteratur

1. Pomp E. Johannesurt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1608–9.
2. Shelton RC, Keller MB, Gelenberg A, Dunner DL, Hirschfeld R, Thase ME et al. Effectiveness of St John's wort in major depression. A randomised controlled trial. JAMA 2001; 285: 1978–86.

Svabø tar feil om legeyrket

Legeforeningens generalsekretær Harry Martin Svabø fremholder i sitt tilsvarende (1) til mitt forrige innlegg i Tidsskriftet nr. 11/2001 (2) at det er vanskelig å sammenlikne epler og pærer når det gjelder å vurdere legenes lønnsnivå i forhold til andre grupper lønn. La oss derfor heller enn å sammenlikne epler og pærer sammenlikne timelønn. I Bergens Tidende leste jeg nylig at montørene i Aker Elektro Bergen tjener kr 183 per time. Dette er mer enn en overlege i lønnstrinn 52, som har kr 176 per time. Dette sier dessverre *alt* om offentlig ansatte legers lønnsutvikling gjennom mange år. Kan Svabø vennligst fortelle Tidsskriftets lesere hvorfor man skal bli overlege eller kommunelege til kr 176 per time, når en 19 år gammel montør uten studielån tjener kr 183 per time?

Hovedproblemet er at lønnsdannelsen i offentlig sektor finner sted gjennom kronetillegg istedenfor prosenttillegg. Når denne modellen for lønnsstillegg brukes hvert eneste år i 20 år, blir offentlig ansatte akademikerer lønn til slutt helt utradert, slik vi nå ser.

I år får alle i offentlig sektor et årslønnsstillegg på kr 2 100 eller cirka 0,7 %. Samtidig er inflasjonen nå 3,7 % i året. Legene får dermed en reallønnsnedgang på 3 % i år. Hva synes Svabø om dette?

Riktignok skal det være lokale lønnsforhandlinger til høsten, men der får legene erfaringsmessig ingenting.

Jeg har ingen tro på at legenes relative lønnsutvikling blir annerledes de kommende