

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Hepatitt C – et helseproblem også i Norge

I Tidsskriftet nr. 5/2008 har Vik og medarbeidere gitt en meget god fremstilling av problemet man står overfor med hepatitt C (1). I artikkelen hevdes det imidlertid at det foreligger indikasjon for behandling når aminotransferaser er forhøyede. Tidligere da man bare hadde anti-HCV å bygge på, var det naturlig å støtte seg på utfall av leverprøver. I dag, med økt tilgjengelighet av HCV-RNA, er det vanligere å tilby behandling selv om leverprøvene er normale, i hvert fall til yngre pasienter med hepatitt C (2, 3). Disse pasientene føler seg ofte stigmatisert og ønsker å bli kvitt infeksjonen.

Alle motiverte pasienter bør derfor bli vurdert med henblikk på behandling. Trolig var jeg den første i Norge som sluttet med å ta biopsi ved hepatitt C, da det i liten grad innvirket på indikasjonen for behandling. Dette gjelder også genotype 1. Graden av fibrose kan sannsynligvis gi en pekepinn om eventuell effekt av behandlingen, men kan ikke avgjøre om det skal gis et behandlingstilbud eller ikke. Leverbiopsi blir et forsinkende og fordyrende ledd i utredningen. Behandlingstid på 12 uker for en del pasienter med genotype 2 eller 3 reduserer kostnadene til ca. 50 000 kr, samtidig som det sparer pasientene for uker med plagsomme bivirkninger. Etter min erfaring foreligger det sjelden kontraindikasjoner. De fleste pasienter er sterkt motiverte og gjennomfører behandlingen til tross for mange bivirkninger. Av og til medfører dette dosereduksjoner, men sjelden seponering.

Ståle Ritland
Drammen

Litteratur

1. Vik ISS, Skaug K, Dalgard O et al. Hepatitt C – et helseproblem også i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 563–5.
2. Zeuzem S, Diego M, Gane E et al. Peginterferon alfa-2a (40 kilodaltons) and Ribavirin in patients with chronic hepatitis C and normal aminotransferase levels. Gastroenterol 2004; 127: 1724–32.
3. Alberti A. Towards more individualised management of hepatitis C patients with initially or persistently normal alanineaminotransferase levels. J Hepatol 2005; 42: 266–74.

O. Dalgard og medarbeidere svarer:

Vi er nok uenige med Ritland i dette. Etter vår mening bør HCV genotype 1-pasienter kun behandles når en leverbiopsi viser en viss fibroseutvikling eller betydelig inflammasjon, og genotype 2 og genotype 3 kun ved forhøyede transaminaser (1).

Ritlands anbefaling er ikke helseøkonomisk forsvarlig når det gjelder genotype 1-pasienter. Knappt halvparten av disse pasientene kan man forvente at blir virusfri etter behandling. Prisen for en kur med HCV-behandling ved genotype 1 er om lag kr 200 000, og for varig virusfrihet kr 400 000. Sykdommens naturlige forløp er det fortsatt begrenset kunnskap om, men vi antar at 10–20% vil utvikle alvorlig leversykdom (dekompensert cirrhose, hepatocellulært karsinom, leverdød eller transplantasjon), og at dette for de færreste vil skje før de fyller 60 år (2, 3). Antallet vi må behandle for å forhindre ett tilfelle av alvorlig leversykdom vil da bli 20–40 pasienter. Derfor anbefaler vi bruk av leverbiopsi for å identifisere de pasientene med HCV genotype 1 som har størst risiko for å utvikle sykdommens endestadium og som har behov for behandling.

For pasienter med HCV genotype 2 eller 3 er vi tilbøyelig til å være enig med Ritland. Selv om vedvarende normale transaminaser predikerer et godartet forløp av sykdommen, er behandlingen hos dem med genotype 2 eller 3 kortere, billigere og mer effektiv enn hos genotype 1-pasienter. Prisen for å oppnå at én pasient i denne gruppen blir varig virusfri er om lag kr 70 000 (4). Vi synes derfor det er forsvarlig å tilby disse pasientene behandling uavhengig av transaminasenivået.

Olav Dalgard
Inger Sofie Samdal Vik
Kjell Skaug
Tore W. Steen
Oslo

Litteratur

1. Vik ISS, Skaug K, Dalgard O et al. Hepatitt C – et helseproblem også i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 563–5.
2. Marcellin P, Pequignot F, Delarocque-Astagneau E et al. Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption. J Hepatol 2008; 48: 200–7.
3. Strauss R, Törner A, Duberg AS et al. Hepatocellular carcinoma and other primary liver cancers in hepatitis C patients in Sweden – a low endemic country. J Viral Hepat: e-publiseret 4.4.2008.

4. Dalgard O, Bjørø K, Ring-Larsen H et al. Pegylated interferon alfa and ribavirin for 14 versus 24 weeks in patients with hepatitis C virus genotype 2 or 3 and rapid virological response. Hepatology 2008; 47: 35–42.

Ubalansert om Iran

Den opposisjonelle eksiliraner Mahmood Amiry-Moghaddam ble intervjuet i Tidsskriftet nr. 6/2008 (1). Han uttalte seg der om menneskerettigheter i Iran og om sitt arbeid som hjerneforsker i Norge. Den første delen opptar to tredeler av intervjuet og er et sammenhengende angrep på Irans politiske system og dets myndigheter. Han skal selvsagt kunne fremme sitt syn, som sikkert deles av mange. Men noen motforestillinger må med.

Iran er i en tilstand av krig, og har vært det i mange år. Iran er i verdens uroligste hjørne og står hver dag overfor trusselen om å bli bombet, også med taktiske atomvåpen. USA bruker millioner av dollar på å undergrave det iranske styret og vil drive frem regimeendring. For å skape uro i landet støtter de iranske grupper i opposisjon og dissentergrupper blant nasjonale minoriteter med både penger og våpen. Virkeligheten blir hard og brutal og annerledes enn den vi kjenner fra vår trygge del av verden. Regimet blir derfor også hardhendt. Det er imidlertid ingen unnskyldning for overgrep. Individuelle menneskeskjebner skal trekkes frem og protester kan være berettiget. Protester har gitt resultater. Det er viktig at vi er våkne og peker på urett straks vi blir kjent med den.

Det samlede bildet av Iran er likevel mer mangfoldig enn det formidles av Amiry-Moghaddam. Det er ikke problemfritt når han i intervjuet forteller at han ble inspirert til sitt menneskerettsarbeid av eksiliranere på Karl Johan i Oslo. Disse er medlemmer av gruppen Mujahedin, som finnes på internasjonale terroristlister. Gruppen var tidligere alliert med Saddam Hussein og deltok med hans styrker i angrep på irakiske kurdere og sivile i Iran.

I en palestinsk flyktningleir i Libanon satt jeg i regnet fra israelske raketter som skulle svekke den palestinske motstandsveljen. Fra slummen i en leir på Vestbredden så jeg israelske settlere stjele palestinsk jord for å legge den innunder den israelske staten. I begge tilfeller hørtes det internasjonalt kun én røst. Det var Irans protester. Dette angår vel også spørsmålet om menneskerettigheter? Bør vi ikke kunne utvise

en viss grad av velvilje til et land som forsøker å bygge uavhengighet, med utgangspunkt i egen historie, mot stormakter og hegemonistiske stater som ønsker å underlegge seg regionen? Politisk sett ville dette være interessant – om det overhodet er en mulig tanke i dagens politiske klima.

Trond Ali Linstad
Oslo

Litteratur

1. Tveito M. På jobb for mennesket. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 722–3.

M. Amiry-Moghaddam svarer:

I dette innlegget forsøker Trond Ali Linstad å tegne et offerbilde av regimet i Iran. Selv det iranske presteregimet ville ha blitt overrasket over den sjenerøse, men virkelighetsfjerne omtalen de får av Linstad. Virkeligheten er nemlig en annen.

I fravær av folkelig støtte har regimet ingen stabilitet eller fremtid. Derfor må de bygge sitt styre på terror og undertrykkelse. For å fjerne oppmerksomheten fra indre problemer spiller regimets ledere på det palestinske og det irakiske folks lidelser. De bryr seg imidlertid verken om irakere eller palestinere. Det er mye som tyder på at den iranske revolusjonsgarden står bak mange av terrorbombene i Irak, der hovedofrene er uskyldige irakiske sivile. Regimet i Iran er også den største motstanderen av fred i Palestina. Derfor har de siden begynnelsen av 1980-årene støttet de mest ekstreme krefte i Midtøsten for å bekjempe ethvert forsøk på å skape fred. For hva skal Ahmadinejad og Khamenei snakke om dersom det blir en fredelig løsning på Palestina-konflikten?

Det er sant, slik Linstad skriver, at regimet i Iran er i en krigstilstand. Men krigen utspiller seg mellom det iranske folket på den ene siden og presteregimet på den andre. Iran er det landet i verden hvor flest mindreårige får dødsstraff. Minst ti mindreårige ble henrettet i 2007, og over 90 mindreårige sitter i fengsel i påvente av dødsstraff. 16 år gamle Atefeh Rajabi ble hengt i sentrum av en by nord i Iran dømt for umoralske handlinger. Dommeren selv satte løkken rundt halsen hennes mens hun gråt og ba om tilgivelse. Den samme dommeren ble senere forfremmet til en høyere stilling i Irans rettsvesen. Regimet i Iran praktiserer fortsatt middelaldermetoder som steining og amputasjoner. Alt dette for å spre frykt i en befolkning som ønsker en tilværelse der grunnleggende menneskerettigheter ivaretas. Studentaktivister kastes i fengsel og tortureres for å komme med «tilståelser» om forbindelser med fremmede land. Kvinner utsettes for kjønnsapartheid. Det står skrevet i presteregimets lover at kvinner som ikke dekker seg etter deres regler, skal piskes opptil 74 ganger! Overnevnte illustrerer eksempler på overgrep regimet begår i sin «krig» mot det

iranske folk. Verdenssamfunnet prioriterer dessverre sine økonomiske forbindelser med regimet fremfor menneskerettigheter. Dette er med på å forlenge livet til et regime som hører middelalderen til.

Mahmood Amiry-Moghaddam
Oslo

Dårlig kvalitet på strimmelundersøkelser

En gang i året sender Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) ut kontrollmateriale til urinstrimmel. Vi har ved flere utsendelser sett at komponentene protein og nitritt har gitt uventede resultater. Kontrollmaterialet er basert på naturlig urin med visse tilsetninger (produsent SERO, Oslo). Fasitverdi er etablert på bakgrunn av tilsetning av kjent mengde analytt (nitritt) eller analysesvar fra Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland Universitetssykehus og SERO (protein). Vi har sett på resultatene fra de fire siste årenes utsendelser, med henholdsvis 1 938 og 2 028 deltakere og en svarprosent på 84 og 91. Tre produkter dominerer markedet: Aution Sticks fra Arkrey, Combur-Test fra Roche Diagnostics og Multistix fra Siemens.

For nitritt: Combur-Test fra Roche Diagnostics avlest visuelt er for sensitiv. Hele 43 % oppga positivt svar ved en konsentrasjon på 4 µmol/l, som er nedenfor medisinsk grense (7 µmol/l). Combur-Test fra Roche Diagnostics avlest med Urilux S eller Urisys 1100 er for lite sensitiv. Ved medisinsk grense (7 µmol/l) ble henholdsvis 2 % og 20 % avlest som positive svar. Ved konfirmeringsgrensen (laveste verdi der så godt som alle avlesninger skal bli positive) oppgitt fra produsent, 11 og 17 µmol/l for henholdsvis Urilux S og Urisys 1100, ble 15 % og 70 % avlest som positive svar.

For protein: Multistix fra Siemens avleses generelt for høyt, og instrumentell avlesning er dårligere enn visuell. Avlest visuelt ga denne 49 % positivt utslag på kontroller der proteinverdier var negative. Ved kontroller som teoretisk skal gi positivt utslag, ble det avlest minst én verdi for høyt i 28–65 % av tilfellene for henholdsvis 1+, 2+ og 3+. Multistix fra Siemens avlest med Clinitek Status eller Clinitek 50 ga 26 % positivt utslag på kontroller som var negative på protein. Kontroller som teoretisk skal gi utslag på 1+, 2+ eller 3+, ble avlest minst én verdi for høyt i 93–99 % av tilfellene.

Vi ber klinikere ta høyde for dette ved sine tolkinger av analyseresultater.

Berit Oddny Riksheim
Wenche Sletbakk Vie
Nina Gade Christensen
Kristin Moberg Aakre
Sverre Sandberg
NOKLUS