

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.

Dermoidcysten fra Innset

Ernst Bjerke tar i Tidsskriftet nr. 24/2007 – julenummeret – frem en interessant kasuistikk fra vår norske medisinske historie (1). Det dreier seg om et av Norges få beskrevne tilfeller av litopedion – steinbarn. Historien er interessant i et samfunnsmedisinsk og historisk perspektiv; en kvinne går syk i ti år uten legetilsyn. Det er «kloke koner» og ektemann som står for undersøkelse og behandling, og en skoginspektør fører journalen. Hva skjer så når datidens medisinske går møter nåtidens tidsskriftredaksjoner?

I en leder i det samme nummer av Tidsskriftet skriver medisinsk redaktør Erlend Hem at Bjerkes artikkel «viser hvordan ordningen med ekstern fagfelleevaluering fungerer på sitt beste» (2). Som medlemmer av den utvidede krets av eksterne fagfeller tillater vi oss å spørre: Er historien om et sjeldent steinbarn egentlig beskrivelsen av en vanlig dermoidcyste? Tenner, hår, talg og knokkelvev er typisk innhold i en slik cyste. Dermoidcyster kan vokse til de fyller hele abdomen og kan gi amenoré. Derfor er det ikke rart at man ut fra datidens medisinske viten mente at kvinnen fra Innset var gravid. De involverte den gang visste nok heller ikke at fostre normalt bare har anlegg for 20 tenner og ikke 29, som var det antallet tenner man plukket ut av kvinnens mage.

Kanskje tar vi feil – kanskje var dette et steinbarn. Steinbarn er imidlertid særdeles sjeldent, mens dermoidcyster er relativt hyppig forekommende. Vi våger dermed påstanden om at Tidsskriftet her har tenkt sebra når de hører klaprende hover. Kanskje er vi gledesdrepere, men vi tror det er en hest.

Torben Ianssen
Hans Ivar Hanevik
Sykehuset Telemark

Litteratur

1. Bjerke E. Et «tiaarigt Svangerskab». Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3249–53.
2. Hem E. Steinbarnet fra Innset. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3191.

Et «tiaarigt Svangerskab»?

Det er interessant å lese livshistorier og sykehistorier fra tidligere tider. De hadde svært lite å hjelpe seg med når det gjelder behandling og ikke minst diagnostikk. Den aktuelle sykehistorien til Randi Jonsdatter

som Bjerke forteller om i Tidsskriftet nr. 24/2007 (1), kan forklares like godt med at dette dreier seg om en noe hurtigvoksende ovarial tumor av typen modent teratom, også kalt dermoidcyste. Innholdet som kom ut av ekspansjonen forklares svært godt med et modent teratom, som er kjent for å inneholde hår, skjelettdele, tenner, fett og cystevæske (2). Dette er også en vanlig forekommende benign tumor. Ved bildediagnostikk ser vi regelmessig at store ovariale ekspansjoner ligger an mot fremre bukvegg, og et traume mot bukveggen kan tenkes å gi perforasjon og tilgang til tumorinnhold gjennom bukveggen.

Anne Thora Grammeltvedt

Klinikk for bildediagnostikk
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Bjerke E. Et «tiaarigt svangerskab». Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3249–53.
2. McGinnis JP, Parham DM. Mandibe-like structure with teeth in an ovarian cystic teratoma. Oral Surg Oral Med Oral Patol 1978; 45: 104–6.

E. Bjerke svarer:

Som historiker har det vært svært givende å oppleve prosessen rundt publisering av en artikkel i Tidsskriftet. Den har gjort arbeidet med teksten om «et tiaarigt Svangerskab» til noe ganske annet enn historikerens vanligvis ensomme arbeid. Dessuten bidrar de etterfølgende reaksjonene til å utdype forståelsen av tverrfaglighetens problematikk.

Min hensikt har ikke vært å skape sensasjon, men å se nærmere på et bestemt sykdomstilfelle som i sin tid vakte forbauselse. Hva slags forestillinger gjorde man seg dengang om uvanlige medisinske hendelser? Hvordan ble de behandlet – både i medisinsk og overført betydning?

I de to innleggene om artikkelen hevdes det at sykdomsforløpet, slik det presenteres i kildene, trolig beskriver en langt vanligere tilstand, dermoidcyste eller teratom, enn den sjeldne tilstanden litopedion. Frekvensen av tilfeller er imidlertid ikke avgjørende for diagnostiseringen av det enkelte. En sebra omgitt av hester er likefullt en sebra. Og skal man forholde seg til denne argumentasjonen, må man også ta i betraktning hvor ofte dermoide cyster ledsages av amenoré, som ikke nødvendigvis var det eneste graviditetssymptomet Randi Jonsdatter opplevde. Det kan vi ikke vite. Hertil

kommer en viss kildemessig usikkerhet knyttet til antallet tenner.

Argumentasjonen i innleggene er likevel overbevisende, og man må slutte at kildene ikke gir tilstrekkelig grunnlag for definitivt å hevde det ene fremfor det andre. Når jeg har valgt å betrakte dette som et tilfelle av steinbarn, skyldes det at kildene selv ikke ga rimelig grunn til å betvile at seksbarnsmoren av erfaring selv kunne avgjøre om hun var «frugtsommelig». Om jeg leser innleggene riktig, er det avgjørende diagnostiske spørsmålet hvorvidt Randi Jonsdatter faktisk var gravid, eller om en dermoidcyste ble oppfattet som en graviditet. Ved å stille dette spørsmålet supplerer medisinen historien og introduserer nye opplysninger av betydning for kildekritikken.

Spørsmålet om Randi Jonsdatter er et tilfelle der medisinsk diagnostikk og historisk metode møtes og utfordrer hverandre. Historisk sett er det av underordnet betydning om vi har å gjøre med et steinbarn eller en cyste. Personene i dette dramaet var i egne øyne vitner til «et tiaarigt Svangerskab»; endog til en bustein. Fra et medisinsk-diagnostisk ståsted er spørsmålet derimot avgjørende, men pga. kildenes beskaffenhet må Randi Jonsdatters diagnose foreløpig forbli et åpent spørsmål. Tilfellet viser likevel hvordan forskjeller i fagforståelse og metode i møte med hverandre kan peke på nye problemer så vel som nye løsninger og dermed skape et mer nyansert bilde av virkeligheten.

Ernst Bjerke

Senter for teknologi, innovasjon og kultur
Universitetet i Oslo

E. Hem & P.E. Børdahl svarer:

Fra Randi Jonsdatters sår over navlen kom det ut blod, tynn og tykk materie, tenner, tannanlegg og deler av en knokkel. Er det mulig 200 år senere å avgjøre hvorvidt dette var et steinbarn eller representerte innholdet i en dermoidcyste?

Det som umiddelbart taler for at det var en dermoidcyste er antallet tenner, 29 er for mange hos et foster, men ikke i en cyste. I eldre litteratur er 300 tannanlegg beskrevet i samme cyste (1). Beskrivelsen av tannanleggene, noen hele tenner, andre dråpeformede, gjør imidlertid antallet nok ikke skal tillegges for stor vekt. Størrelsen taler også for at dette var en dermoidcyste. De fleste beskrevne steinbarn er resultat

av tubare eller abdominale svangerskap, og de vil derfor ofte være mindre enn store ovariecyster (2). Men også steinbarn kan få en betydelig størrelse (3). Ingerslev beskriver et tilfelle fra 1563 der kvinnen etter fem års sykehistorie skal ha utstøtt 71 knokler. I et annet (1658) var steinbarnet så stort som hodet på et fire år gammelt barn (4). Det kunne også tilkomme infeksjon. Fra andre historiske beretninger kjenner vi til at dermoidcyster har vokst sammen med fremre bukvegg og rumpert ved ytre skade, som i historien fra Innset. Gebhard beskriver hvordan cystene var særlig utsatt for infeksjon. Hårene kunne vokse gjennom kapselen, gi opphav til fremmedlegemeperitonitt, vokse inn i og gjennom peritoneum og inn i tarm og urinblære (5).

Moderne diagnostikk og mulighet for legekontakt gjør at folk ikke lenger ligger til sengs to år etter at de trodde de skulle føde. Det er i 1800- og det tidlige 1900-talls faglitteratur at man finner beskrevet de monstrøse former av både litopedion (3, 6) og dermoidcyster (1, 5). I moderne litteratur beskrives sjelden et sykdomsforløp uten medisinsk innblanding, slik vi har her. Randi Jonsdatter hadde vært gravid fem ganger tidligere. Vi vet ikke hva hun denne gangen stilte egendiagnosen på, men det er grunn til å tro at det var mer enn magens størrelse og amenoreen, begge deler kan forklare av cysten. Men svangerskap, som hun kjente godt, følges gjerne av andre tegn og symptomer. Uavhengig av den endelige diagnosen forteller historien mye om endringene i vårt samfunn på mindre enn 200 år. Om de klaprende hover i dette tilfellet var hest eller sebra, vil vi aldri få svar på.

For ordens skyld: Per E. Børdahl var ikke fagvurderer for Bjerkes artikkel.

Erlend Hem
Tidsskriftet

Per E. Børdahl
Kvinnelinkken
Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Faure J-L, Siredey A. *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*. 3. utg. Paris: Doin, 1923: 1079.
2. Stoeckel W. *Lehrbuch der Geburtshilfe*. Jena: Gustav Fischer, 1920: 714, 757.
3. Veit J. *Die extrauterinschwangerschaft*. I: Döderlein A. *Handbuch der Geburtshilfe*. Bd. 2. Wiesbaden: Bergmann, 1916: 376-7.
4. Ingerslev E. *Fragmenter af Fødselshjælpens historie*. Bd. 2. København: Gyldendalske Boghandel, 1907: 331.
5. Gebhard C. *Die Krankheiten der Ovarien*. Neubildungen. I: Küstner O, red. *Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie*. 2. utg. Jena: Gustav Fischer, 1904: 323-4.
6. Küchenmeister F. *Ueber Lithopäden*. *Arch Gynaekol* 1881; 17: 153-252.

Nyttig gentest for arvelig laktasemangel

Laktasemangel er enten arvelig betinget eller opptrer sekundært til annen tarm-sykdom. Nylig ble det påvist en DNA-variant (-13910 C > T i MCM6-genet) som er koblet til arvelig laktasemangel (1). Nils Reinton og medarbeidere publiserte i *Tidsskriftet* nr. 23/2007 sine erfaringer med en test for denne genvarianten (2). Som referansemetode for laktasemangel benyttet de laktosebelastning med måling av glukoseøkning i blod. Dette er en mindre pålitelig metode, som angitt av forfatterne, siden blod-glukosenivået påvirkes av forhold uten relasjon til laktasemangel. Ikke uventet fant de en forholdsvis beskjeden nytteverdi av gentesten, den egnet seg bare som supplement til tradisjonelle metoder for påvisning av laktasemangel.

Ved Ullevål universitetssykehus har vi vurdert en gentest for laktasemangel opp mot pusteprobe (3) og måling av laktaseaktivitet i tynntarmsslimhinne etter biopsi (4). Våre erfaringer med gentesten er klart mer positive. Vi inkluderte 119 voksne pasienter som i løpet av 17 måneder ble henvist til Gastromedisinsk poliklinikk for abdominalplager forenlig med laktasemangel. Gentesten, med en metode utviklet lokalt, ble utført hos alle. Pusteprobe ble utført hos 82 og histologiske undersøkelser hos 54 pasienter.

Av 15 pasienter med C/C-varianten, som er koblet til arvelig laktasemangel (1), hadde 14 patologisk pusteprobe. Den 15. pasienten var fra Thailand, der over 90 % av innbyggerne har C/C-varianten og mange har melkeintoleransebetinget laktasemangel. Ved histologisk prøve ble det påvist laktasemangel hos fire av sju undersøkte pasienter. De tre resterende pasientene, med histologisk påvisbar laktaseaktivitet, hadde alle patologisk pusteprobe. Samlet mener vi derfor at alle med C/C-varianten hadde en sannsynlig laktasemangel. Hos C/T- og T/T-pasienter var pusteproven normal hos 56 av 67 undersøkte, og histologisk prøve normal hos 45 av 47 undersøkte. Tarmsykdom ble funnet hos fire av de 11 pasientene med patologisk pusteprobe og hos begge pasienter med histologisk redusert laktasekonsentrasjon. Alle histologisk undersøkte C/T- og T/T-pasienter hadde laktaseaktivitet i tynntarmsslimhinne. Arvelig laktasemangel uten relasjon til C/C-varianten må derfor være sjeldent.

Vi mener at gentesten kan brukes som enestest der man ønsker å påvise eller utelukke arvelig laktasemangel. En av de øvrige funksjonelle undersøkelsesmetoder bør brukes der man mistenker sekundær laktasemangel, og hvor man ønsker å påvise og eventuelt utrede med henblikk på tarm-sykdom som kan ha gitt slik mangel. Gentesten er mest nyttig hos personer av nord-

europisk opprinnelse. Hos personer av asiatisk og afrikansk opprinnelse er den mindre nyttig, fordi nesten alle disse har C/C-varianten og derfor er disponert for arvelig laktasemangel.

Petter Urdal
Olav Sandstad
Else Marit Løberg
Kari Bente Foss Haug
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Rasinperä H, Savilahti E, Enattah NS et al. A genetic test which can be used to diagnose adult-type hypolactasia in children. *Gut* 2004; 53: 1571-6.
2. Reinton N, Buchmann M, Moghaddam A. Evaluering av gentest for laktasemangel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3057-60.
3. Veligati LN, Treem WR, Sullivan B et al. Delta 10 ppm versus delta 20 ppm: a reappraisal of diagnostic criteria for breath hydrogen testing in children. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 758-61.
4. Vatn M, Myren J, Serck-Hanssen A. En sammenligning mellom absorpsjon av laktose, laktaseaktivitet og histologiske forandringer i blinde tynntarmsbiopsier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1977; 97: 388-9.

Den europeiske medisinske forskningen styrkes

European Medical Research Councils (EMRC) er medlemsorganisasjonen for alle europeiske medisinske forskningsråd, bl.a. Norges forskningsråd. EMRC er en del av European Science Foundation (ESF) i Strasbourg, en samarbeidsorganisasjon med 75 medlemsorganisasjoner fra 30 europeiske land (1). Målet for EMRC er å fremme innovativ medisinsk forskning for klinisk anvendelse og gi forskningspolitiske råd til beslutningstakere på vegne av medlemsorganisasjonene og det europeiske forskersamfunnet. I desember 2007 publiserte rådet et såkalt «white paper» med tittelen *Present status and future strategy for medical research in Europe*. Strategien skal styrke og forbedre europeisk medisinsk forskning for å bidra til velferd og bedre helsetilbud.

Europa og verden for øvrig opplever raske samfunnsendringer med globalisering, nye og smittsomme infeksjonssykdommer, endrede sykdomsmønstre som f.eks. behandlingsresistent tuberkulose, raske og dramatiske klimaendringer og endret demografi med aldrende befolkning. Dette danner bakteppe for strategien, som fremhever at økt satsing på medisinsk forskning er helt avgjørende for å kunne møte disse utfordringene. I tillegg slås et slag for betydningen av ny medisinsk kunnskap når europeisk medisinsk næringsvirksomhet skal vitaliseres. Hovedmålet er å styrke både basal og klinisk medisinsk forskning, ikke minst translasjonsforskningen, som bringer kunnskap fra den basale forskningen over til klinisk praksis og vice versa. Samarbeid, tverrfaglighet og