

og Statens pensjonskasse spare betydelige beløp på ordningen, mens taperen er pensjonisten. Ved mitt engasjement i fem måneder slipper KLP å betale min tjenestepensjon, de får 2 % av min lønnsinntekt, 13 % av min lønn fra Sykehuset Østfold – til sammen utgjør dette mer enn de 300 000 kronene jeg antydte i mitt innlegg. Som om ikke dette var nok, har jeg fått vite av en kollega at forventet levetid er flere år høyere enn antydte, da jeg er ikke-røyker og hører til sosialklasse 1.

Vi må nå legge et politisk press på vår nye regjering slik at disse urimelighetene opphører. Dette må også være en fanesak for Eldre lægers forening – opphør av autorisasjon ved 75 år er en viktig sak, men ikke glem økonomien!

#### Leif E. Wille

leif.wille@so-hf.no

Leif E. Wille (f. 1944) er pensjonert overlege, Sykehuset Østfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 19.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3081186/>

## Virker solkrem mot sin hensikt?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 20/2103 påpeker Geisler og medarbeidere at malignt melanom er åttedoblet siden Kreftregisteret ble opprettet i 1952 (1). De gjengir Kreftforeningens solvettregler, som anbefaler solkrem med minst faktor 15. Men i løpet av de samme 50 årene er stadig mer effektive solkremer tatt i bruk, og allikevel er altså forekomsten økende. Rådene om måtehold og solforbrenning er ganske godt kjent i befolkningen, men resultatene fra Kreftregisteret kan indikere at rådene ikke er korrekte. Det synes ikke å være sikker sammenheng mellom dose og respons når det gjelder soling. Bruk av høy solfaktor innebærer at man kan oppholde seg i sterk sol mange flere timer enn man kunne i 1950-årene, og antall soltimer er derfor kanskje viktigere enn overdose av UV-bestråling. For alle som bor eller har bodd i Nord-Norge, er det neppe noen nyhet at solskade er vanskelig å pådra seg på disse breddegradene.

#### Oddmund Suhrke

oddmund.suhrke@arendal.kommune.no

Oddmund Suhrke (f. 1953) er kommunelege i Arendal kommune. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Geisler J, Bachmann IM, Nyakas M et al. Malignt melanom – diagnostikk, behandling og oppfølging i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2154–8.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 30.10.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3082712/>

## Norsk Melanom Gruppe (NMG) svarer:

Medlemmene i Norsk Melanom Gruppe takker kommuneoverlege Oddmund Suhrke for en relevant kommentar. Vi er enige med Suhrke i at bruk av solkrem i enkelte tilfeller muligens kan virke mot sin hensikt dersom resultatet i praksis blir en betydelig forlenget eksponering for UV-stråling. På den andre siden foreligger det en prospektiv studie som kan tyde på at regelmessig bruk av solkrem (solfaktor 16) kan forebygge utvikling av maligne melanomer (1).

Dessverre er det ikke lenger slik at høye rater av maligne melanomer er forbeholdt Sørøst-Norge. De siste årene har f.eks. Trøndelagsfylkene hatt en svært høy økning av maligne melanomer som ikke kan forklares med sterk trøndersol alene, men må ses i sammenheng med endrede reisevaner etc.

Vi mener at det ikke er grunn til å tvile på at Kreftforeningens solvettregler er korrekte, men dessverre er det slik at ikke alle følger reglene til enhver tid. Her kommer solvettreglene én gang til: Ta pauser fra solen, f.eks. mellom kl. 12 og 15 – unngå å bli solbrent. Bruk klær, hatt og solbriller. Bruk solkrem med minst faktor 15, og unngå solarium (solarium frarådes for alle under 18 år).

#### Jürgen Geisler

juergen.geisler@medisin.uio.no

Jürgen Geisler (f. 1963) er kontaktperson for NMG, spesialist i onkologi og stråleterapi ved Akershus universitetssykehus og professor i onkologi ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Green AC, Williams GM, Logan V et al. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. J Clin Oncol 2011; 29: 257–63.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 5.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3082712/>

## Melanomdiagnostikk



I Tidsskriftet nr. 20/2013 står det en interessant oversiktsartikkel basert på oppdatert kunnskap om diagnostikk, behandling og oppfølging av malignt melanom (1). Hovedbudskapet er at det per i dag ikke eksisterer annen kurativ behandling enn kirurgi – både når det gjelder primærtumor og ved metastatisk sykdom, men at både lokal og generell cytostatikabehandling og strålebehandling kan stabilisere sykdommen i kortere perioder. I artikkelen henviser forfatterne til det nasjonale handlingsprogrammet for maligne melanomer, utgitt av Helsedirektoratet i 2011, men verken der eller i oversiktsartikkelen nevnes ultralyd som et nyttig verktøy i primærdiagnostikken av maligne melanomer.

Man vet at ca. 15 % av pasientene med kutane melanomer debuterer med metastatisk sykdom. Dette kan være satellitter (tumorer eller knuter < 2 cm fra primærtumor), in transit-metastaser (tumorer eller knuter i hud eller underhud >2 cm fra primærtumor, men innenfor området for regionale lymfeknuter), regionale lymfeknutemetastaser, fjerne metastaser, en kombinasjon av disse, eller kun metastaser uten synlig primærtumor. Ved overfladisk tumor uten ulcerasjon er det liten fare for at det allerede ved debut foreligger spredning, mens spredningsfaren absolutt er til stede ved ulcerasjon, uansett tumortykkelse. Det samme gjelder nodulære melanomer som man vet metastaserer tidlig.

I dag er det etter vår erfaring mulig å påvise helt ned til under 1 mm store subkutane satellitter og in transit-metastaser ved bruk av høyfrekvent (15–18 MHz) ultralyd, men i artikkelen nevner ikke forfatterne ultralyd som et nyttig verktøy med henblikk på diagnostikk av slik spredning i lokalområdet.

De presiserer i artikkelen at korrekt kirurgisk prosedyre er ekstremt viktig for kurativ behandling. Det er vi veldig enig i. Vi er også enig i at primæreksisjon av overfladiske melanomer uten ulcerasjon godt kan foretas i primærhelsetjenesten uten supplerende undersøkelser, siden det er svært liten fare for at det allerede foreligger spredning. Hvis det imidlertid ved inspeksjon foreligger et melanom med ulcerasjon eller en nodulær tumor, eller histopatologisk vurdering av fjernet tumor viser at det er nødvendig med utvidet eksisjon, mener vi at det for eksisjon bør gjøres ultralydundersøkelse av lokalområdet for eventuelt å påvise satellitter eller in transit-metastaser. Gir ultralyd mistanke om dette, bør pasienten henvises direkte til kirurgisk avdeling som opererer pasienter med malignt melanom.

>>>

I forbindelse med vaktpostlymfeknuteundersøkelse ved ekstremitetsmelanomer (sentinel node procedure) skriver forfatterne at aksille eller lyske bør undersøkes med ultralyd. Vi mener at det ikke er godt nok. Både primærtumors lokalområde, den regionale lymfeknutestasjonen og området mellom disse bør undersøkes, eventuelt supplert med ultralydveiledet cytologisk biopsi (FNAC) ved mistanke om metastaser.

Først når ultralyd tas med i utredningen av maligne melanomer hvor det allerede ved debut foreligger fare for spredning, har kirurgen de beste forutsetningene for å utføre en mest mulig korrekt kirurgisk prosedyre, hvilket gjør det potensielt mulig å helbrede pasienten.

#### Arne Heilo

*aheilo@hotmail.no*

#### Olav Inge Håskjold

Arne Heilo (f. 1946) er pensjonert overlege ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Inge Håskjold (f. 1962) er overlege ved Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

- Geisler J, Bachmann IM, Nyakas M et al. Malignt melanom – diagnostikk, behandling og oppfølging i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2154–8.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 1.11. 2013.*

<http://tidsskriftet.no/article/3082712/>

#### Norsk Melanom Gruppe (NMG) svarer:

Kommentaren skrevet av Heilo & Håskjold berører ett av mange viktige, men hittil ubesvarte spørsmål: Hvor mye diagnostikk er nødvendig og tilstrekkelig for pasienter med maligne melanomer?

Ultralydundersøkelser blir allerede i dag brukt som et ledd i diagnostikken av maligne melanomer og virker lovende i noen situasjoner. Imidlertid stiller man i dag høye krav til nye medikamenter, og omfattende dokumentasjon fra store kliniske studier er nødvendig mens man ser på kost-nytte-verdien etc.

Vi i Norsk Melanom Gruppe mener at nye diagnostiske muligheter er viktige og burde utvikles og evalueres på like fot med nye medikamenter før disse anbefales til alle pasienter med maligne melanomer, f.eks. i våre nasjonale anbefalinger. Kliniske studier som avklarer nytteverdien av f.eks. høyfrekvente ultralydundersøkelser – innflytelse på residivrisikoen eller totaloverlevelsen – ønskes derfor velkommen!

#### Jürgen Geisler

*juergen.geisler@medisin.uio.no*

Jürgen Geisler (f. 1963) er kontaktperson for NMG, spesialist i onkologi og stråleterapi ved Akershus universitetssykehus og professor i onkologi ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 8.11. 2013.*

<http://tidsskriftet.no/article/3082712/>