

ringsprøve. Den i annonsen omtalte høye sensitivitet ligger jo formentlig godt under 45 %, avhengig av om man anvender den i screening eller i diagnostikk på symptom-pasienter. Vi finner derfor ingen indikasjon for anvendelse av avføringsprøver, verken i vår avdeling eller i allmennpraksis, hos symptompasienter. Hvis prøven er positiv, skal det allikevel utføres en koloskopi, hvilket også anføres av firmaet. Hvis den er negativ, skal man også utføre koloskopi på mistanke om kolorektal cancer. Den eneste effekt prøven kan ha, er en forsinkelse av behandlingen.

Anvendelse av avføringsprøve i screening – altså hos symptomfrie personer, brukes jo i flere land, bl.a. England og Danmark. Etablerte screeningprogrammer anvender de «gamle» avføringsprøver, som baserer seg på påvisning av blod i avføringen, fordi disse er velvaliderte i store undersøkelser med mer enn 100 000 testpersoner, og fordi screeningprogrammer skal designes ut fra meget mer komplekse forutsetninger enn bare sensitivitet og spesifisitet av en enkelt test.

Usystematisk anvendelse av avføringsprøver kommer med stor sikkerhet til å forringe diagnostikk og forsinke behandlingen av pasientene. Jeg ser ingen positiv effekt av å anvende den.

Gunnar Baatrup

Kirurgisk avdeling
Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Annonse. Dagens Medisin 2006; nr. 7: mot side 12.
2. Zev Z, Kisilitsin D, Rennert G et al. Utilization of K-ras mutations identified in stool DNA for the early detection of colorectal cancer. *J Cell Biochem Suppl* 2000; 34, 35–9.
3. Hauger MR. Unødvendig mye gastroskopi. *Dagens Medisin* 2003; nr. 5: 8.
4. Hardison DM, Shuber AP. Stool DNA: a viable option for colorectal cancer screening. *Gastroenterology* 2005; 129: 2128–9.
5. Harford WV. Colorectal cancer screening and surveillance. *Surg Oncol Clin N Am* 2006; 15: 1–20.
6. Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH et al. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal cancer screening in an average-risk population. *N Engl J Med* 2004; 351: 2704–14.

NorDiag svarer:

Genefec er et diagnoseverktøy for symptomatiske pasienter. Kreft i tykk- og endetarm er den hyppigst forekommende kreftform i Norge, og det er velkjent at tidlig diagnostikk av tykktarmskreft er knyttet til svært gode behandlingsresultater. Leger står foran en betydelig utfordring ved at symptomene ofte er utydelige og uspesifikke. Terskelen for å bruke en invasiv test som koloskopi blir derved høy. I praksis ser vi at legen ofte velger å bruke en ikke-invasiv test til å detektere blod i avføringen (FOBT). Lav sensitivitet og lav spesifisitet ved slike tester leder til det problemet Gunnar Baatrup beskriver: Pasienter med

falskt negativ avføringstest går lenge før de kommer til behandling. I tillegg gjennomføres det mange unødvendige koloskopier. Interessen for forbedrede, ikke-invasive analyser for tidlig påvisning av tykktarmskreft er derfor stor internasjonalt.

Kliniske studier av Genefec blir presentert av Aloysius og medarbeidere og av Løvlie og medarbeidere på WCGC-kongressen i Barcelona juni 2006. En stor populasjonsbasert studie med 700 pasienter i Tyskland er nå i ferd med å avsluttes. Dokumentasjonsstudier på kreftbiopsier viser at ca. 60 % har K-ras- og p53-mutasjoner (1). Genbaserte avføringstester er også utført på mange tusen pasienter og viser at analyser av genmutasjoner i DNA isolert fra avføring er av verdi i tidlig deteksjon av tykktarmskreft. Sammenliknet med påvisning av blod i avføring (punkt-FOBT) er det vist at slike gentester kan detektere 3–4 ganger så mange krefttilfeller og redusere unødvendige koloskopier med inntil 80 % pga. den høye andel falskt positive tester som FOBT-tester normalt er assosiert med (1).

Genefec I (K-ras) ble brukt inntil april 2005 og Genefec II (p53 og K-ras) etter april 2005. Ved Genefec I-analysen ble det oppdaget 23 pasienter med tykktarmskreft (inklusive forstadier) og to tilfeller av bukspyttkjertelkreft. Hos 22 pasienter var førstegangsendoskopi negativ, men videre oppfølging har vist at det også blant disse er flere som har fått påvist forstadier til tykktarmskreft. Genefec detekterer de molekylære forandringene som finner sted tidlig i karsinogenesen. Derfor er det ikke uventet at vi nå begynner å påvise pasienter med positive funn etter opprinnelig negativ endoskopi.

Genefec gir legen tilleggsinformasjon for en bedre diagnosestilling i risikogruppen med uklare abdominalsymptomer, hvor endoskopi anses som uegnet som første utredningsundersøkelse. Dagens versjon av Genefec er følgelig et godt alternativ til FOBT-tester og vil være komplementær til koloskopi. Vi anbefaler bruk av Genefec på samme kliniske indikasjoner som fagmiljøene anbefaler bruk av FOBT-test. I de tilfeller der de kliniske funn ikke samsvarer med laboratorifunnet, anbefaler vi videre utredning også ved negativt prøvesvar. For å imøtekomme behovet for en ikke-invasiv test med høy treffsikkerhet, arbeider NorDiag kontinuerlig med å videreutvikle testen, blant annet ved implementering av nye genmarkører.

Christian Horn David Parker

NorDiag

Litteratur

1. Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH et al. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal cancer screening in an average-risk population. *N Engl J Med* 2004; 351: 2704–14.

Forsøker byråkrater i Helse Nord å lure helsemyndighetene?

Det er nå ni år siden Statens helsetilsyn kom med sine faglige krav til fødeinstitusjoner, fordi det er viktig at leger og øvrig personell får tilstrekkelig erfaring og kompetanse for å ivareta problemer omkring svangerskap og fødselshjelp på en profesjonell måte. En fødeavdeling bør derfor ha minst 400–500 fødsler per år for å få kalle seg fødeavdeling. Utvalget som vurderte saken, mente at 10–15 keisersnitt og 10–15 operative vaginale forløsninger per lege utgjør «et minimum behandlingsvolum for å opprettholde nødvendig operativ kompetanse for hver lege, og hos personalet for øvrig.»

Hålogalandssykehuset, som hører til under Helse Nord, har tre lokalsykehus med hver sin fødeavdeling: Harstad sykehus med ca. 350 fødsler per år, Stokmarknes sykehus med ca. 300 fødsler per år og Narvik sykehus med ca. 250 fødsler per år. For ikke å komme under 400 fødsler per år har man nå besluttet å skape én fødeavdeling lokalisert til tre sykehus som ligger langt fra hverandre. Plutselig har Hålogalandssykehuset fått en «fødeavdeling» med ca. 900 fødsler per år!

Som ved så mange andre tilfeller, ser byråkratene bare på tall og ikke på hva som ligger bak tallene. Å skape en artifiisiell avdeling gir ikke flere fødsler, keisersnitt eller operative vaginale fødsler per lege. Var det ikke det å opprettholde kompetanse som lå bak forslaget om et visst antall fødsler per avdeling? Man kan spørre seg om byråkratene i helseforetaket bryr seg om å opprettholde kompetanse eller om det er viktigere at tallene ser bra ut på papiret.

Hva sier Sosial- og helsedirektoratet, som har overtatt Statens helsetilsyns funksjoner på dette området, om dette tiltaket? Hvis dette ikke er juks, kan vi jo slå oss sammen med ytterligere flere småsykehus til vi får 1 500 fødsler per år, slik at vi blir en kvinneklinikk med spisskompetanse i fødselsomsorg! Finnes det noen der ute i lyset som kan gi klarhet for en gynekolog i byråkratiets mørke?

Anders Thelin

Hålogalandssykehuset Stokmarknes