

Re: Brakyterapi av malignt melanom i øyet

Jeg leste med interesse artikkelen *Brakyterapi av malignt melanom i øyet* av forfattere fra Haukeland universitetssykehus (1).

Forfatterne skriver at hvis svulsten er for stor eller innbefatter synsnerven, kan det være nødvendig å fjerne øyet. Protonterapi er en «ny» og kostbar form for ekstern stråleterapi som gir økt mulighet til å skåne normalt vev og samtidig øke stråledosen til tumor. Protonterapi tilbys en rekke steder i verden, men tyngdepunktet er i USA. Ved behandling av malignt melanom i øyet har protonterapi en rolle mellom brakyterapi og kirurgi (2, 3). Ved bruk av protonterapi kan man unngå å fjerne øyet, noe som er av stor kosmetisk betydning.

Det er planlagt et protonterapitilbud på Vestlandet innen noen år (4).

Einar Dale

einar.dale@ous-hf.no

Einar Dale (f. 1972) er overlege ved Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Krohn J, Dahl O, Nybø T et al. Brakyterapi av malignt melanom i øyet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 529.
2. Krefte i auget og strålebehandling – Helse Bergen. www.helse-bergen.no/kreftiaugget (1.11.2013).
3. Stannard C, Sauerwein W, Maree G et al. Radiotherapy for ocular tumours. Eye (Lond) 2013; 27: 119–27.
4. Bergen får nytt kreftsentor. Bergens Tidende. 3.9.2013. http://bt.no/nyheter/lokalt/Bergen-far-nytt-kreftsentor-2959308.html (20.3.2014).

J. Krohn og medarbeidere svarer:

Vi takker overlege Einar Dale for relevante kommentarer til vår kasuistikk. Det finnes en rekke behandlingsmetoder for uvealt malignt melanom: både kirurgi (tumorreseksjon eller enukleasjon) og ulike former for strålebehandling. Ved episkleral brakyterapi av store svulster benyttes radioaktivt jod (I-125) som strålekilde. Ved svulster som affiserer synsnerven, har vi mulighet for å utføre brakyterapi med stråleplater hvor det er laget en utsparring for selve nerven.

Både protonterapi og stereotaktisk gammabestråling (strålekniv) er alternative strålemodaliteter for behandling av store øyemelano-mer. Selv om episkleral brakyterapi er den behandlingen som er best dokumentert og mest benyttet internasjonalt, har protonterapi også en plass i behandlingen av øyesvulster (1).

Når det gjelder det planlagte protonterapisenteret på Vestlandet, arbeider vi for at dette også skal utstyres for behandling av øyesvulster. Vi håper da å kunne tilby protonstråling til utvalgte pasienter med uvealt malignt melanom og andre former for intraokulære svulster.

Jørgen Krohn

jorgen.krohn@helse-bergen.no

Olav Dahl

Tone Nybø

Bård Kjersem

Jørgen Krohn (f. 1959) er spesialist i øyesykdommer, overlege ved Øyeavdelingen, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Dahl (f. 1948) er spesialist i onkologi, overlege ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tone Nybø (f. 1974) er medisinsk fysiker ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bård Kjersem (f. 1955) er fotografmester og medisinsk fotograf ved Øyeavdelingen, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Krefte i auget og strålebehandling – Helse Bergen. www.helse-bergen.no/kreftiaugget (1.11.2013).

Re: Begrenset malignitetsutredning ved idiopatisk venøs trombose

Lungekreft er den kreftformen i Norge som tar flest liv (1). En vesentlig årsak til dette er at lungekreft oppdages så sent at to av tre pasienter er inkurabel på diagnosetidspunktet. Man må anta at en del av disse kunne fått kurativ behandling om kreftsykdommen var blitt oppdaget tidligere.

I Tidsskriftet nr. 4/2014 viser Semb & Tveit at begrenset malignitetsutredning kan avdekke kreft hos ca. 10 % i et pasientmateriale med idiopatisk venøs trombose (2). Hyppigst var lungekreft, som ble funnet hos 10 av 499 pasienter (2 %). I artikkelen er det beskrevet tre pasienter som utviklet kreft det påfølgende året etter tromboseepisoden, uten at dette ble diagnostisert ved den initiale utredningen. Det oppgis ikke hvilke kreftformer dette var. Ved den begrensede utredningen ble det tatt røntgen thorax hos dem som ikke hadde fått utført CT thorax som en del av den primære utredningen.

Røntgen thorax har vesentlige svakheter som lav sensitivitet for påvisning av små svulster, men også hyppige falske positive funn. CT thorax har vesentlig høyere sensitivitet og spesifisitet, men er hittil brukt bare i begrenset grad i primærutredning fordi tilgjengeligheten har vært begrenset, undersøkelsen er ansett å være ressurskrevende, og det er betenkeligheter når det gjelder stråledosen undersøkelsen påfører pasienten.

Den teknologiske utviklingen har imidlertid medført at man nå kan utføre CT-undersøkelse av lungene med en stråledose som er marginalt høyere enn den for røntgen thorax. Pasientgruppen som artikkelen omhandler, har en median alder på 75 år og vil neppe utvikle strålerelatert kreftsykdom selv ved normaldose CT, som gir en effektiv dose på omkring 10 mSv (3). Risiko for stråleindusert kreft faller raskt med økende alder. Ifølge risikoestimatene til International Commission on Radiological Protection (ICRP) tilsvarende 10 mSv en livstidstilleggsrisiko for å utvikle kreft på 0,065 % for pasienter i alderen 40–49 år, 0,042 % for dem mellom 60–69 år og 0,01 % for dem mellom 80–89 år (4).

Til forskjell fra normaldose CT vil lavdoseundersøkelsene gi dårlig fremstilling av mediastinum, og granskningen er derfor hovedsakelig begrenset til lungeparenkymet.

Utfordringen med CT thorax er at undersøkelsen er så følsom at det hos mange pasienter, særlig eldre, kan påvises små lesjoner som med høy sannsynlighet er benigne. Det er i oppfølgingen av funn som ikke er entydig benigne, merkostnaden ligger. Dette er prisen man må betale hvis man vil påvise lungekreft mens sykdommen fremdeles er kurabel. Samtidig er det grunn til å tro at økende volum av slike CT-undersøkelser vil gi økt kompetanse hos radiologene. Per i dag er det ingen annen metode enn CT som gir pålitelig fremstilling av lungekreft i tidlig stadium. Etter vår mening bør man vurdere å erstatte røntgen med CT ved thoraxundersøkelser av risikopopulasjoner som den som er presentert av Semb & Tveit.

Georg Mynarek

georg.mynarek@rikshospitalet.no

Trond Mogens Aaløkken

Anne Catrine T. Martinsen

Odd Terje Brustugun

Georg Mynarek (f. 1961) er indremedisiner og thoraxradiolog og overlege ved Radiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>

Trond Mogens Aaløkken (f. 1957) er thoraxradiolog og overlege ved Radiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Catrine T. Martinsen (f. 1974) er fysiker og seksjonsleder på Intervensjonsenteret, Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis på Fysisk institutt, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Odd Terje Brustugun (f. 1970) er onkolog og overlege ved Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kreftregisteret. <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (17.3.2014).
2. Semb VB, Tveit A. Begrenset malignitetsutredning ved idiopatisk venøs trombose. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 407–11.
3. Widmark A, Friberg EG. Veileder om representative doser for røntgenundersøkelser. Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling. Veileder nr. 5b. Østerås: Statens strålevern, 2007.
4. Balonov MI, Shrimpton PC. Effective dose and risks from medical X-ray procedures. Ann ICRP 2012; 41: 129–41.

Re: Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket

Problemet som forfatteren tar opp i denne artikkelen (1) er dessverre ikke begrenset til kun afasi og hjerneslag. Ikke bare slagpasienter får afasi, men også bl.a. pasienter med hodeskader og

neurodegenerative sykdommer (2). Sykdommer og skader i sentralnervesystemet kan dessuten gi dysartri og dysfagi, som logoped også behandler (3).

De som lever med afasi utgjør dermed kun en andel av det totale antallet voksne personer med ervervede skader og behov for logoped, og for noen grupper haster det kanskje enda mer med å få tilstrekkelig intensiv og kontinuerlig oppfølging enn for dem med afasi alene.

Helsevesenet må ha totalansvaret for oppfølging av alle med ervervede skader, slik at tilbudets kontinuitet og pasientens verdighet sikres.

Martin Brierley

marbi@lds.no

Martin Brierley (f. 1977) er logoped ved Lovisenberg diakonale sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Becker F. Afasi – når systemet svikter minst like mye som språket. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 390–1.
2. Hinckley JJ, Bartels-Tobin L. Assessment of aphasia. I: Johnson AF, Jacobson BH. Medical speech-language pathology. New York, NY: Thieme, 2007.
3. Apel K, Bartolotta TE, Brickell AA et al. Scope of practice in speech-language pathology. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) 2007. <http://asha.org/policy/SP2007-00283/> (1.4.2014).