



## Brev til redaktøren

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

### Klimabehandling av psoriasis

Cato Mørk og medarbeidere presenterer i Tidsskriftet nr. 1/2004 funn fra en prøve-reise for klimabehandling i Syden for 50 pasienter med psoriasisartritt og stiller spørsmålet om slike reiser er behandling eller velferdstilbud (1). Mørk fulgte opp saken i et nyhetsinnslag i TV2 8. januar. Norsk Psoriasisforbund ønsker å komme med noen utdypende innspill til saken.

Regjeringen oppnevnte for noen år siden et utvalg til å utrede klimabehandlingens rolle i den fremtidige helsetjeneste (Granutvalget). Utvalget konkluderte med at det er tilfredsstillende dokumentasjon på behandlingsreisens effekt på psoriasis. Utvalget anbefalte at psoriasisprogrammet videreføres som et offentlig behandlingstilbud på spesialistnivå, og at kapasiteten økes fra 600 til 800 plasser.

Cato Mørk uttalte til TV2 at for mange psoriasispatienter reiser på klimabehandling i Syden med for lite utslett, og at «man er mer som en gjest enn som en pasient og lever godt på terrassen og bader på stranden». Han ønsket å kutte i ordningen. Leder i Stortingets sosialkomité John Alvhheim imøtegikk Mørk på det sterkeste og omtalte hans påstander som «arrogante og provoserende» i forhold til pasientgruppen. Alvhheim påpekte at sosialkomiteen ønsker å utvide ordningen med helse-reiser til utlandet.

Norsk Psoriasisforbunds medlemmer og tillitsvalgte har reagert meget kraftig på utspillet fra hudlege Cato Mørk.

I en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet med tittelen *Hvor mye skal en psoriasisflekk koste?* (2) kommenterer medisinsk redaktør Petter Gjersvik blant annet artikkelen til Mørk og medarbeidere (1). Han skriver: «Men slike opphold må ikke bli en «kompensasjon» for å ha en kronisk, uheldelig hudsykdom eller et offentlig finansiert avbrekk fra en stresset hverdag», og at «det er all grunn til å vurdere hvilken plass og hvilket omfang behandlingsreiser til Syden for pasienter med psoriasis skal ha i fremtiden».

Norsk Psoriasisforbund vil påpeke at prøvereisen for pasienter med psoriasis og psoriasisartritt ble gjennomført på et lite velegnet tidspunkt på året (september), og at man fikk svært kort tid til å rekruttere pasienter til reisen. Norsk Psoriasisforbund hadde bedt om at prøvereisen skulle gjennomføres i vinterhalvåret, og at man skulle

ha en god planlegging av uttaket. Når man ser hvilke sterke konklusjoner som trekkes av Mørk og Gjersvik ut fra det lille og etter vårt syn lite representative materialet, kan man bli noe skremt.

Granutvalgets konklusjoner om klimabehandlingens plass i behandlingen av psoriasis er krystallklare. Det er derfor underlig at man nå skal få opp en diskusjon om dette i fagmiljøet.

**Aase Marit Waage**  
**Jan A. Monsbakken**  
Norsk Psoriasisforbund

#### Litteratur

1. Mørk C, Özek M, Wahl AK. Psoriasis og psoriasisartritt – er sydenopphold behandling eller velferdstilbud? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 60–2.
2. Gjersvik PJ. Hvor mye skal en psoriasisflekk koste? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 14.

### C. Mørk og medarbeidere svarer:

På bakgrunn av vår artikkel i Tidsskriftet nr. 1/2004 og pressemelding fra Tidsskriftet ble førsteforfatter kontaktet av TV2. TV2 ønsket å vite om for mange pasienter med psoriasis generelt får behandling i Syden. Cato Mørk uttalte da at mange pasienter som får klimabehandling har lav sykdomsaktivitet. Dette ble tolket og fremstilt slik at omfanget av ordningen burde reduseres drastisk. Vi har gjennom mange år vært sterke talsmenn for klimabehandling av psoriasis og mener fortsatt at slik behandling har sin klare plass i behandlingstilbudet. Vi har forsøkt å forbedre og kvalitetssikre behandlingen ved å evaluere effekt, inkludert effekt på livskvalitet og mestring av sykdommen, og resultatene er publisert i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter.

Pasienter må være egnet for denne type behandling. Uttakskriteriene er utarbeidet i samarbeid med Norsk Psoriasisforbund og baserer seg blant annet på utslettets alvorlighetsgrad, avstand til behandlingssted i Norge og andre relevante opplysninger. Etter at klimabehandling mot psoriasis ble startet i offentlig regi for snart 30 år siden, har det kommet ca. 1 000 søknader per år. Det er således diskrepans mellom antatt prevalens av alvorlig psoriasis og antall søknader. Både Seksjon for Behandlingsreiser og Norsk Psoriasisforbund har med jevne mellomrom oppfordret flere psoriati-kere til å søke. Det kan likevel diskuteres om tilbudet er godt nok kjent. Omfanget av behandlingstilbudet har økt jevnt fra 370

pasienter per år; myndighetene har nå bestemt at 600 pasienter skal reise per år. Om lag en firedel av dem som får innvilget reise, takker nei til behandlingstilbudet.

Etter at PASI-skåre (0–72) ble innført i 1995 som mål for sykdommens alvorlighetsgrad, har vi sett at utslettet er langt mer alvorlig på søknadstidspunktet (medianverdier fra 13 til 20) enn ved ankomst på behandlingsstedet (medianverdier fra 6 til 10). Dette kan blant annet forklares med dårlig kvalitet på forhåndsinformasjonen, intensivering av behandlingen etter at søknaden er sendt og lang tid fra søknad til start av klimabehandling. Alle pasienter blir skriftlig informert om at de skal kontakte Seksjon for Behandlingsreiser dersom de får mindre utslett etter at søknaden er sendt inn, men svært få gjør dette.

Klimabehandling var opprinnelig ment som et alternativ eller supplement til innleggelse i en hudavdeling ved utbredt psoriasis. De siste årene har om lag en firedel av pasientene ved ankomst hatt PASI-skåre  $\leq 5$ . Dette er svært lite utslett. Erfaringer fra Dødehavet er at PASI-skåre bør være over 10 for at klimabehandling der skal være nyttig. Over halvparten av norske psoriasispatienter som innvilges behandling i Syden, har PASI-skåre  $< 10$  når behandlingen starter; pasienter i barne- og ungdomsgruppene ennå lavere.

Vi mener at det er et stort behov for kvalitetskontroll, god medisinsk styring og et nærmere samarbeid med bevilgende og administrative myndigheter ved spørsmål om omfanget av ordningen med klimabehandling for pasienter med psoriasis.

**Cato Mørk**  
Seksjon for behandlingsreiser

**Mehmet Özek**  
Berger Bad

**Astrid Klopstad Wahl**  
Høgskolen i Oslo

### P.J. Gjersvik svarer:

Effekten av klimabehandling ved psoriasis er godt dokumentert, og et offentlig finansiert program for klimabehandling er nødvendig. Hvor stor kapasiteten skal være, derimot, er ikke godt dokumentert. Erfaringene tyder på at kapasiteten i dag er for stor, i og med at for mange med for lite utslett får anledning til å reise. Da er det etter mitt syn underlig å insistere på at kapasiteten skal utvides.

Det er grunn til å spørre seg om folk

i mindre grad enn tidligere ønsker å delta i et offentlig behandlingsprogram, som gir dem mindre fleksibilitet når det gjelder avreisetidspunkt og betingelser under oppholdet. Antakelig er psoriatikere i dag mer innstilt på å reise til Syden på egen hånd og til egen kostnad. Dette innebærer at både helsemyndigheter og pasientorganisasjoner må tenke i nye baner.

**Petter Jensen Gjersvik**  
Tidsskriftet

## Misvisende om fotodynamisk behandling av hudkreft

I et nyhetsoppslag i Tidsskriftet nr. 3/2004 om fotodynamisk behandling ved hudkreft (1), er dessverre to helt forskjellige systemer for slik behandling blandet sammen. Beskrivelsen er derfor misvisende.

PhotoCure ASA har utviklet Metvix, en krem som inneholder metylaminolevulinat, et stoff som har helt forskjellige egenskaper enn 5-aminolevulinsyre. Metvix fører til selektiv oppbygging av porfyriner i kreftceller. Disse porfyrinene aktiveres ved hjelp av rødt lys (Aktilite, PhotoCure). Metvix er registrert i 18 land for bruk ved både basalcellekarsinom og forstadier til hudkreft (solare keratoser). Metvix er under utredning for bruk ved begge hudlidelsene i flere land, inkludert USA. Det er derfor ikke riktig at resultatene fra den nylig publiserte studien (2), er grunnen til at man ennå ikke har oppnådd godkjenning i USA for behandling av basalcellekarsinom. De amerikanske legemiddelmyndighetene ønsker tilleggsinformasjon.

Det amerikanske firmaet DUSA har utviklet Levulan Kerastick, en alkoholbasert formulering som inneholder 5-aminolevulinsyre. Levulan fører til en ikke-selektiv oppbygging av protoporfyrin IX i huden, som aktiveres ved hjelp av blått lys (Blu-U, DUSA). Levulan er kun registrert i USA til bruk ved solare keratoser.

Artikkelen i Tidsskriftet (1) gir inntrykk av at de to systemene er like, men faktisk gir de helt forskjellige kliniske resultater (3–5). Levulan Kerastick/Blu-U gir en overflattisk effekt og er derfor ikke egnet til behandling av dypere lesjoner, i motsetning til Metvix, som er svært selektiv for tumorceller (10–30 ganger mer selektiv) og penetrerer dypere (6). I motsetning til 5-aminolevulinsyre vil behandling med Metvix ikke (eller i liten grad) gi opphopning av porfyriner i normal hud og derfor også færre lokale fototoksiske bivirkninger.

Metvix er nå tatt i bruk ved 165 hudklinikker i Norden, inkludert alle universitetssykehus i Norge, Sverige, Danmark og Finland.

**Kjetil Hestdal**  
PhotoCure ASA

## Litteratur

1. Delte meninger om fotodynamisk behandling ved hudkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 304.
2. Rhodes LE, de Rie M, Enström Y, Groves R, Morken T, Goulden V et al. Photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate vs. surgery for nodular basal cell carcinoma. Arch Dermatol 2004; 140: 17–23.
3. Freeman M, Vinciullo C, Francis D, Spelman L, Nguyen R, Fergin P et al. A comparison of photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate (Metvix®) with single cycle of cryotherapy in patients with actinic keratosis: a prospective, randomized study. J Dermatol Treatment 2003; 14: 99–106.
4. Pariser DM, Lowe NJ, Stewart DM, Jarrat MT, Lucky AW, Pariser RJ et al. Photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinate for actinic keratosis: Results from a prospective randomized multicenter trial. J Am Acad Dermatol 2003; 48: 227–32.
5. Ormrod D, Jarvis B. Topical aminolevulinic acid HCl photodynamic therapy. Am J Clin Dermatol 2000; 1: 133–9.
6. Peng Q, Soler AM, Warloe T, Nesland JM, Giercksky KE. Selective distribution of porphyrins in thick basal cell carcinoma after topical application of Metvix® cream containing methyl 5-aminolevulinate. J Photochem Photobiol B 2001; 62: 140–5.

## Kirurgisk behandling av lungekreft

I Tidsskriftet nr. 3/2004 presenterer Hans Rostad og medarbeidere resultater ved kirurgisk behandling av lungekreft i Norge (1). Deler av presentasjonen og kommentarene i diskusjonen burde etter vårt syn hatt en mer nyansert fremstilling.

Forfatterne skriver at «mortalitetstallene ligger høyere enn det som defineres å være tilfredsstillende i internasjonal litteratur». I det norske materialet er total 30-dagersmortalitet, lobektomimortalitet og pneumonektomimortalitet nesten identisk med de refererte studiene (2, 3).

Det heter videre at «dødelige blødningskomplikasjoner var et betydelig problem i vårt materiale». Fatale blødningskomplikasjoner forekom i 0,2 % av operasjonene i det norske materialet, identisk med materialet fra Mayo-klinikken. Postoperativ større blødning i det norske materialet forekom i 1 % av inngrepene, i materialet fra Veterans' Hospitals fikk 2,9 % multi-transfusjon postoperativt. Hvordan er blødning definert i det norske materialet? Er det angitt etter mer eller mindre «prosaiske» operasjonsbeskrivelser? Er transfusjonsarkene benyttet?

Forfatterne mener at «på bakgrunn av de høye mortalitetstallene bør lungekreftkirurgien i Norge samles på færre sykehus». I diskusjonen angir de at «komplikasjonen (blødning, egen anmerkning) var nokså jevnt fordelt på de enkelte sykehus». Vi kan utover dette ikke se at tallene i artikkelen har vært analysert på enkeltsykehus eller relatert til volum per sykehus eller kirurg. Etter vår mening trekker derfor forfatterne konklusjonene for langt i forhold til de tall de presenterer. Lungekreftkirurgi er kanskje det inngrepet av større kirurgiske inngrep som har svakest relasjon til kirurgens opera-

tive volum (4). Det ser imidlertid ut til at sykehusenes totale ressursnivå for lungemedisin og lungekirurgi betyr noe for det endelige resultatet.

Forfatterne må berømmes for det omfattende materialet de har samlet inn. Den negative fremstillingen av de norske resultatene og det sterke ønsket om sentralisering er dog ikke begrunnet i tallene.

**Truls Myrmel**  
**Per Erling Dahl**  
**Ulf Aasebø**  
**Roy Bremnes**  
Universitetssykehuset Nord-Norge

## Litteratur

1. Rostad H, Naalsund A, Jacobsen R, Strand TE, Norstein J. Årsaker til mortalitet etter reseksjon for lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 313–5.
2. Harpole DA, DeCamp MM jr., Daley J, Hur K, Oprian CA, Henderson WG et al. Prognostic models of thirty-day mortality and morbidity after major pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 117: 969–79.
3. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, Miller DL, TraDek VF, Jenkins GD et al. Pneumonectomy for malignant disease: Factors affecting early morbidity and mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 121: 1076–82.
4. Birmeyer JD, Sterkel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. New Engl J Med 2003; 349: 2117–27.

## H. Rostad og medarbeidere svarer:

Vi takker Tromsø-gruppen for interessen for vårt arbeid. Artikkelen omhandler ikke i sin helhet resultatene ved kirurgisk behandling av lungekreft i Norge, men begrenser seg til en beskrivelse av postoperativ mortalitet og mortalitetsårsaker etter reseksjon (1).

Totalmortaliteten på 7,4 % 60 dager etter operasjonen er ganske mye, selv om det i litteraturen finnes enkelte resultater på høyde med våre. I mange materialer inngår pasienter med sykdom i høyere stadier enn i materialet i Krefregisteret.

Som det ble redegjort for i vår artikkel (1) var det i alt 36 av 2 528 pasienter (1,4 %) som hadde peroperativ eller postoperativ blødning og som døde. 17 dødsfall som direkte følge av peroperativ eller postoperativ blødning er bekymringsfullt, spesielt fordi blødningen i mange tilfeller var forårsaket av for dårlig underbinding og omstikning av store sentrale kar. Blødning var også medvirkende ved en del dødsfall hvor andre årsaker ble bedømt til å være avgjørende for det fatale utfall. Når pasienten ble multitransfundert under og/eller etter operasjonen, ble blødningen ansett som alvorlig, men transfusjonsark ble ikke benyttet. Operasjonsbeskrivelsene var i disse tilfeller meget nøyaktige og åpenbart samvittighetsfullt utfordrigt. Igjen er det vanskelig å sammenlikne med andre studier på grunn av forskjellige sykdomsstadier.