

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-kolografer 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

om dette. Vi vil derfor fastholde vår påstand om at innføring av CT-kolografi for kolorektal cancerscreening vil generere en betydelig mengde dobbeltundersøkelser sammenliknet med koloskopi. Screening med CT-kolografi er derfor foreløpig uaktuelt som førstevalg ved screening.

**Michael Bretthauer**

Rikshospitalet

**Geir Hoff**

Sykehuset Telemark

**Litteratur**

1. Kim DH, Pickhardt PJ, Hoff G et al. Computed tomographic colonography for colorectal screening. *Endoscopy* 2007; 39: 545–9.
2. Gondal G, Grøtmo T, Hofstad B et al. The Norwegian colorectal cancer prevention (NORCCAP) screening study: baseline findings and implementations for clinical work-up in age groups 50–64 years. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 635–42.

## Nytt register for malignt melanom

En arbeidsgruppe med representanter fra Norsk melanomgruppe og Kreftregisteret har gått sammen for å opprette et nytt behandlings- og kvalitetsregister for malignt melanom. Gjennom dette registeret vil forskere lettere få oversikt over og kvalitetssikret diagnosesetting og behandling. Det vil

bli lettere å se forskjeller i behandlingspraksis og overlevelse, og en slik oversikt vil medvirke til at pasientene får best mulig behandling.

For at registeret skal bli velfungerende, er man avhengig av et godt samarbeid med alle aktuelle faggrupper. Arbeidsgruppen har laget et nytt skjema for melding av malignt melanom. Dette skjemaet vil erstatte Melding til Kreftregisteret – solide svulster (av 1.1. 2003) for denne tumorformen. Begrunnelsen er at skjemaet har vært lite egnet for malignt melanom. Flere andre krefttyper har også fått sitt eget meldingsskjema.

Det nye skjemaet foreligger i elektronisk form og er bedre tilpasset den digitale virkelighet, med menyer som aktiveres etter hvilken type melding det er snakk om. Skjemaet er også tilgjengelig på papir. Alle nye sykdomsmanifestasjoner og behandlinger skal meldes. Dette er forklart nøye i veilederen. Skjemaet er utprøvd ved flere avdelinger og kan tas i bruk fra 1.1. 2008. Hvert skjema inneholder en veiledning og en oppdatert kortversjon av TNM-klassifikasjonen for malignt melanom. I løpet av 2008 vil det bli mulig å fylle inn opplysningene rett i skjemaet og laste opp opplysningene til Kreftregisteret.

**Christian Busch**

Norsk melanomgruppe

### ■ RETTELSE

#### Endringer i antibiotikaforbruk hos barnehagebarn i Oslo

Anne-Lise Nordlie, Bjørg Marit Andersen

Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2924–6

I nr. 22/2007 s. 2925 var det feil tall i de to siste kolonnene i tabell 2. Riktig tabell skal være:

**Tabell 2** Antall og type infeksjoner hos barna i 2006 sammenliknet med 2000

Type infeksjon	År 2000 (N = 563)		År 2006 (N = 605)	
	Barn med infeksjoner n (%)	Totalt antall infeksjoner	Barn med infeksjoner n (%)	Totalt antall infeksjoner
Forkjølelse	481 (85)	1 906	519 (85)	1 914
Ørebetennelse	202 (36)	414	158 (26)	280
Halsbetennelse	149 (27)	287	145 (24)	225
Bihulebetennelse	13 (2)	14	6 (1)	7
Bronkitt	72 (13)	127	47 (8)	79
Lungebetennelse	68 (12)	82	38 (6)	44
Øyeinfeksjon	231 (41)	371	252 (42)	409
Mage-tarm-infeksjon	354 (63)	634	305 (50)	544
Sårinfeksjon	48 (9)	65	38 (6)	73
Urinveisinfeksjon			30 (5)	49
Totalt antall	548 (97)	3 900	586 (97)	3 624 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uten urinveisinfeksjoner: 3 575