

testen ikke risikoen, slik som forespeilt.» Uttalelsen er direkte misvisende. Her må man sammenlikne med det som er dagens situasjon med bruk av KUB-test. Gitt alderssammensetningen i den populasjonen som i dag tilbys KUB-test (median alder 38 år (2)), forventer man at 10–15% tester positivt for trisomi 21 med dagens beslutningsgrense (3). Disse får tilbud om invasiv diagnostikk. De aller fleste av disse fostrene vil være friske, dvs. resultatet av KUB-testen er falskt positivt.

Dagens test har altså svært lav positiv prediktiv verdi. Dersom man i stedet tilbyr NIPT til de samme kvinnene, vil man få langt færre med positivt testresultat, dvs. at behovet for risikabel, invasiv testing vil bli mindre og antallet friske fostre som skades som følge av diagnostikken vil reduseres. Det er således «uetisk» å avvise NIPT til dette formålet. Til andre formål må testen vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Universitetssykehuset Nord-Norge har søkt om å få bruke NIPT i nøyaktig samme populasjon av gravide kvinner som i dag tilbys KUB-test. Avgjørelsen om at vi i det hele tatt skal lete etter fostre med trisomi ble tatt for ca. 30 år siden. Det er en viktig, men en helt annen diskusjon. Den må vi ikke blande sammen med om vi skal bruke den testen som er best til formålet.

Gunhild Garmo Hov

gunhild.garmo.hov@stolav.no

Arne Åsberg

Ketil Thorstensen

Gunhild Garmo Hov (f. 1978) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Hun er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Arne Åsberg (f. 1951) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Ketil Thorstensen (f. 1957) er ph.d., sivilingeniør og biokjemiker ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Litteratur

- Hofmann B. Forbedret fosterdiagnostikk? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2336.
- Årsrapport 2012. Fosterdiagnostikk. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
- Spencer K. Age related detection and false positive rates when screening for Down's syndrome in the first trimester using fetal nuchal translucency and maternal serum free betahCG and PAPP-A. BJOG 2001; 108: 1043–6.

Dette er en revidert versjon av debatten, publisert på nett 5.12. 2013.

<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>

B. Hofmann svarer:

Gunhild Garmo Hov og medarbeidere prøver å gi inntrykk av at jeg er upresis og kommer med misvisende uttalelser.

Jeg støtter deres oppfordring om å skille mellom «ikke-invasiv prenatal testing» og «ikke-invasiv prenatal diagnostikk». Selv brukte jeg «ikke-invasiv prenatal diagnostisk test» om den konkrete diagnostiske testen som Universitetssykehuset Nord-Norge har søkt Helsedirektoratet om å få bruke. I lederen diskuterer jeg også muligheten av å bruke metoden til andre diagnostiske tester.

Videre mener Hov og medarbeidere at det er misvisende å hevde at ikke-invasiv prenatal testing ikke vil redusere risikoen, som forespeilt. Deres kommentar viser at de forutsetter det som skal vises, altså et såkalt *petitio principii*, en slutningsfeil. De hevder at dersom «man i stedet [for KUB] tilbyr NIPT til de samme kvinnene, vil man få langt færre med positivt testresultat» og at det «er således «uetisk» å avvise NIPT til dette formålet». Ett av poengene i lederen er at vi (ennå) ikke kjenner de prediktive verdiene til NIPT og derfor ikke kan fastslå, slik som Hov og medarbeidere gjør,

at «behovet for risikabel, invasiv testing vil bli mindre, og antallet friske fostre som skades som følge av diagnostikken vil reduseres». Det er derfor man har bedt Kunnskapssenteret om en fullstendig metodevurdering, slik jeg skriver i lederen.

Det er selvsagt viktig å klargjøre terminologien og unngå slutningsfeil, men i lederen forsøker jeg å sette søkelyset på de etiske utfordringene. Vi må ikke bli så opptatt av å gjøre tingene rett at vi glemmer å spørre oss selv om vi gjør de rette tingene.

Hov og medarbeidere er også redde for en åpen diskusjon om hvorfor vi skal søke (og fjerne) fostre med Downs syndrom. Den beslutningen ble tatt for 30 år siden, hevder de. Men de husker begrunnelsen? Er den gyldig for «en ny og bedre teknologi»? Har vi gode argumenter, har vi ingenting å frykte. Da tør vi diskutere både test og formål.

Bjørn Hofmann

bjoern.hofmann@hig.no

Bjørn M. Hofmann (f. 1964) er professor i medisinsk etikk ved Høgskolen i Gjøvik og ved Universitetet i Oslo. Han forsker og underviser i medisinsk filosofi, vitenskapsteori og etikk.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten publisert på nett 6.12. 2013.

<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>

Presisering

Bjørn Hofmann påstår vi har basert vår konklusjon på ukjente størrelser. Det har vi ikke gjort. Med dagens beslutningsgrense har KUB-testen en sensitivitet på ca. 95% og en spesifisitet på ca. 85–90%, mens tilsvarende tall for NIPT er ca. 98% og 99,5% (1).

Gitt en prevalens på 0,5% vil KUB-test gi 100–149 falskt positive resultater per 1 000 testede kvinner, mot bare fem falskt positive resultater ved bruk av NIPT. Antall sant positive resultater blir ca. 5 i begge tilfeller. Noen av NIPT-resultatene vil sannsynligvis være inkonklusive (anslagsvis 4%).

Selv om man skulle velge å tilby invasiv diagnostikk også til kvinner med inkonklusive resultater, vil forventet antall invasive prosedyrer bli lavere med bruk av NIPT enn med bruk av KUB-test. Eksakt kunnskap om disse forholdene finner vi først dersom testen valideres i den populasjonen den er tenkt brukt.

Vi er på ingen måte redde for en åpen diskusjon om formålet med testen og mener, som sagt, at nettopp det må ligge til grunn for alle diagnostiske tester.

Gunhild Garmo Hov

gunhild.garmo.hov@stolav.no

Arne Åsberg

Ketil Thorstensen

Gunhild Garmo Hov (f. 1978) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Hun er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Arne Åsberg (f. 1951) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Ketil Thorstensen (f. 1957) er ph.d., sivilingeniør og biokjemiker ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Litteratur

- Morain S, Greene MF, Mello MM. A new era in noninvasive prenatal testing. N Engl J Med 2013; 369: 499–501.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 19.12. 2013.

<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>

>>>