

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 skjevfordelt 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 anbefalte 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.