

Ø. Hovde og medarbeidere svarer:

Vi takker Truls Hauge for kommentarer til vår kasuistikk (1).

Vi er helt enig i at en diskusjon vedrørende retningslinjer for hvilken type palliativ behandling som skal tilbys pasienter med cancer oesophagi, er nødvendig. For en sykdom med såpass alvorlig prognose, er det viktig at behandlingen i minst mulig grad skal gi pasienten plager.

I løpet av de siste 10–12 årene har det stadig vært en utvikling når det gjelder stenter. Som vi også skrev i vår kasuistikk, er det minst like gode resultater med plaststenter som med selvekspanderende metallstenter når det gjelder reintervensjonsrate (1, 2). Noen mener at perforasjonsfaren er større ved bruk av plaststenter (3), men dette er selvfølgelig avhengig av bl.a. operatørens erfaring. Fremtiden vil kanskje vise hvilken stent som er best for den enkelte pasient. Pasientgrunnlaget på de fleste sykehus i Norge som driver denne virksomheten, er såpass lite at det er viktig å få erfaring med noen få typer stenter. Kanskje noen av oss som er engasjerte i denne problematikken, kunne lage et register der vi kunne få samlet en større erfaring?

Hos vår pasient kunne man ha valgt to stenter à 15 cm eller en stent på 10 cm og en på 15 cm. Siden den mest distale del av tumor var mest stenotisk, hadde vi i utgangspunktet ikke lagt opp til at vi skulle legge stent i hele tumors lengde. Dette viste seg senere nødvendig. I tillegg er det begrenset hva vi har av stenter på lager. Hos vår pasient var tumor svært myk og gav lett etter slik at vi ikke så noen stor fare med å dilatere med blokkeballong. Faren for migrasjon var liten i dette tilfelle. Siden det ikke forelå traqueoøsofageal fistel, valgte vi å legge udekket stent (4).

Gjøvik

Øistein Hovde
Bjørn Olav Åsvold
Erik Holstad

Litteratur

1. Hovde Ø, Åsvold BO, Holstad E. Tre primære stenter ved langstrakt cancer oesophagi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 184–5.
2. Watson A. Self-expanding metal oesophageal endoprosthesis: which is best? Eur J Gastroenterol Hepatol 1998; 10: 363–5.
3. Lam YH, Chan A, Lau J, Lee D, Ng E, Wong S et al. Self-expandable metal stents for malignant dysphagia. Aust N Z J Surg 1999; 69: 668–71.
4. Hills KS, Chopra KB, Pal A, Westaby D. Self-expanding metal oesophageal endoprosthesis, covered and uncovered: a review of 30 cases. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998; 10: 371–4.

Mammografi som screeningmetode

Arild Bjørndal kritiserte i en kronikk i Aftenposten 15. januar 2001 det medisinske miljø for manglende metodekritikk og bruk av udokumentert kunnskap, eksemplifisert

ved den økende bruk av mammografi som screeningmetode for mammacancer. Det er fortjenstfullt at denne diskusjonen også når utenfor det medisinske miljø, siden implementering av medisinsk teknologi til dels er avhengig av og påskyndes av pressgrupper og politikere. Popularisering er en vanskelig kunst og stiller store krav til presisjon og pedagogisk evne. Forfatteren har flere ganger vist tegn på slike kvaliteter, så ei i dette tilfellet, noe som følgende sitat vitner om: «Idéen om at tidlig røntgenundersøkelse fører til så tidlig diagnose at man kan behandle før svulsten har spredt seg, passer heller ikke med biologisk kunnskap. Dessverre skjer spredningen allerede mens svulstene er bitte små, og før de kan oppdages med røntgenbilder.»

Et slikt kategorisk og generelt utsagn kan tolkes på bl.a. to måter:

- De som er operert for – selv små – kreftsvulster kan aldri regne seg som helbredet, og
- Den cancerkirurgi som i dag utøves og som ikke er rent palliativ, er nytteløs i utgangspunktet og kun egnet til å gi pasientene falske forhåpninger, altså ikke bare bortkastet, men også uetisk.

Våre cancerkirurger har antakelig en annen oppfatning om hva som er biologisk kunnskap og kan kanskje leve med Bjørndals utsagn. Verre er det med de kvinner som er operert for brystkreft og som sikkert i mange tilfeller har fått beskjed om at spredning ikke er påvist. Og som lever med godt håp om at så er tilfelle. Artikkelen, som folkeopplysning, burde kanskje også inneholdt en forklaring på hvorfor noen faktisk overlever.

Hva sier f.eks. Kreftregisteret?

Oslo

Helge Schirmer

Litteratur

1. Bjørndal A. Hvordan kan vi vite at mammografi er nyttig? Aftenposten (morgenutgave) 15.1.2001.

A. Bjørndal svarer:

Kronikken i Aftenposten 15. januar var ikke først og fremst en kritikk av det medisinske miljø, men et forsøk på å forklare allmennheten hva denne debatten dreier seg om. «Kritikken» var ikke sterkere enn at jeg tydeliggjorde sympati for beslutningen om å la screeningen fortsette.

Jeg er enig i at utsagnet om spredning kanskje er for kategorisk. Det var da også et viktig ord som ble strøket i sistekorrekturen, nemlig «trolig» (jeg skrev: «Dessverre skjer trolig spredningen allerede mens svulstene er bitte små»).

Dette er et meget viktig punkt hvor basalforskere og patologer (snarere enn Kreftregisteret) snarest må komme på banen. Når er det sannsynlig at spredningen skjer for de middels hurtigvoksende tumorformene? For

de raskest voksende med tidlig spredning spiller det vel liten rolle hva man gjør, både mht. diagnostikk og behandling. For de langsomt voksende med liten tendens til spredning er det likedan. Men for mellomformene kan det teoretisk være noe å hente med tidlig diagnostikk; forutsatt at svulstene gjennomgående kan oppdages på mammografi før de har metastasert. Om det er mulig, er uklart (1, 2).

Helge Schirmers pedagogiske problem kan delvis løses ved å forklare at kreft ikke er én sykdom, men har flere former med ulik aggressivitet. Jeg kunne ha klargjort det i kronikken. For øvrig er dilemmaet til dels uløselig; noen kvinner har fått en beskjed om at spredning ikke er påvist og lever med godt håp om at så er tilfelle. For noen av dem er det sant, for andre vil det dessverre vise seg at det ikke var korrekt.

Oslo

Arild Bjørndal

Litteratur

1. Gupta SK, Douglas-Jones A, Fenn N, Morgan JM, Mansrel RE. The clinical behaviour of breast cancer is probably determined at the preinvasive stage. Cancer 1997; 80: 1740–5.
2. Spratt JS, Meyer JS, Spratt JA. Rates of growth of human neoplasms. Part II. J Surg Oncol 1996; 61: 68–83.