

Antibiotikabehandling av hyppige cystitter hos kvinner

I en nylig publisert artikkel fra USA har man evaluert egenbehandling av residiverende, ukompliserte cystitter hos kvinner (1). Kvinner med minst to cystittepisoder de siste 12 måneder ble inkludert i en ukontrollert, prospektiv studie. Pasientene ble utstyrt med ofloksacin eller levofloksacin tablett til tre dagers behandling om symptomer på cystitt skulle oppstå. Resultatene viser at kvinnene hadde høy treffsikkerhet for diagnosen, de var fornøyd med å kunne starte behandlingen selv, behandlingen var effektiv og den hadde få bivirkninger.

Forfatterne konkluderer med at det å utstyre yngre kvinner med residiverende, ukomplisert cystitt med tablett til egenbehandling, er en gjennomførbar og trygg strategi. I en parallell artikkel konkluderes det med at denne strategien reduserer forbruket av antibiotika i forhold til kontinuerlig langtidsprofylakse, men at valg av antibiotikum må treffes i forhold til aktuelle resistensforhold lokalt (2). Bør disse resultatene føre til endringer i måten vi håndterer akutte, ukompliserte urinveisinfeksjoner på i Norge?

Egenomsorg i form av medikamentell behandling av plager og sykdommer er en viktig del av helserelatert atferd. For mange mindre alvorlige plager har det vært oppmuntret til slik egenomsorg gjennom nasjonal politikk ved reseptfrie medikamenter. Når det gjelder kroniske sykdommer som diabetes og astma er det for lengst blitt vanlig at pasientene overvåker sin sykdom, og tilpasser sin medikamentelle behandling til den aktuelle situasjon. Men da snakker vi om sikre diagnoser og om endringer i et ellers utprøvd medikamentregime. Det er imidlertid vanskeligere å tenke seg egenbestemt antibiotikabehandling av infeksjonssykdommer. Tvert imot har man vært opp-tatt av overbehandling av luftveisinfeksjoner, og press fra pasienter for å få forskrevet antibiotika er vel kjent.

Hyppig residiverende blærekatarr hos ellers friske kvinner har vært et unntak, også i norske retningslinjer. Norsk legemiddel-håndbok har siden 1992 foreslått at kvinner med slike infeksjoner kan utstyres med medikamenter for selvbehandling under forutsetning av at de er tilstrekkelig informert, og en oversiktsartikkel og senere retningslinjer publisert i Tidsskriftet har støttet denne holdningen (3, 4).

Hyppige cystitter er vanlig, og 6% av alle voksne kvinner vil til enhver tid ha hatt tre eller flere episoder siste året (3). Hyppige cystitter er også et betydelig problem for kvinnene som er plaget av dette, og medfører redusert livskvalitet på linje med andre kroniske sykdommer (5). Dermed vil både forebyggende tiltak og rask behandling kun-

ne være av stor betydning for disse kvinne-ne. Samtidig er kontinuerlig antibiotikaproy-fylakse av en så stor del av befolkningen uhensiktsmessig med tanke på bakteriell resistensutvikling.

Andre alternativer bør forsøkes først. Forebyggende råd som å late vannet ved behov og tømme blæren etter samleie er til en viss grad dokumentert (3). Daglig inntak av tranebærsaft reduserer forekomsten av cystitt (6). En kontrollert studie har sammenlik-net kontinuerlig antibiotikaproyfylakse med pasientadministrert endosebehandling med trimetoprim-sulfa (7). Også denne studien viste at kvinnene nesten alltid var i stand til å stille korrekt diagnose på grunnlag av sine symptomer, og egenbehandlingen var effektiv og sikker. Dermed kan kontinuerlig anti-biotikaproyfylakse og tilhørende resistensutvikling unngås for de fleste kvinner med hyppig ukomplisert cystitt.

Det er grunn til å understreke at både de norske forfatterne og den amerikanske studien bare anbefaler slik egenbehandling til kvinner med hyppig ukomplisert cystitt. Det er snakk om hyppige reinfeksjoner hos voksne ellers friske kvinner som ikke er gra-vide, og som ikke har kjente anomalier eller sykdommer i urinveiene (4, 8). Eldre kvin-ner, og kvinner med ikke-typiske cystittepi-soder eller mistanke om pyelonefritt er unntatt. De aller fleste kvinner som kommer til allmennpraktiker med urinveisinfeksjon har akutt ukomplisert cystitt. Kvinner med hyppig residiverende cystitt betraktes som å ha hyppige, enkeltstående episoder med ukom-plisert cystitt, og disse kan så behandles på pasientens egen indikasjon, etter informa-sjon, instruksjon og reseptforskrivning av den faste legen. Anbefalt behandlingsslengde er fra endose til tre dager med relevant anti-biotikum, tilpasset lokale resistensforhold.

Vi synes behandling av ukompliserte cystitter med fluorokinoloner er lite aktuelt i Norge. Norske mikrobiologiske laboratorier har riktignok rapportert en viss resistensutvikling overfor vanlige antibiotika brukt i behandlingen av cystitt. Disse rapportene baserer seg imidlertid på urin fra spesielle pasienter i allmennpraksis, og vil kunne angi høyere forekomst av resistens enn hva som er tilfelle i befolkningen. En norsk studie viser at bakterier som gir cystitt hos kvinner som søker allmennpraktiker, fremdeles er tilfredsstillende følsomme for de vanlige ak-tuelle antimikrobielle midlene, som trimeto-prim, pivmecillinam og nitrofurantoin (9). Fluorokinoloner bør reserveres for alvorli-gere infeksjoner. Et unødvendig overfor-bruk ved banale infeksjoner vil kunne resul-tere i en uønsket resistensutvikling, slik vi har sett det i andre land (2). Det bør foretas

regelmessige overvåkingsstudier av resis-tensforholdene i norsk allmennpraksis, ikke bare med henblikk på innsendte prøver av selekterte pasienter. Norsk overvåkingssys-tem for resistens hos mikrober (NORM) er tiltenkt denne oppgaven (10).

Anders Bærheim

anders.baerheim@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
5009 Bergen

Signe Flottorp

signe.flottorp@samfunnsmed.uio.no
Seksjon for helsestjenesteforskning
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Steinar Hunskaar

steinar.hunskar@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
5009 Bergen

Anders Bærheim (f. 1948), Signe Flottorp (f. 1954) og Steinar Hunskaar (f. 1956) har bidratt til økt kunnskap om diagnostikk, behandling og forebygging av akutt ukomplisert cystitt hos voksne kvinner gjennom egen forskning, publikasjoner og formidlingsvirksomhet.

Litteratur

1. Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. *Ann Intern Med* 2001; 135: 9–16.
2. Gupta K, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Ann Intern Med* 2001; 135: 41–50.
3. Bærheim A, Hunskaar S. Profylakse ved hyppig cystitt hos ellers friske kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 841–3.
4. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland L. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos voksne kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1748–53.
5. Ellis AK, Verma S. Quality of life in women with urinary tract infections: is benign a misnomer? *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 392–7.
6. Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, Pokka T, Koskela M, Uhari M. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. *BMJ* 2001; 322: 1571–3.
7. Wong ES, McKeivitt M, Running K, Counts GW, Turck M, Stamm WE. Management of recurrent urinary tract infection with patient-administered single-dose therapy. *Ann Intern Med* 1985; 102: 302–7.
8. Bærheim A, Hunskaar S. Nyere synspunkter på ukomplisert cystitt i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1304–7.
9. Bærheim A, Digranes Ø, Hunskaar S. Are resistance patterns in uropathogens published by microbiological laboratories valid for general practice? *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand* 1999; 107: 676–80.
10. Hareide B, Aavitsland P, Høiby EA. Plan for å motvirke antibiotikaresistens. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1999.