

HPV-testing ved Stavanger universitetssjukehus

Vi ønsker med dette å komme med en korreksjon til Steinar Sørbyes presentasjon i nr. 18/2010 (1) av egen artikkel om HPV-test (2). I innlegget kan man få inntrykk av at mRNA-testen (PreTect HPV-Proofer fra NorChip) som brukes ved Universitetssykehuset Nord-Norge, også er etablert som en diagnostisk test ved Stavanger universitetssjukehus. Dette er ikke tilfellet. Metoden er blitt tatt i bruk for et forskningsprosjekt, men er ikke i bruk for rutinetesting.

I januar 2010 startet vi et «HPV-metode-evalueringsprosjekt» der vi vil sammenlikne den kliniske spesifisiteten og sensitiviteten av to DNA-tester og to mRNA-tester. I denne sammenlikningen inngår også PreTect HPV-Proofer fra NorChip. I likhet med firmaene for de andre metodene som er med i prosjektet, har vi i prøveperioden lånt et instrument og fått dekt reagensutgifter av Norchip.

Resultatene fra denne sammenlikningen er ikke ferdig, og vi synes det er uheldig dersom våre andre samarbeidspartnere skal få inntrykk av at vi har tatt et standpunkt og etablert en av metodene på det nåværende tidspunkt.

Irene T. Øvestad
Emiel Janssen
Kjell Kjellekvold
Jan Baak

Stavanger universitetssjukehus

Litteratur

1. Sørbye S. Mer treffsikker HPV-test. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1801.
2. Sørbye S. HPV mRNA test in women with minor cervical lesions; experience of the University Hospital of North Norway. J Virol Methods 2010, doi: 10.1016/j.jviromet.2010.07.011.

Grove faktafeil i Tidsskriftet

I Tidsskriftet nr. 18/2010 hevder gjesteskribenten Hans-Erik Dyvik Husby at foreningen ADHD Norge får mye av sin økonomiske støtte fra produsentene av Ritalin, Concerta og Strattera, og at organisasjonen Citizens Commission on Human Rights (CCHR), som Husby representerer, kontinuerlig er i kontakt med politi, fagmiljø og medier for å belyse dette forholdet (1).

ADHD Norge er ikke prinsipiell motstander av å motta sponsorinntekter, heller ikke fra legemiddelindustrien. Men det har aldri vært snakk om store beløp. I 2009 fikk

vi kr 0, i 2008 fikk vi kr 320 000 og i 2007 kr 10 000. Vårt totale budsjett/inntekter ligger på ca. kr 11 000 000 per år. Samlet for disse årene har vi mottatt støtte i størrelsesorden 1 % av våre samlede inntekter.

Det er med en viss undring jeg konstaterer at Tidsskriftet formidler svært feil opplysninger om ADHD Norge, og det fra en person som bekjenner seg til Citizens Commission on Human Rights. På organisasjonens egen hjemmeside står det nemlig følgende: «CCHR was co-founded in 1969 by the Church of Scientology and Professor of Psychiatry Emeritus Dr. Thomas Szasz at a time when patients were being warehoused in institutions and stripped of all constitutional, civil and human rights» (2).

Det er fortsatt med samme undring jeg da konstaterer at Tidsskriftet, som viser både til Redaktørplakaten og Vær varsom-plakaten, ikke etterlever sitt presseetiske fundament ved å la ADHD Norge få balansere bildet slik det beskrives i Vær varsom-plakaten punkt 4.14:

«4.14. De som utsettes for sterke beskyldninger skal såvidt mulig ha adgang til samtidig imøtegåelse av faktiske opplysninger. Debatt, kritikk og nyhetsformidling må ikke hindres ved at parter ikke er villig til å uttale seg eller medvirke til debatt.» Når Tidsskriftet ikke ga mulighet for denne korreksjonen i nummeret der de gale påstandene ble frem satt, er jeg likevel tilfreds med at min tilbakemelding til redaksjonen formidles i ettertid.

Tor Eikeland
ADHD Norge

Litteratur

1. Husby HD. Gjøkungen i medisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1892.
2. The Citizens Commission on Human Rights. www.cchr.org/about-us/what-is-cchr.html [19.10.2010].

Prinsene fra Serendip og medisinske gjennombrudd

Et gammelt persisk eventyr om de tre prinsene fra Serendip (persisk for Sri Lanka) forteller blant annet hvordan de tre brødrene er i stand til å beskrive en enøyd og halt kamel som mangler en tann og bærer en gravid kvinne, ennskjønt de ikke har sett kamelen og kun baserer seg på spor der den har gått. Fortellingen ga opphav til det engelske ordet «serendipity» – evnen til å gjøre en ny oppdagelse mens man

egentlig er opptatt av noen annet. Mange mener at nettopp «serendipity» er en viktig komponent i mange vitenskapelige oppdagelser og gjennombrudd.

I Tidsskriftet nr. 18/2010 beskrives, illustrert av en kasuistikk, behandling av infantile hemangiomer med propranolol (1). Den første beskrivelsen av denne behandlingen er bare to år gammel (2) og er et morsomt eksempel nettopp på «serendipity». Tilfeldighetenes spill ville det slik at barn som fikk propranolol for sin hjertelidelse også hadde hemangiom. Kort tid etter at behandlingen var startet, observerte man begynnende involusjon av hemangiomet. Her ligger etter min oppfatning «lærepengen» for mange av oss. Det er fort gjort å avvise slike observasjoner som tilfeldige og på den måten gå glipp av viktig erkjennelse. Oppdagelsen av fototerapi som virksom behandling for gulsott hos nyfødte tilskrives en observant engelsk sykepleier som la merke til at et ikterisk barn som hadde vært eksponert for skarpt sollys hadde gulere hud under bleien enn på lyseksposerte områder. Hvor mange hadde observert det samme fenomenet før, men likevel ikke undret seg over det?

Kunnskapsbasert medisin er uten tvil et av de aller største metodologiske gjennombruddene i moderne tid. Men når den omtales, kan man av og til få inntrykk av at alle andre tilnærminger til kunnskapssøken er sekunda vare. Derfor bør historien om hemangiomene og propranolol være en påminnelse om at det fortsatt er rom for observante leger med undrende sinn. Utvilsomt ligger det fortsatt mange uoppdagede kunnskapsskatter og venter på vitenskapens Espen Askeladd.

Thor Willy Ruud Hansen
Oslo

Litteratur

1. Guldbakke KK, Rørdam O-M, Huld-Neystrom T et al. Behandling av infantilt hemangiom med propranolol. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1822–4.
2. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T et al. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. N Engl J Med 2008; 358: 2649–51.

Syfilis og transfusjon

I Tidsskriftet nr. 8/2010 omtalte Jenum og medarbeidere en hendelse der syfilis ble påvist hos en etablert norsk blodgiver da denne byttet blodbank (1). Alle gjeldende rutiner for syfilistesting var fulgt. Et ekspertutvalg under Helsedirektoratet har vurdert

om tilfellet gir grunnlag for endrede rutiner for syfilistesting av blodgivere og har konkludert med ikke å anbefale endringer. Dette innebærer at blodgivere bare testes for syfilis ved registrering som ny giver. Retesting skjer bare hvis giveren flytter til en annen blodbank og blir nyregistrert der.

I artikkelen angis det at blodbanken som giveren forlot (Blodbank B), testet hele giverkorpset for syfilis som følge av det inntrufne og at man ikke fant smittsom syfilis blant giverne. Undersøkelsen ble oversendt Helsedirektoratet og var tilgjengelig for ekspertutvalget og forfatterne. Den er også publisert som kongressreferat (2). Dessverre ble ikke Blodbank B informert om at artikkelen (1) var under skriving, og den fikk derfor ikke anledning til å informere om at det i korpset ble funnet en giver med spor etter syfilis. Det refereres heller ikke at Blodbank B anbefalte endring av gjeldende rutiner for syfilistesting. Den anbefalte å innføre rutinemessig retesting av givere som har vært fraværende fra givning mer enn seks måneder, tilsvarende rutinen som gjelder for testing på antistoff mot hepatitt B-kjerneantigen. Da vil man ha større sjanse for å fange opp givere som er blitt syfilissmittet og har holdt seg unna givning en tid fordi de har erkjent at de har vært i en smitterisikosituasjon. Vi vil likevel påpeke at selv ved tapping av smittsom giver er overføring av syfilis svært lite sannsynlig (1).

Syfilistesting er billig og en endring som anbefalt av Blodbank B, vil gi liten utgiftsøkning for blodbankene. Samlet sett bør Blodbank Bs anbefaling tas opp til ny realitetsvurdering. Verdens helseorganisasjon anbefaler testing for syfilis ved hver givning (3), mens Europarådsguiden (4) og den norske blodforskriften ikke har krav om testing (5).

Hans Erik Heier

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Pål A. Jenum

Vestre Viken HF

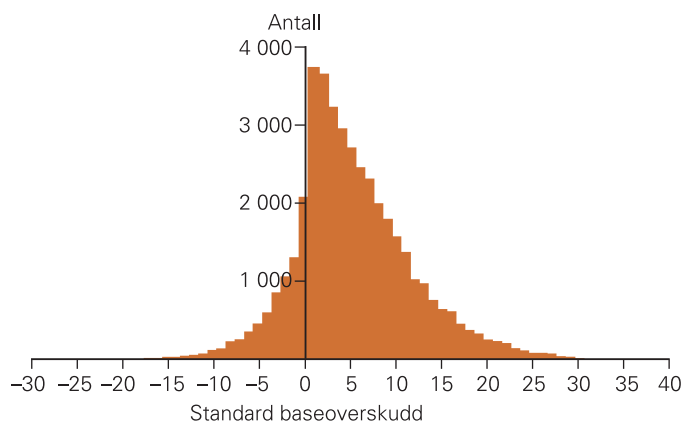
Litteratur

1. Jenum PA, Flesland Ø, Blystad H et al. Syfilis og blodtransfusjon. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 839–41.
2. Grosz D, Hetland G, Skar AG et al. Retesting Oslo blood donors for syphilis. Vox Sang 2009; 96 [suppl 1]: 98.
3. World Health Organization. Screening donated blood for transfusion-transmissible infections. Recommendations. Genève: World Health Organization, 2009.
4. The European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. Guide to the preparation, use, and quality assurance of blood components. 15 utg. Strasbourg: EDQM, 2010: 128, 291–2.
5. Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (Blodforskriften). § 3-9. http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20050204-0080.html&emne=blodforskrift*& (19.10.2010).

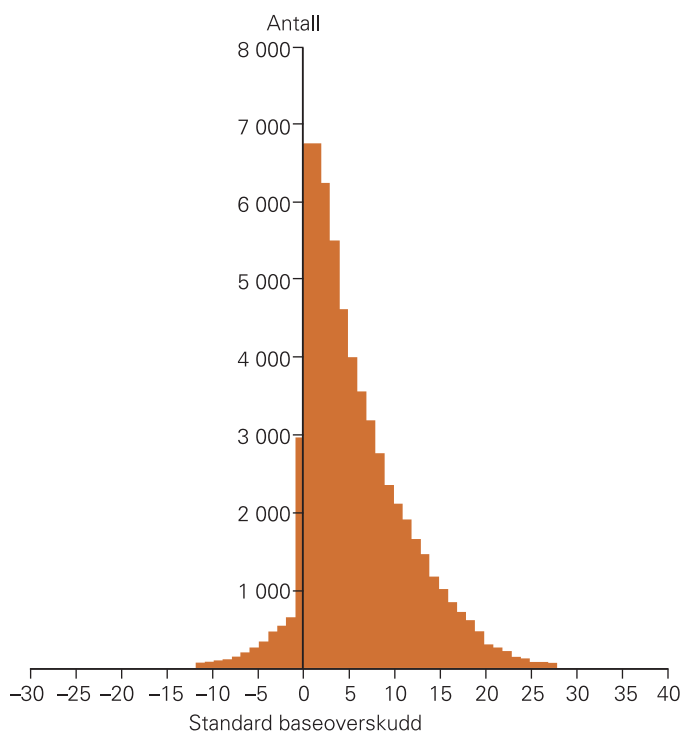
Alkalose, ikke acidose hos intensivpasienter

I Tidsskriftet nr. 15/2010 presenteres en god oversikt over syre-base-forstyrrelser hos intensivpasienter (1). Jeg stusser imidlertid over hovedbudskapet i faktarammen. Etter min og andres oppfatning er det ikke metabolsk acidose, men metabolsk *alkalose* som er den vanligste syre-base-forstyrrelse hos intensivpasienter (2, 3). Lavt albuminnivå pga. kapillær lekkasje og klortap etter diuretika bidrar ofte (4). Jeg har hentet ut anonyme laboratoriedata fra helseinforma-

sjonssystemet DIPS ved hjelp av databaseprogrammet Qlikview (5) og laget frekvenshistogram (fig 1, fig 2). Frekvenshistogram over 22 583 standardbaseoverskudd målt ved Nordlandssykehusets intensivavdeling de siste tre år viser at alkalose med positivt baseoverskudd dominerer (fig 1). Oversikten gjelder absolutt alle pasienter det tas syre-base-prøver av. Hos de dårligste pasientene tas det flere prøver per pasient, ca. 5–20 per døgn de første døgnene. Da er pasientene oftere acidotiske, så om det er en skjevhet (bias), er den mot acidose. Likevel viser figurene solid alka-



Figur 1 Frekvenshistogram. Antall syre-base-prøver fra intensivavdelingen de tre siste år (N = 22 583) fordelt etter standard baseoverskudd



Figur 2 Frekvenshistogram. Antall syre-base-prøver fra medisinsk intensivavdeling de siste 19 år (N = 60 787) fordelt etter standard baseoverskudd