

to måneder etter reepitelialisering (1) og brukes sjelden hos oss. Ifølge van den Kerckhove har steroider kun hatt en positiv effekt på arr i de studier hvor subjektive graderingsskalaer har vært brukt (2).

Tønseth og medarbeidere hevder at de fleste hypertrofiske og keloider arr kan behandles konservativt hos primærlegen eller ved en generell kirurgisk avdeling før de henvises til plastikkirurgisk vurdering (1). Vi betviler at primærleger og generelle kirurger har den nødvendige detaljkunnskap og erfaring som kreves for å kunne informere pasientene adekvat og gi optimal arrbehandling i praksis. Det kreves lang erfaring for å kunne kombinere de ulike behandlingsalternativer og tilpasse dem individuelt. Dette gjøres best ved spesialavdelinger som har rutinert tverrfaglig personale som kan følge opp pasientene over lang tid.

**Marit Hjellevad
Hallvard Vindenes**

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Tønseth KA, Tindholt TT, Solberg US, Busic V, Mesic H, Begic A. Keloid og hypertrofisk arrdannning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3033–5.
2. van den Kerckhove E. Assessment of the influence of pressure and silicone on burn related scars. Doktoravhandling. Leuven: Katholieke Universiteit, 2003.
3. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shakespeare PG et al. International clinical recommendations on scar management. Plast Reconstr Surg 2002; 110: 560.
4. Sawada Y, Urushidate S, Nihei Y. Hydration and occlusive treatment of a sutured wound. Ann Plast Surg 1998; 41: 508–12.
5. Sawada Y, Nihei Y, Urushidate S. Hydration and occlusion treatment for grafted skin on the hands of children. Eur J Plast Surg 1998; 21: 349–52.

K.A. Tønseth svarer:

Undertegnede har med interesse lest innlegget om arrbehandling av Hjellevad & Vindenes rettet mot vår artikkel om keloid og hypertrofisk arrdannning i Tidsskriftet nr. 21/2003 (1). Det er nødvendig med enkelte presiseringer og noen korreksjoner.

Det er liten tvil om at silikon og/eller trykkbehandling generelt er førstevalg ved

behandling av overdreven arrdannning (2). Silikon kan anlegges som et ordinært plaster/tape. Trykkbandasjen krever en kompresjon på mellom 24–30 mm Hg og medfører at man som regel må ha et trykk på motsatt side av det behandlede området. Dette fører oftest til relativt store (semi-) sirkulære bandasjer. Silikon er derfor blitt foretrukket av stadig flere, da den har en likeverdig behandlingseffekt og i tillegg er enklere anvendbar i forhold til utarbeiding og legging av trykkbandasjer. Når det foreligger indikasjon for silikonbehandling (1, 2) skal man være oppmerksom på hypersensitivitet i starten. Enkelte silikonprodukter kan legges på opptil 24 timer fra første dag (3), mens andre produsenter anbefaler en gradvis opptrapping (4). Det er imidlertid feil at bruken skal begrenses til maksimum 12–18 timer. Både publiserte internasjonale retningslinjer (2) og produsenter (3, 4) oppfordrer om å tilstrebe 24 timers bruk.

Som det blir angitt er intralesjonale steroidinjeksjoner oftest ikke førstevalg ved behandling av overdreven arrdannning. Generelt skal man starte med steroidinjeksjoner dersom trykk/silikon etter to måneder ikke har gitt tilfredsstillende respons (1, 2), og ikke to måneder etter reepitelialisering som Hjellevad hevder at det står i vår artikkel (1). Det spesifiseres videre at steroidinjeksjoner sjelden brukes ved Haukeland Universitetssykehus. Dette er underlig, da man ikke sjelden ser trykk/silikon-resistent arrhypertrofi/keloiddannning. Steroidinjeksjoner er da neste steg i behandlingspyramiden (1, 2). Dessuten kan steroidinjeksjoner være første valg ved spesielt prominente keloider (2).

Det er synd at Hjellevad betviler at primærleger og generellkirurger kan ta hånd om pasienter med overdreven arrdannning. Hovedtyngden av pasienter med arrhypertrofi har små lesjoner på øvre del av truncus og hode/hals etter mindre kirurgi eller traumer. Undertegnede er av den oppfatning at legene med interesse for sårtilheling primært kan ta hånd om disse pasientene. Ved behov for ytterligere vurdering eller

behandling henvises de til plastikkirurgisk avdeling.

Kim Alexander Tønseth
Rikshospitalet

Litteratur

1. Tønseth KA, Tindholt TT, Solberg US, Busic V, Mesic H, Begic A. Keloid og hypertrofisk arrdannning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3033–5.
2. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shakespeare PG et al. International clinical recommendations on scar management. Plast Reconstr Surg 2002; 110: 560–71.
3. <http://www.tendra.com> (28.1.2004).
4. <http://www.smith-nephew.no> (28.1.2004).

■ RETTELSE

Ny bioteknologilov vedtatt

Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3506.

I Tidsskriftet nr. 24/2003 under *Nytt fra nett* omtales *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. Det skal stå: Den nye loven om humanmedisinsk bruk av bioteknologi.

Om hundre år er altting glemt...

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 290-1.

I Tidsskriftet nr. 2/2004 i serien *Tidligere* i Tidsskriftet, nederst i tredje spalte side 291 skal det stå: Hele 43 sider ble spandert på saken, som første gang ble referert i nr. 6/1904 og hadde redaksjonens påskrift «fortsattes» utover året.

Sykdom som dannelse – en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*

Bjørn Hofmann

Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3569–72.

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 24/2003 s. 3569 skal riktige årstall for Thomas Manns fødsel og død være: 1875–1955.