

I tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet omtales henholdsvis infeksjoner med gruppe A-streptokokker (GAS) (1), bakteriell meningitt (2) og infeksøs endokarditt (3). Både alvorlige infeksjoner med gruppe A-streptokokker og sykdom med meningokokker gruppe B har i vår tid opptrådt med en uforklarlig høy insidens i Norge (4, 5). Infeksøs endokarditt har alltid vært en av medisinske diagnostiske kameleoner, særlig i sin klassiske form (endocarditis lenta) som riktignok sees relativt sjeldnere nå enn tidligere. De tre omtalte infeksjonssykdommer er i sine alvorligste former livstruende eller kan gi betydelig sekvele.

Prognosen ved mange alvorlige infeksjonssykdommer kan endre seg når pasientene hyppigere enn tidligere er eldre, har flere sykdommer, kan ha implanterte fremmedlegemer og kan være immunsvekket grunnet bruk av mange medikamenter (multifarmasi). Dette gjør korrekt diagnose, adekvat mikrobiologisk prøvetaking, et rasjonelt valg av antibiotika og tett klinisk oppfølging enda viktigere enn før.

Svært alvorlige tilfeller av GAS-infeksjon, meningitt og endokarditt kjennetegnes av raskt innsettende immunologiske kaskader og affeksjon av vitale organer. Tidsfaktoren er derfor avgjørende: en hurtig og riktig samhandling mellom primærlegen og vakthavende sykehuslege er trolig en viktig prognostisk faktor. De mest fulminante infeksjonene oppstår utenfor sykehus. Oppslag i mediene om feilaktig eller forsinket diagnose ved «smittsom hjernehinnebetennelse» med septiske forløp – og i de senere år også infeksjoner med den «kjøttetende» bakterien (nekrotiserende fasciitt) – er i tabloid fremstilling egnet til å skremme publikum. Slike oppslag gir den medisinske førstelinjetjenesten en rekke «unødige» henvendelser. Den virkelig syke pasienten blir derved enda vanskeligere å oppdage i en travelt legevakt. Dette er en utfordring like mye for journalister som for leger.

I artikkelen om alvorlige infeksjoner med gruppe A-streptokokker (1) fremholdes det at erysipelas og nekrotiserende fasciitt er to forskjellige sykdomsbilder som trolig ikke representerer noe continuum. Nekrotiserende fasciitt var lite kjent for ti år siden. Det synes nå å være en tendens til at pasienter med en klassisk erysipelas som har utviklet seg over flere dager, blir utsatt for unødige mengder antibiotika og hyppige anmodninger om kirurgisk tilsyn. Klinisk oppmerksomhet er svært ønskelig, men må ledsages av teoretisk viten. Artikkelen av Julia Chel-

son & Alfred Halstensen (1) anbefales derfor til alle leger som behandler pasienter med akutt somatisk sykdom.

Mens gruppe A-streptokokker har vært bemerkelsesverdig følsomme for penicillin, er det grunn til bekymring over utviklingen av resistens for mange av de bakteriene som kan gi meningitt og endokarditt. Antibiotikabehandlingen ved disse tilstandene kan være komplisert nok selv under de gunstige resistensforhold vi har i Norge, noe som fremgår av artiklene til Steinar Skrede og medarbeidere (2) og Haakon Sjørnsen (3). I mange land utenfor Norden må en empirisk behandling ikke bare rette seg etter hvilken type bakterie som antas å foreligge, men også etter de lokale resistensforhold. Dette medfører økt bruk av avanserte antibiotika, noe som på sin side fremmer ytterligere resistensutvikling. Bruk av nye medikamenter i behandling av alvorlig, multiresistent bakterieinfeksjon rapporteres nå regelmessig i utenlandske tidsskrifter (6).

Sjørnsen (3) diskuterer grundig de ulike behandlingsoptimaliteter for streptokokk- og enterokokkendokarditt ved varierende resistens mot penicillin. Denne problemstillingen vil mange land med høy forekomst av særlige resistensproblemer, slik som infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker, vankomycinresistente entereokokker og bakterier som produserer betalaktamase med utvidet spektrum, misunne oss. Norge er nå godt i gang med en nasjonal monitorering av antibiotikaresistens (7). Like viktig er gode retningslinjer for bruk av antibiotika i norske sykehus. En slik håndbok i lommen på assistentlegen og turnuslegen kan bidra til å forebygge misbruk av antibiotika i sykehus (8). Så kan man være enig eller uenig om det er riktig å anbefale tredjegenerasjonskefalosporiner eller kloramfenikol gitt i kombinasjon med penicillin ved voksenmeningitt av ukjent etiologi der infeksjonen er oppstått i Norge (2, 8). Dette og liknende spørsmål er relevante i fagmiljøet når man diskuterer behandlingseffekt avhengig av medikamentenes farmakokinetikk og virkningsmekanismer. Økologisk sett er dette likevel av underordnet betydning. Overforbruk av medikamenter, feil indikasjonstilling, feil dosering og antibiotikabehandling «for sikkerhets skyld» er langt viktigere.

Jon Birger Haug

jbhau@c2i.net

Seksjon for infeksjonssykdommer
Medisinsk avdeling
Sykehuset Østfold
1603 Fredrikstad

Litteratur

1. Chelsom J, Halstensen A. Infeksjoner med gruppe A-streptokokker i hud, bløtdeler og blod. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3310–4.
2. Skrede S, Sjørnsen H, Solberg CO. Behandling av akutt bakteriell meningitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3306–9.
3. Sjørnsen, H. Antibiotikabehandling av infeksøs endokarditt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3300–5.
4. Hasseltvedt V, Høiby EA. Svært høy forekomst av alvorlig invasiv GAS-sykdom i 1998 og hittil i 1999. MSIS-rapport 1999; 27: 12.
5. Iversen BG, Caugant DA, Frøholm LO. Meningokokksykdom i Norge 1999. MSIS-rapport 2000; 28: 22.
6. Babcock HM, Ritchie DJ, Christiansen E, Starlin R, Little R, Stanley S. Successful treatment of vancomycin-resistant Enterococcus endocarditis with oral linezolid. Clin Infect Dis 2001; 32: 1373–5.
7. Aavitsland P, Lystad A. Norsk overvåkings-system for resistens hos mikrober (NORM). MSIS-rapport 1998; 26: 8.
8. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. 1. oppl. IK-2737. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.

Jon Birger Haug (f. 1957) er spesialist i infeksjonssykdommer, seksjonsoverlege og smittevernoverlege ved Sykehuset Østfold. Han er leder for Norsk forum for sykehushygiene og har publisert klinisk forskning om sepsis og endokarditt.