

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 (Aktelite, 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 AWW, 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 «komplisjonen (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 Myrmed
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 Kreftregisteret.

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.