



Brev til redaktøren

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

PSA-test til besvær?

I sin artikkel om prostataspesifikt antigen (PSA-test) i Tidsskriftet nr. 22/2004 (1) reiser Inger Norderhaug og medarbeidere langt flere spørsmål enn de gjør forsøk på å besvare. Den viktigste kjønnsespesifikke kreftform hos menn får i artikkelen og i det utsendte informasjonsmateriellet en svært unyansert og lite tillitvekkende omtale.

Norderhaug og medarbeidere anbefaler leger ikke å utføre PSA-test på symptomfrie pasienter, og skriver i informasjonsmateriellet at «oppfølging uten behandling er et adekvat tilbud for menn med prostatakreft uten symptomer». Hvordan kan man følge opp tidlig cancer prostatae, uten symptomer, uten å ha tatt en PSA-test med påfølgende utredning og biopsi? I informasjonsmateriellet heter det at «det ikke er vist at tidlig diagnose av cancer prostatae påvirker dødelighet eller sykdomsforløpet». Det tar tid å utvikle gode behandlingsmetoder. Med en så negativ holdning til kreftformen, er det ikke rart at behandlingsresultatene lar vente på seg. Vi mangler en koordinert, systematisk tilnærming til tidlig påvisning av cancer prostatae. Artikkelen til Norderhaug og medarbeidere er preget av en fatalisme som ikke bidrar til å løse et stort og alvorlig helseproblem.

Norderhaug og medarbeidere skriver at de fleste, avhengig av alder, med positiv PSA-test ikke har klinisk signifikant cancer prostatae (1). Dette holder ikke som argument mot bruk av PSA-test. Man tar testen for å oppdage tidlig sykdom, nødvendigvis på menn som ikke har symptomgivende sykdom. Testen har, så vidt jeg vet, en sensitivitet på 70–80 % og en spesifisitet på 40–50 %. Ingen annen biokjemisk cancer-test kommer i nærheten av disse verdiene. Den burde være enhver kreftforskers ønske-drøm, men for dem som bare ser problemene og ikke mulighetene, er den selvsagt besværlig.

Norderhaug og medarbeidere skriver «behandlingen av cancer prostatae påfører mange betydelige bivirkninger. De fleste blir impotente, noen inkontinente.» De fleste pasienter er innforstått med at behandling kan medføre bivirkninger. Mine pasienter blir nøye forklart dette før jeg tester og ev. sender dem videre til utredning/behandling. Ingen har hittil valgt potensen fremfor livet. Dødsfall av cancer prostatae har jeg som allmennpraktiker sett mange ganger. Det er ingen vakker utgang.

Hovedanbefalingen fra Norderhaug og medarbeidere er at PSA-test ikke bør tas på friske menn. Hvem skal vi da bruke den på? Cancer prostatae gir ingen spesifikke symptomer før den metastaserer. Tilstanden bør diagnostiseres så tidlig som mulig for å utvikle ikke-invasive diagnostiske verktøy som gjør biopsi unødvendig, for å gi muligheter til å utvikle metoder for å skille mellom langsomt- og hurtigvoksende kreft og derved unngå overbehandling, og for å utvikle nye og bedre behandlingsmetoder. Tidlig diagnostikk forutsetter PSA-testing. Jeg tror at en urolog har vesentlig bedre forutsetning for å vurdere det faglige innholdet i informasjonen enn en allmennpraktiker og følger deres flertall.

Harald H. Drøsdal
Asker

Litteratur

1. Norderhaug IN, Wisløff T, Fosså S et al. Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA-test og prostatakreft til leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2893–5.

I.N. Norderhaug og medarbeidere svarer:

Tittelen på Harald Drøsdals innlegg «PSA-test til besvær?» kunne ikke vært bedre. Dette er en besværlig test, og de ulike faglige synspunktene rundt testen har ført til mye besvær, noe vi har redegjort for i vår artikkel i Tidsskriftet. Vi understreker at vi deler Drøsdals bekymring for det alvorlige helseproblem som prostatakreft er, og at vi mangler tilfredsstillende behandling for denne kreftformen. Men at prostatakreft er et alvorlig helseproblem, er ikke et tilstrekkelig argument for å ta i bruk metoder for tidlig påvisning uten at man vet konsekvensene.

Det finnes internasjonalt anerkjente prinsipper for hva som bør ligge til grunn for å iverksette tester på den friske delen av befolkningen. Disse ble utformet av Verdens helseorganisasjon (Wilson & Junger-kriteriene) og omfatter blant annet følgende elementer (1):

- Sykdomsforløpet må være kjent og med en latent fase
- Det må finnes en enkel, presis og valid test som er akseptabel for befolkningen
- Det må finnes en effektiv behandling, og tidlig behandling må føre til bedre helse for pasientene

Våre kunnskaper om prostatakreft, spesielt forløp og behandling, er ufullstendige. Prostatakreft kan være alvorlig og føre til tidlig død, men for mange pasienter vil ikke kreften utvikles til livstruende sykdom. Det er heller ikke vist at tidlig diagnostikk og behandling påvirker helsen i gunstig retning for disse pasientene, tvert imot er det god grunn til å vurdere uheldige sider ved omfattende testing av friske menn.

Drøsdal viser til at testegenskapene ved PSA-testen er enhver kreftforskers ønske-drøm. For screeningformål er imidlertid testegenskapene langt fra ideelle. Uansett er testegenskaper ikke alene tilstrekkelig grunn for å iverksette et screeningprogram. For dem som oppsøker legen er det relevant å bli informert om hvor god testen egentlig er: Hva er sannsynligheten for at jeg er syk om jeg har en positiv prøve (positiv prediktiv evne)? Kan jeg stole på at jeg ikke har kreft om prøven min er negativ (negativ prediktiv evne)?

Det er flere eksempler på at gode intensjoner eller tiltakets potensial ikke er et fornuftig grunnlag for beslutninger om hva vi skal tilby pasientene. Det er derfor nødvendig å vurdere alle effekter av de tiltak man iverksetter, også mulighetene for negative konsekvenser. Vi mener at slik realisme er nødvendig for forsikre oss om at de tiltak vi iverksetter for våre pasienter, gjør mer nytte enn skade.

Inger Natvig Norderhaug
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. National Screening Committee, UK. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. <http://libraries.nelh.nhs.uk/screening/> (28.1.2005).

Hyppig vannlating og fibromyalgi

I Tidsskriftet nr. 1/2005 rapporterer Helge Stormorken & Frank Brosstad signifikant økt vannlatingfrekvens hos pasienter med fibromyalgi (1).

Vannlatingfrekvens sier i seg selv ikke noe om blærefunksjonen så lenge pasientene ikke har målt volum ved vannlating. I artikkelens ramme for hovedbudskap er et av de tre punktene at «vannlatingstypen er preget av urge, hos mange også av inkontinens» (1). Disse påstandene er ikke underbygd i hovedteksten. Det er ikke angitt

noen tall på hvor mange pasienter som har unormalt sterk vannlatingstrang (urgency) eller urininkontinens. Den nærmeste begrunnelsen for påstanden er at «mange» ikke nådde toalettet i tide. Dette er neppe tilstrekkelig for konklusjonen som trekkes.

Det ble brukt et spørreskjema i undersøkelsen, men forfatterne beskriver ikke hvilke spørsmål som ble stilt. Det finnes flere validerte spørreskjemaer for å kartlegge symptomer i de nedre urinveier. Det er gjentatte ganger vist at bruk av tilfeldige spørsmål i et skjema som ikke er validert, ikke gir god nok informasjon.

For å gjøre vitenskapelig kommunikasjon bedre og lettere er en del begreper internasjonalt standardisert (2, 3). Disse definisjonene anbefales brukt i vitenskapelige artikler, men Stormorken & Brosstad bruker i sin artikkel sine egne definisjoner. Nokturi brukes synonymt med «oppe om natten». Internasjonalt brukes nokturi om vannlating om natten (natt = den tid man tilbringer i sengen med formålet å sove) hvor man våkner for å late vannet og man igjen legger seg og sover videre (3). Natlig vannlating er altså noe annet. Nokturi skyldes enten en blæredysfunksjon, natlig polyuri eller generell polyuri. Når man går inn i en studie hvor nokturi fremheves som et sentralt punkt, bør man holde seg til internasjonal nomenklatur og forsøke på en enkel måte å klassifisere tilstanden. Den aktuelle pasientgruppen har kanskje hyppig vannlating og natlig vannlating fordi de drikker mye. Dette vet verken forfatterne eller leserne.

I samme nummer av Tidsskriftet diskuterer Torgeir & Vegard Bruun Wyller bakgrunnen for en mulig blæredysfunksjon (4). Dette er prematurt, da det ikke er vist at det foreligger noen blæredysfunksjon i pasientgruppen. De gjør også et nummer av at manuskriptet ikke er akseptert i internasjonale tidsskrifter. For oss som arbeider med vannlating- og blæreproblemer, er det mer underlig at det er akseptert i Tidsskriftet enn at det ikke er akseptert andre steder. Artikkelen egner seg mer som en arbeidshypotese enn som en originalartikkel i seksjonen Medisin og vitenskap.

Trygve Talseth
Hans Hedlund
Rikshospitalet

Litteratur

1. Stormorken H, Brosstad F. Hyppig vannlating – viktig diagnostisk markør ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17–9.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Neurourol Urodyn 2002; 21: 167–78.
3. van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D et al. The standardisation of terminology in nocturia. Neurourol Urodyn 2002; 21: 179–83.
4. Wyller TB, Wyller VB. Fibromyalgi, vannlating og etablerte sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 14.

H. Stormorken & F. Brosstad svarer:

Innlegget fra Trygve Talseth & Hans Hedlund gir oss nok en mulighet til å understreke følgende forhold: Anamneseopptak av pasienter med fibromyalgi, som også omfattet kartlegging av naturlige funksjoner som vanlig, gav oss mistanke om at disse pasienter har unormalt hyppig vannlating, både daglig og natlig. Mistanken ble forsøkt bekreftet ved en spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av Norsk Fibromyalgi Forening, der det kreves at diagnose er stilt av lege. Pasienter og kontrollpersoner ble spurt om å telle sine daglige og natlige miksjoner. Det ble lagt vekt på å unngå at pasientene fikk mistanke om vår formodning om uvanlig miksjonsmønster. Videre fikk de detaljert instruksjon om øyeblikkelig notering og om nøyaktighet og ærlighet, da de ellers kunne bli tatt i fusk ved en spesiell prøve. Resultatene viste, som publisert, en statistisk høysignifikant forskjell i miksjonshyppighet i de to gruppene, og høy sensitivitet og spesifisitet. Det siste krever store materialer, og da er kompliserte metoder en komplikasjon.

Talseth & Hedlund antyder at fibromyalgigruppen kanskje har hyppigere vannlating fordi de drikker mye. Men som rimelig er, søker de å drikke minst mulig for å minske den plagsomme flyingen. De urodynamiske undersøkelser som ble foretatt, viste kontraksjonsstart ved 30–50 ml, og med urgency som konklusjon, i klar overensstemmelse med «at jeg bare flyr og skvetter».

Vår artikkel hadde en trang fødsel, og manus er blitt refusert i en rekke relevante tidsskrifter. Det ble i tillegg ganske medfarent etter halvannet års behandling i Tidsskriftet. Men vi er glad for at det meste ble akseptert, spesielt fordi dette symptomet i det siste endelig er kommet i søkelyset. Likevel har vårt korrespondanseinnlegg fra 1992 (1) ikke fått særlig mye oppmerksomhet. Med henvisning til spørsmålet stilt av Wyller & Wyller i deres lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet (2), «Holdes nyskapende hypoteser nede fordi de utfordrer autoritetene?», og med henvisning til litteratur om dette, er vi ikke fremmed for at vi har rørt ved urologers, nevrologers og revmatologers sirkler i vår vankunnighet i disse disipliner. Nå er det opp til Talseth, Hedlund og deres kolleger i nevnte disipliner å validere eller forkaste våre funn med vitenskapelige metoder. For telling er vel ikke det.

Helge Stormorken
Sandvika

Frank Brosstad
Rikshospitalet

Litteratur

1. Stormorken H, Brosstad F. Fibromyalgia: family clustering and sensory urgency with early onset indicate genetic predisposition and thus a «true» disease. Scand J Rheumatol 1992; 21: 207.
2. Wyller TB, Wyller VB. Fibromyalgi, vannlating og etablerte sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17.

Hyppig vannlating

Med spørreskjema om ett vannlatingparameter, hyppighet, rapporterer Helge Stormorken & Frank Brosstad i Tidsskriftet nr. 1/2005 at kvinner med fibromyalgi har signifikant hyppigere vannlating dag og natt enn friske kvinner, henholdsvis 9,2 og 2,2 ganger mot 5,7 og 0,2 ganger (1).

Forfatterne diskuterer ikke årsakene til hyppig vannlating, de nevner bare blæren. Hyppig vannlating (pollakisuri) er et uspesifikt symptom som har flere årsaker. For å vite om pollakisuri er uttrykk for patologisk blærefunksjon, må man kjenne døgnvolumet. Spørsmålet er: Har pasienter med fibromyalgi en prerenal (ev. psykogen) eller renal tilstand som gir økt tørste og væskeinntak, eller er det en organisk sammenheng mellom fibromyalgi og blærefunksjon?

Høyt døgnvolum (polyuri) gir normalt pollakisuri (og nokturi) fordi blærekapasiteten (enkeltvolumet) ikke øker. En type pasienter setter seg på høyt væskeinntak fordi «det er sunt» eller «det er bra å skylle gjennom». Andre årsaker er renale og endokrine, for eksempel ADH-svikt eller dårlig regulert diabetes mellitus. En årsak til nokturi er kardial med tømning av ødemer om natten. Et minimum av undersøkelser er derfor miksjonsliste med klokkeslett og volum for hver enkelt vannlating, som så summeres for 24 timer, og det gjennomsnittlige enkeltvolum bestemmes. Miksjonslisten har i alt seks parametere (2, 3). Den bør føres i minst tre døgn.

Hvis forklaringen på pollakisurien ikke er økt døgnvolum i forhold til friske, vil miksjonslisten vise de reduserte enkeltvolumene (og det reduserte gjennomsnittlige enkeltvolum). Dette vil være et argument for en sammenheng mellom fibromyalgi og blærens morfologi og nervøse regulering.

I en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet (4) er det nevnt at et manuskript basert på studien ikke ble akseptert av internasjonale tidsskrifter, og at det kan foreligge usaklig begrunnelse for dette. Det er all grunn til å tro at avvisningen skyldes høyst ufullstendig metode med ikke entydig tolkbare resultater. Kan symptomet hyppig vannlating brukes som «viktig markør» for fibromyalgi i alle fall? Det råder atskillig usikkerhet om diagnosen fibromyalgi, og symptomets årsak må derfor være best mulig klarlagt for diskusjon om en sammenheng. Hvis noen pasienter drikker mye, andre har blæredysfunksjon hvordan