

ofte unødig langvarig bruk i andre situasjoner kan trolig være et større problem. Ved Rikshospitalet har vi over de siste to dekaner forlatt den rutinemessige bruk av penicillin/aminoglykosid til denne type pasienter, og vi kan faktisk dokumentere at vår resistenssituasjon for kliniske bakterieisolater ikke har endret seg på noen foruroligende måte. Hos pasienter med nøytropeni og feber anvender vi fortsatt penicillin/gentamycin, men dette er i all hovedsak pasienter som er sirkulatorisk stabile og har normal nyrefunksjon. Erfaringen har vært at de som regel tåler denne behandlingen godt.

**Arvid Bjørneklett**  
Rikshospitalet

#### Litteratur

1. Paul M, Benuri-Silbiger I, Soares-Weiser K et al.  $\beta$  lactam monotherapy versus  $\beta$  lactam-aminoglycoside combination therapy for sepsis in immunocompetent patients: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004; 328: 668–72.
2. Breen D, Bihari D. Acute renal failure as a part of multiple organ failure: the slippery slope of critical illness. *Kidney Int Suppl* 1998; 66: S25–33.

## Søvnighet ved dødsfall blant bilførere

Bjørn Bjorvatn kommenterer i Tidsskriftet nr. 13–14/2004 (1) vår artikkel om betydningen av sykdom, ruspåvirkning og selvmord blant bilførere i Tidsskriftet nr. 7/2004 (2).

Vi er kjent med at også søvnighet under bilkjøring kan være en viktig årsak til trafikkuulykker. En dybdestudie, hvor informasjon fra politiets saksdokumenter er kombinert med opplysninger gitt av pårørende og førere som har overlevd ulykker, viste at tretthet/å duple av utgjør en risikofaktor ved 29 % av trafikkuulykkene (3). Hvor stor andel av de uforklarlige ulykkene i vår studie som skyldes tretthet, er imidlertid vanskelig å vurdere, da det ikke kan bevises at årsaken til en trafikkuulykke der føreren som forårsaket ulykken omkommer, er at vedkommende duppet av.

Ulike faktorer kan indikere tretthet – føreren kan ha sovet dårlig, jobbet mye, kjørt langt, ha søvnapné syndrom osv. (3), men slike faktorer mangler vi ofte opplysninger om. Som Bjorvatn refererer til (1) synes imidlertid søvnrelaterte trafikkuulykker i hovedsak å skje på ettermiddagen eller på natten, tider på døgnet hvor døgnrytmen normalt tilsier at vi er trette (4). I vår artikkel refererer vi til at flertallet av de trafikalt uforklarlige ulykkene fant sted på dagtid (kl 7–18), i motsetning til de trafikalt forklarlige ulykkene, hvor de fleste inntraff kveld og natt (kl 19–6) (2). Ser vi nærmere på fordelingen av ulykkene i vår studie i forhold til tidspunkt på døgnet, ses mønsteret for de uforklarlige ulykkene å følge mønsteret for de trafikalt forklarlige ulykkene for deler av døgnet – begge grup-

pene har en topp mellom kl 12 og kl 14 på formiddagen samt en relativt jevn fordeling av tilfeller fra midnatt til kl 11. På ettermiddag og kveld fremkommer det imidlertid forskjeller mellom gruppene – de trafikalt forklarlige ulykkene har en topp mellom kl 19 og kl 24, mens de trafikalt uforklarlige ulykkene har en topp mellom kl 16 og kl 18.

Denne døgnvariasjonen i ulykkesmønster sammenfaller ikke helt med de tider på døgnet hvor døgnrytmen normalt tilsier at vi er trette, slik at vi ut fra våre data ikke sikkert kan konkludere med tretthet som årsak til trafikalt uforklarlige ulykker.

**Marianne Arnestad**  
**Torleiv Ole Rognum**

Rettsmedisinsk institutt  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Bjorvatn B. Søvnighet ved dødsfall blant bilførere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1828.
2. Brevig T, Arnestad M, Mørland J et al. Hvilken betydning har sykdom, ruspåvirkning og selvmord ved dødsfall blant bilførere? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 916–9.
3. Moe D. Dybdeanalyse av møte- og utforkjøringsulykker på rette strekninger i 80- og 90 soner med død eller alvorlig skade. Trondheim: SINTEF, 1999.
4. Bjorvatn B, Holsten F. Lysbehandling ved jet lag, nattarbeid og søvnlidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2489–92.

## Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte – siden 1981 i Norge

Etter Knut Liseths artikkel om høydosebehandling med autolog stamcellestøtte i Tidsskriftet nr. 10/2004 (1) setter Dagfinn Albrechtsen i et innlegg i Tidsskriftet nr. 13/2004 tingene i rett historisk perspektiv (2). Men historien går enda lenger tilbake enn 1983. Metoden ble faktisk introdusert i Norge to år tidligere, og da ved Radiumhospitalet. Fire pasienter med Ewings sarkom ble behandlet med høydosert melfalan og autolog beinmargstransplantasjon (3). Metoden var hentet fra Royal Marsden Hospital i London og var opptakten til dagens høydosebehandling, som nå gjøres med perifer stamcellestøtte og oftest ved maligne lymfomer.

**Anne-Birgitte Jacobsen**  
Radiumhospitalet

#### Litteratur

1. Liseth K, Abrahamsen JF, Ekanger R et al. Overlevelse etter høydosebehandling med autolog stamcellestøtte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1374–5.
2. Albrechtsen D. Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte – siden 1983 i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1828.
3. Jacobsen AB, Wist EA, Solheim ØP. Treatment of Ewing's sarcoma with high dose melphalan and autologous bone marrow rescue. I: McVie JG, red. *Autologous bone marrow transplantation and solid tumours*. New York: Raven Press, 1984.

## Lokale steroidinjeksjoner ved skulderlidelse?

Etter å ha behandlet mange akutte skulderlidelser uten skader i mer enn 40 år er min erfaring at det ikke er noen indikasjoner for steroidinjeksjoner i skulderen. Det er nok av dokumentasjon om steroidenes uheldige virkninger. Sett kortison i bicepssenen og den ryker. Særlig beryktet er kortison rundt akillesenen, med påfølgende ruptur, så det er vel ingen som gjør dette nå.

Den mest alminnelige årsaken til akutt skulder er peritendinitis humeroscaphularis calcarea. Vanlig behandling av akutt kalkskulder synes å ha gått i glemmeboken, antakelig fordi det er så enkelt, spesielt når man kjenner mekanismen. Grunnen til smertene er at det foreligger en bursitt. Bursaen står som en ballong på grunn av betennelse (steril). Kalken er da flytende. Min erfaring er at den bare holder seg flytende i omtrent fire dager. Så stivner den igjen, og uten behandling går man over i den kroniske smertetilstanden man hadde før den akutte oppblomstringen. Behandlingen er enkel. Stikk en nål inn i «blæren», hvorpå innholdet (kalken) forsvinner og man blir helbredet. Jeg har sett pasienter igjen 10–20 år senere, og de er fortsatt helt bra. Noen ganger har jeg sugd ut kalken, da kommer den ut som tannpasta. Dette er ikke nødvendig, det er nok å stikke hull på bursaen.

Ved røntgenkontroll 2–3 måneder senere vises av og til kalknedslag i bløtdeleene rundt hele skulderen, men pasienten er smertefri.

**Johs. M. Aas**  
Sykehuset i Vestfold – Tønsberg

## Ziprasidon og demens

I mars 2004 kom medisinalfirmaene Janssen-Cilag og Lilly med informasjon om nye forskrivningsregler for henholdsvis risperidon (Risperdal) og olanzapin (Zyprexa). Disse forskrivningsreglene innebærer begrensninger i muligheten til å forskrive preparatene til pasienter med demens og psykose/atferdsforstyrrelser pga. økt risiko for cerebrovaskulære hendelser.

Antipsykotika har aldri hatt godkjenning for behandling av psykose ved demens i Norge, men er likevel i bruk. For risperidons vedkommende synes de nye forskrivningsreglene å være i tråd med advarselen fra de amerikanske legemiddelmyndighetene (FDA) i april 2004 (1). For olanzapins vedkommende finnes det ikke noen liknende advarsel per 19.5. 2004. Denne nye situasjonen innebærer en utfordring for leger som jobber med demens. Disse medikamentene har hatt en nyttig plass i behandlingen ved siden av ikke-farmakologiske tiltak. Behandlingen har kunnet støtte seg på rimelig god dokumentasjon om prepara-