

Førskolebarn er hyppig utsatt for sykdom, og om lag halvparten av disse sykdomsepisodene fører til kontakt med lege

Feber hos barn – venn eller fiende?

Når et barn får feber, er det for foreldrene et konkret tegn på at barnet er sykt. For den moderne familie betyr det at dagsrytmen forandres: Barnet kan ikke gå i barnehagen, og en av foreldrene må være hjemme i stedet for å gå på arbeid. Det er dessuten mye angst knyttet til feber, og mange foreldre og helsepersonell synes å tro at jo høyere feberen er, desto alvorligere er infeksjonen. Hvorfor ikke da gi det syke barnet et febernedsettende legemiddel?

Feber er en del av kroppens akutfasereaksjon. Den signaliserer ikke nødvendigvis infeksjon, for lavgradig feber over lengre tid kan også ses ved kreft og visse autoimmune sykdommer. Feberkurven gjennom et døgn kan gi viktig diagnostisk informasjon, blant annet det kjente «kirkespirmønsteret» ved sepsis, men et slikt mønster kan også fremkomme ved bruk av febernedsettende legemidler. Slik medikamentindusert variasjon av kroppstemperaturen med svetting og frysing kan være en stor påkjennning for et lite barn. Eksperimentelle og kliniske studier har også gitt holdepunkter for å tro at feber kan forkorte sykdomsforløpet ved infeksjoner (1). Allikevel er det ikke nødvendigvis slik at febernedsettende medikamenter *ikke* skal brukes. Slike midler har en antiinflammatorisk virkning i tillegg til sin antipyretiske virkning. Derfor vil barnet gjerne føle seg bedre, drikke bedre og sove bedre etter inntak av slike legemidler. Hos barn med tendens til feberkramper bør man også forsøke å holde kroppstemperaturen under 38,5–39,0 °C. Men når et barn er lite påvirket av en temperatur på over 40 °C, bør det ha sin feber i fred, uten bruk febernedsettende legemidler.

Myndighetene styrer tilgangen til medisiner gjennom reseptplikt og utlevering på apotek. Febernedsettende medikamenter i små pakninger kan fås uten resept fra lege, og nylig er slike legemidler blitt salgsvare også i vanlige matvareforretninger. I dette nummer av Tidsskriftet viser Per Lagerløv og medarbeidere at svært mange barn bruker paracetamol, som nå er det vanligst brukte febernedsettende legemidlet (2). Gjennom bruk av et spørreskjema blant foreldre av førskolebarn ved fire helsestasjoner i Drammen og to helsestasjoner i en nærliggende landkommune fremkommer det at paracetamol ble gitt ved 60 % av alle sykdomsepisoder blant førskolebarn. I 50 % av tilfellene ble lege kontaktet, men det er ikke klart om det febernedsettende medikamentet ble ordinert av lege eller ikke.

Paracetamol har overtatt for acetylsalisylsyre som det mest brukte febernedsettende legemiddel i vårt land. Merkevaren Globoid har måttet vike for andre stoffer. Dette har vært en ønsket utvikling ut i fra bivirkningsbetraktninger. Bortsett fra leverpåvirkning ved bruk av store doser er det få kjente bivirkninger av paracetamol. Men det tok lang tid før hele bivirkningsprofilen for acetylsalisylsyre ble erkjent, og bare fremtiden vil vise om bivirkningene også av paracetamol er flere og mer alvorlige enn det vi i dag har oversikt over.

I studien til Lagerløv og medarbeidere ble antibiotika brukt hos 12 % av de syke barna. Dette må anses som et akseptabelt forbruk, sett i forhold til opplysningene om paracetamol. Hvis man ekstrapolerer tallene fra undersøkelsen til å gjelde hele landet, utgjør det mellom 150 000 og 200 000 antibiotikakurer til førskolebarn i løpet av et år. Disse tallene er naturligvis usikre, men de viser i alle fall

at det er et stort marked for antibiotika i denne aldersgruppen. Dessverre kommer det ikke frem av Lagerløv og medarbeideres undersøkelse hvilke antibiotika som ble brukt. Det ville gjort studien enda viktigere.

I de siste årene har legemiddelindustrien lansert nye antibiotika til peroralt bruk for barn i Norge. Det har særlig skjedd utenfor sykehus. Men ennå er det slik at erfaringsmaterialet når det gjelder effekter og bivirkningsprofil inklusive resistensutvikling er mye større for «gammeldagse» penicilliner (med forholdsvis lang behandlingstid) enn for nyere makrolider (med kort eller svært kort behandlingstid) hos barn. Det nye reseptbaserte legemiddelregisteret som også inneholder pasientenes alder, vil etter hvert kunne gi oss bedre oversikt over antibiotikaforbruket hos førskolebarn. I studien til Lagerløv og medarbeidere var det typisk nok barn med otitt som utgjorde den aller største gruppen som fikk antibiotika. Her varte antibiotikakurene lenger enn anbefalt i retningslinjene fra Statens helsetilsyn (3). For luftveispatogener, slik som pneumokokker, er det i Norge foreløpig få problemer med resistens overfor vanlig brukte antibiotika. Det er å håpe at denne situasjonen vedvarer. Studien til Lagerløv og medarbeidere kan tyde på at det er et avtakende press fra foreldre for bruk av antibiotika til barn. I så fall er det opp til oss leger å velge preparat og behandlingsvarighet som er optimale i forhold til klinisk effekt og mulige økologiske problemer.

Studien til Lagerløv og medarbeidere gir på en enkel måte en god oversikt over akutt sykkelighet hos førskolebarn. Sykdom og kontakt med lege er vanlig. Barn *skal* ha infeksjoner, for det er mye som tyder på at det er viktig for modningen av immunapparatet og senere utvikling. Den såkalte hygienehypotesen tar utgangspunkt i at infeksjoner i tidlig barnealder gir en viktig stimulering av immunologiske mekanismer som kontrollerer utvikling av allergi og astma (4) og muligens også kreft (5) senere i barnealderen. Det kan derfor ikke være et mål å la barn vokse opp uten å gjennomgå infeksjoner. Foreldrenes yrkesliv og helsevesenet må ta hensyn til dette.

Tore G. Abrahamsen
t.g.abrahamsen@medisin.uio.no

Tore G. Abrahamsen (f. 1947) er professor i barnesykdommer ved Universitetet i Oslo og seksjonsoverlege ved barnepoliklinikken, Rikshospitalet. Han har særlig interesse for infeksjonssykdommer og medfødt immunsvikt og har i mange år deltatt i generell barnelegevaktvirksomhet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Hasday JD, Garrison A. Antipyretic therapy in patients with sepsis. Clin Infect Dis 2000; 31: S234–41.
- Lagerløv P, Holager T, Westergren T et al. Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1620–3.
- Antibiotika i allmennpraksis. Smittevernloven. Håndbok IK-2693. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
- Martinez FD, Holt PG. Role of microbial burden in aetiology of allergy and asthma. Lancet 1999; 354 (suppl II): 12–5.
- Perrillat F, Clavel J, Auclerc MF et al. Day-care, early common infections and childhood acute leukaemia: a multicentre French case-control study. Br J Cancer 2002; 86: 1064–9.