

tasjoner, i 2007 vil tallet ligge på noe over 40. De aktuelle pasientene har ofte svært redusert syn, mange har også smerter, og hornhinnetransplantasjon er eneste aktuelle behandlingstilbud. I Norge gjøres inngrepet ved fire øyeavdelinger, og ventetiden er opp mot 1–2 år alle steder. Én avdeling har gitt opp å få tak i hornhinner selv og kjøper dem fra USA for rundt 10 000 kroner per stykk. Ullevål universitetssykehus har kapasitet til å fjerne køene, flaskehalsen er tilgangen på hornhinner.

Mange pårørende opplever spørsmålet om organdonasjon som tungt og vanskelig i en situasjon der de har mistet en av sine nærmeste. Usikkerhet eller tvil kan da føre til at svaret blir nei. Hvor mange har informert sine nærmeste pårørende om hva man selv ønsker hvis organdonasjon skulle bli aktuelt?

I mange land er det gjennomført nasjonale informasjonskampanjer. Spania har satset på folkeopplysning, ressurser til sykehus, donasjonsteam og medieomtale. De har i dag et godt fungerende system, også når det gjelder hornhinner. I Norge har vi forsøkt frivillige ordninger med donorkort som man legger i lommeboken, men det har vært vanskelig å få høy oppslutning.

Den beste løsningen vil trolig være et nasjonalt organdonorregister. Et slikt register vil gi informasjon om donorstatus umiddelbart, gi økt antall organer til transplantasjon og spare tid og ressurser. Registeret kan ha som utgangspunkt at alle innbyggerne i utgangspunktet er donorer, og at de som er imot donasjon av sine organer, melder fra om dette – såkalt omvendt samtykke. Alternativt kan alle innbyggere få tilsendt informasjon og skjema som må fylles ut og sendes inn. Norsk øyelegeforening mener at det første alternativet er det beste og enkleste. Forutsetningen er en opplysningskampanje i forkant. Det viktigste er å komme i gang med løsninger som monner. Øyelegeforeningen bidrar gjerne med informasjon.

**Liv Drolsum**

Ullevål universitetssykehus

**Bente Haugom**

Sykehuset Østfold Fredrikstad

## Kostbar mangel på reiseforsikring

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2007 fremheves kostnadene ved behandling i USA og hvilket godt trykkesystem vi har i Norge (1). Europeiske Reiseforsikring blir nevnt fordi den uheldige legen som ble syk i USA, ikke var blitt tilbudt forsikring hos selskapet grunnet høy alder.

Til dette er å si: Alle kunder i Europeiske kan beholde sin reiseforsikring så lenge de vil. Alderen har ingen betydning. Faktisk er

det slik at prisen er uavhengig av alder. Legen som forteller om sin opplevelse i USA som kostet ham dyrt, kan ikke ha noen eksisterende eller løpende forsikringer i Europeiske eller If. Hadde han hatt det, ville han uten problemer ha fått tegnet reiseforsikring for opphold i USA selv om han hadde fylt 75 år.

Europeiske får fra tid til annen henvendelser fra personer over 75 år som ikke tidligere har vært kunder i selskapet og som ønsker å tegne reiseforsikring. Om dette skyldes at andre forsikringselskaper har restriksjoner overfor egne kunder over 75 år, er usikkert. Når eldre over 75 år som ikke er kunder i Europeiske eller If henvender seg til oss, ber vi dem kontakte det selskapet de tidligere har vært forsikringskunde i. Vi synes ikke det er riktig at vi skal forsikre disse kundene når andre forsikringselskaper ikke lenger ønsker det pga. høy alder. Dette ville ha medført store økonomiske konsekvenser for dem som allerede har et løpende kundeforhold i Europeiske.

Artikkelen belyser på en god måte hvor kostbart relativt bagatellmessig sykdom kan bli i USA. Hvert år har Europeiske flere saker i USA med utgifter på over 1 million kroner. Skjer det noe alvorlig, er det viktig å ha en reiseforsikring som også gjelder når man når en viss alder.

**Sverre Kjølstad**

Europeiske Reiseforsikring

**Litteratur**

1. Jacobsen CD. Kostbar mangel på reiseforsikring. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2850.

## Ingen effekt av anbefalt behandling ved akutte ryggsmarter

Manipulasjon og ikke-steroidale antiinflammatoriske legemidler (NSAID) er anbefalt ved akutte ryggsmarter. En ny studie av høy metodisk kvalitet bidrar til å svekke anbefalinger gitt i nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggssmerter (1). En australsk forskergruppe randomiserte 240 pasienter til ett av fire behandlingsalternativer: NSAID-preparat, manipulasjon, NSAID-preparat pluss manipulasjon eller dobbelt placebo (2). Pasientene ble behandlet i inntil fire uker. Alle hadde fått råd av allmennlege og paracetamol før inklusjon i studien. Median tid til pasienten var smertefri varierte fra 13 til 15 dager i de fire behandlingsgruppene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til antall dager til smertefrihet eller funksjon. Etter 12 uker hadde 99 % av deltakerne ingen plager.

Resultatene er viktige, fordi både NSAID-preparater og manipulasjon inne-

bærer økte kostnader for pasientene og mulig risiko for bivirkninger. Dette er hyppig brukt behandling, og i studien er det ingen effekt utover den forventede behandlingseffekt (placebo). Resultatene bidrar også til å sette spørsmålsteget ved bruken av begreper som «mekaniske ryggsmarter» og «betennelse i ryggen».

**Jens Ivar Brox**

Rikshospitalet

**Litteratur**

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale retningslinjer for korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no [16.11.2007].
2. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 1638–43.

## Diagnostikk og kontroll ved kolorektal kreft

I Tidsskriftet nr. 21/2007 har Åse Kjellmo & Anders Drolsum en nyttig og velskrevet artikkel om diagnostikk og stadieinndeling av kolorektal kreft (1). Den tekniske utviklingen innenfor diagnostikk er overveldende og krever hyppige revisjoner eller overveielser om revisjon av våre rutiner.

Der er to postulatene i artikkelen som vi mener krever overveielse. For det første angir man at primær CT-kolografi hos pasienter der man mistenker kolorektal kreft kan være en vei å gå. Hvis denne strategien skal overveies, mener vi at man må diskutere eventuelle konsekvenser av den derav følgende forsinkelse i diagnostikken og de betydelige ekstraomkostninger en slik strategi medfører. I den artikkelen man henviser til (2), blir det jo påvist at ca. 50 % av CT-kolografier skal etterfølges av koloskopi. Dessuten angir man som et argument at CT-kolografi er koloskopi overlegen i diagnostikk av «middels store polypper» – her definert som polypper på 5–9 mm. Er det noensinne vist at diagnostikk av polypper som er mindre enn 1 cm (ofte kalt små polypper) har en helbredsmessig eller overlevelsesmessig konsekvens?

Man anbefaler at ultralydundersøkelse av lever og konvensjonell røntgen av lunger erstattes av CT-undersøkelse ved kontroll etter operasjon for kolorektal kreft på grunn av CT-undersøkelsens større sensitivitet. Men en slik anbefaling bør vel også bygge på andre faktorer, slik som konsekvenser av falskt positive resultater – dels de psykologiske, men også hva angår sykkelighet og dødelighet i kjølvannet av unødvendige behandlinger. Det er vel sannsynlig at CT-undersøkelse vil vise seg å være de tradisjonelle undersøkelser overlegen, men det må være belegg for en anbefaling om endring

av nasjonale retningslinjer. Det er oss bekjent ennå ikke vist at det gir økt overlevelse, hvilket må være den ultimate målsetting. CT-undersøkelse som metode til kontroll etter operasjon for kolorektal kreft etterprøves nettopp i disse dager i en stor, internasjonal multisenterundersøkelse. Bør man ikke avvente resultatene av denne først? Anbefalinger om endring av rutiner i diagnostikk og behandling av kreftsykdommer bør ikke bygge på pseudoendepunkter som sensitiviteten av en undersøkelse, men på en gjennomgang av alle fordeler og ulemper, og utvikles best av bredt sammensatte, multidisiplinære ekspertgrupper, som for eksempel Norsk Gastrointestinal Cancergruppe (NGICG).

**Gunnar Bastrup**  
**Rune Svensen**

Haukeland Universitetssykehus

#### Litteratur

1. Kjellmo Å, Drolsum A. Diagnostikk og stadieneinndeling av kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2824–8.
2. Ringstad G, Holmquist H, Brabrand K et al. CT-kolografi for påvisning av kreft og polypper i tykktarm. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1470–3.

#### Å. Kjellmo & A. Drolsum svarer:

Siden koloskopi er en ressurskrevende og invasiv metode, er det viktig at antallet terapeutiske prosedyrer er så høyt som mulig. Hvis antallet diagnostiske prosedyrer kan reduseres, vil kapasiteten øke og ventelistingene minske.

Pasienter med polypper er som regel asymptomatiske. Mange som henvises til koloskopi, har diffuse plager, uten at det er signifikante funn. Det er derfor viktig å ha en robust metode som kan påvise hvilke pasienter som trenger koloskopi med biopsi og terapi, slik at de ofte knappe ressursene kan utnyttes maksimalt.

Fra ACRIN 6664-studien, som inkluderte 2 531 asymptomatiske pasienter fra 15 sentre, kommer nå de første data (1). I denne studien fant de en prevalens av polypper på  $\geq 6$  mm på 8,3 %. Det betyr at 90 % av pasientene ikke trengte etterfølgende koloskopi. Studien bekrefter resultatene til Pickhardt og medarbeidere fra 2003. I en populasjon med middels risiko for kolorektal kreft fant de at 7,5 % av pasientene måtte henvises videre til koloskopi når man definerte grensestørrelsen på polyppene til 10 mm (2). Pickhardt og medarbeidere viste også i en kostnad-nytte-studie at hvis de ignorerte de miste polyppene ( $< 6$  mm), var CT-kolografi den mest kostnadseffektive og sikreste screeningmetoden (3). Vi mener derfor det ikke burde være grunn til den bekymring som forfatterne fra Bergen uttrykker når det gjelder kostnader og forsinkelser, og tror at CT-kolografi utført av spesialiserte radiologer kan bli et effektivt verktøy i diagnostikken i årene fremover.

Når det gjelder punktet om CT-undersøkelse for evaluering av metastatisk sykdom, har nok Bastrup & Svendsen misforstått oss litt. Vi har overhodet ikke snakket om kontroller og oppfølging postoperativt, men kun om den første preoperative utredningen. Her mener vi at det er svært nyttig og viktig å ha et utgangspunkt for eventuelt å kunne gå tilbake og se om et funn som dukker opp under kontrollene, har kommet til eller vokst. Denne tilnærmingen gjelder selvfølgelig pasienter hvor funn av metastatisk sykdom ville fått behandlingsmessige konsekvenser.

#### Åse Kjellmo

St. Olavs hospital

#### Anders Drolsum

Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Barnes E. ACRIN trial shows VC ready for wide-spread use. Virtual Colonoscopy. www.auntminnie.com (15.11.2007).
2. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. N Engl J Med 2003; 349: 2119–200.
3. Pickhardt PJ, Hassan C, Laghi A et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening with computed tomography colonography: the impact of not reporting diminutive lesions. Cancer 2007; 109: 2213–21.

## CT-kolografi ved screening for polypper og kreft i tarmen

I sin artikkel om forebygging og tidlig diagnostikk av kolorektal kreft i Tidsskriftet nr. 20/2007 skriver Michael Bretthauer & Geir Hoff bl.a. at funn av mange polypper ved CT-kolografi fører til en høy koloskopi-rate, noe som gjør slik screening dyrere og dermed mindre kostnadseffektiv.

I ACRIN 6664-studien fra National Institutes of Health fra 2007 har man undersøkt 2 531 asymptomatiske deltakere ved 15 sentre i USA (2). Preliminære resultater viser at prevalensen av polypper på  $\geq 6$  mm er 8,3 %. For over 90 % av pasientene var det tilstrekkelig med CT-kolografi, det var ikke behov for påfølgende koloskopi. Dette bekrefter resultatene til Pickhardt og medarbeidere, som allerede i 2003 i en screeningpopulasjon med middels risiko for kolorektal kreft fant at omtrent én av 13 pasienter (7,5 %) ville måtte henvises videre til polypppektomi når en polyppstørrelse på  $\geq 10$  mm ved CT-kolografi ble satt som terskelverdi (3). Samme gruppe har gjort en kostnad-nytte-analyse av CT-kolografi ved screening for kolorektal kreft. De fant at dersom man ignorerte de minste polyppene på  $< 6$  mm, som har et nærmest neglisjerbart malignitetspotensial, var CT-kolografi den mest kostnadseffektive og sikreste screeningmetoden (4).

Disse funnene stemmer med våre erfa-

ringer fra Ullevål universitetssykehus. Vi følger retningslinjene fra European Society of Gastrointestinal Radiology (ESGAR) og beskriver ikke polypper  $< 6$  mm. Vi mener at CT-kolografi utført av spesialiserte radiologer kan gi gevinst sammenliknet med koloskopi, både samfunnsøkonomisk og for den enkelte pasient.

#### Anders Drolsum

#### Kristin Mellingen

Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Bretthauer M, Hoff G. Forebygging og tidlig diagnostikk av kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2688–91.
2. Barnes E. ACRIN trial shows VC ready for wide-spread use. www.cshs.org/pdf/CTColon\_patientsite-54589.pdf (16.11.2007).
3. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. N Engl J Med 2003; 349: 2191–200.
4. Pickhardt PJ, Hassan C, Laghi A et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening with computed tomography colonography: the impact of not reporting diminutive lesions. Cancer 2007; 109: 2213–21.

#### M. Bretthauer & G. Hoff svarer:

Det er riktig at kolorektale polypper på  $< 6$  mm i diameter svært sjelden er maligne. Det er imidlertid galt å si at disse polyppene «har et nærmest neglisjerbart malignitetspotensial», slik Drolsum & Mellingen hevder. Den allment aksepterte adenom-karsinom-sekvensen i colon innebærer nemlig ikke bare at malignitetsrisikoen stiger med økt størrelse på adenomene, men at de aller fleste store, «sinte» adenomer utvikler seg fra små adenomer ( $< 6$  mm i diameter). Det er derfor disse små adenomene fjernes når de påvises ved endoskopi.

Førsteforfatter av to av artiklene som Drolsum & Mellingen henviser til, P.J. Pickhardt, påpeker også i en artikkel sammen med en av undertegnede (GH) at «strategier som anbefaler å fjerne kun store polypper ( $> 10$  mm) forutsetter adekvat oppfølging av pasienter med mindre polypper» (1). Og adekvat oppfølging er ifølge forfatterne gjentatte CT-kolografier annet hvert år for personer med polypper på 6–7 mm, til og med årlig ved 8–9 mm store polypper (1). Sammenliknet med koloskopiscreening, der det legges opp til tiårsintervaller eller kun én undersøkelse i løpet av livet, kan det neppe betegnes som kostnadseffektivt. Dette gjelder særlig for norske forhold, da det er funnet høyere prevalens av polypper hos norske individer (2) enn i studiene fra USA som Drolsum & Mellingen refererer til. Det eneste fornuftige, mener vi, må være å tilby individer med polypper ved CT-kolografi koloskopi og biopsiering/fjerning av polyppen(e).

Det synes merkelig at man ved innføring av en ny diagnostisk metode (CT-kolografi) finner ut at små polypper «ikke er så farlige likevel» – uten at det er noen ny kunnskap