



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Brystproteser og radiologi

Vi har med interesse lest innlegget til Lars Hagen Henriksen angående brystproteser i Tidsskriftet nr. 6/2004 (1), hvor det angis at det ikke er mulig å foreta en totalvurdering av et protesebryst med mammografi. Dessuten påpekes det at mange kvinner som får satt inn brystproteser, ikke blir informert om dette av kirurgen forut for operasjonen.

Etter vår mening skal alle pasienter som får satt inn brystproteser, informeres angående mulige komplikasjoner relatert til inngrepet, herunder også at proteser kan vanskeliggjøre mammografiundersøkelse, slik Henriksen påpeker (2). Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller i antall påviste krefttilfeller mellom pasienter med og pasienter uten brystprotese (2).

Ved mammografi skal det tas flere bilder enn vanlig for å få optimal vurdering (3). Dette medfører at prosedyren kan bli ubehagelig for pasienten og ekstra tidkrevende. En engelsk undersøkelse viser at for pasienter med brystimplantat tar mammografiundersøkelse gjennomsnittlig tre ganger så lang tid som en standardundersøkelse og utgjør en betydelig ekstra kostnad for avdelingen (4).

Mange pasienter får innlagt anatomiske (dråpeformede) brystproteser som skal plasseres i forhold til ett eller flere ca. 5 mm store orienteringsmerker som er integrert i protesens silikonskall. Ved radiologisk undersøkelse kan disse markeringspunktene gi mistanke om vevsfortetninger. Dette har gitt flere radiologer unødvendige vurderingsvansker.

Supplerende radiologiske undersøkelsesmetoder for bryst med protese er ultralyd og MR. Ultralydundersøkelse er svært avhengig av radiologens erfaring og er sjelden aktuelt i forbindelse med kreftdiagnostikk. Metoden er imidlertid relativt enkel og sikker i forbindelse med protese-ruptur (3). MR har med tanke på kreftdiagnostikk høy sensitivitet (> 95 %) og relativt lav spesifisitet (37–89 %) (5). Dette gjør at metoden foreløpig hovedsakelig bør anvendes på utvalgte pasientgrupper hvor man ønsker å innhente tilleggsinformasjon (5). MR er imidlertid meget velegnet til vurdering av protese-ruptur og forholdene posterior for protesen, som ofte er vanskelig å evaluere med mammografi og ultralyd (3, 5).

Antall pasienter som får satt inn brystprotese er økende (4), og stadig flere radiologer blir konfrontert med pasientgruppen. På bakgrunn av den besværlige vurderingen og ev. behov for supplerende spesialundersøkelser stilles det spørsmål om kreftdiagnostikk av protesebryst burde vært sentralisert.

Kim Alexander Tønseth
Kjetil Stubberud
Rikshospitalet

Tyge Tind Tindholdt
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

- Henriksen LH. Silikonproteser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 832.
- Deapen D, Hamilton A, Bernstein L, Brody GS. Breast cancer stage at diagnosis and survival among patients with prior breast implants. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 535–40.
- Hadden WE. Silicone breast implants: a review. *Australas Radiol* 1998; 42: 296–302.
- Colville RJI, Mallen CA, McLean L, McLean NR. What is the impact of breast augmentation on the Breast Screening Programme? *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 434–6.
- Kvistad KA, Gribbestad IS, Haraldseth O, Nilsen G. Brystdiagnostikk med magnetisk resonanstomografi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1451–8.

Aktivert protein C og behandling av sepsis

Jon Henrik Laake og medarbeidere presenterer i Tidsskriftet nr. 6/2004 (1) sitt syn på behandling av pasienter med alvorlig sepsis med aktivert protein C (Xigris). Vi ønsker å kommentere deres vurdering av studie-design, forekomst av intrakraniale blødninger og effekt av heparin.

PROWESS-studien var en dobbeltblind, randomisert undersøkelse som ble avbrutt etter anbefaling av en uavhengig sikkerhetskomité grunnet en betydelig effekt på 28-dagersmortaliteten (30,8 % versus 24,7 %). Studiedesignen ble aldri endret. Imidlertid ble det etter godkjenning av FDA laget et protokolltillegg der hensikten var å ekskludere pasienter med høy sannsynlighet for død av andre årsaker enn sepsis. Protokolltillegget førte ikke til to faser i studien. Totalresultatet er bemerkelsesverdig konsistent når man vurderer subgruppeanalyser – med noen få unntak, f.eks. den laveste kvartil av APACHE II-skåre. Laake og medarbeidere (1) henviser til en utdatert og ikke-validert studie som viser intrakranial blødningsrate fra kun 520 pasienter. Basert på data fra 3 628 personer fra kontrollerte og åpne studier som inkluderer pasienter

med høy risiko for blødning, for eksempel med meningitt og lavt platetall, var raten for intrakranial blødning i infusjonsperioden 0,7 % (2, 3).

I studien ble pasientene ikke randomisert til heparinbehandling, og det er derfor ikke mulig å vurdere effekt av heparin på effekten av aktivert protein C. Sammenlikning av heparin mot ikke-heparin vil være uttrykk for betydelig seleksjonsbias. Sammenlikning av mortalitetsrater vil kunne vise tilsvarende positiv effekt av heparin, men en slik analyse ville ikke være valid på grunn av seleksjonsbias, samt at det vil være et enveis skifte av pasienter som er i live fra én postbaselinesubgruppe til en annen.

De europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har etter inngående gjennomgang av all dokumentasjon godkjent preparat-omtale og følgende indikasjon for Xigris: Voksne pasienter med alvorlig sepsis og flerorgansdysfunksjon i tillegg til standardbehandling. Konklusjonen fra en gruppe ved et norsk sykehus representert ved Laake og medarbeidere (1) står i klar motsetning til det mange spesialister verden over mener, og ikke minst til nylig publiserte behandlingsretningslinjer (terapi anbefalinger fra det norske og det svenske legemiddelverk) og internasjonale foreninger (4).

Else Høibraaten
Burkhard Vangerow
Eli Lilly Norge

Litteratur

- Laake JH, Bergmann JB, Riddervold F, Bjørneklett A, Aukrust P, Førland SS. Bør sepsis behandles med aktivert protein C? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 782–4.
- Beale R. Safety of Drotrecogin alfa (activated) in adult patients with severe sepsis. *Chest* 2003; 124: 102–3S.
- Bernard G. Treatment of severe sepsis with Drotrecogin alfa (activated). *Chest* 2002; 122: 50S.
- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2004; 32: 858–73.

J.H. Laake og medarbeidere svarer:

Vi er ikke så bekymret for at våre anbefalinger står i kontrast til synspunktene til dem Else Høibraaten & Burkhard Vangerow omtaler som «mange spesialister verden over». Salget av Xigris har så langt ikke svart til forventningene (1), noe som kan tyde på at våre praktiserende kolleger i USA og Europa for øvrig stort sett tenker