

og ikke for kronisk infeksjon (HCV-RNA i serum). Budskapet som formidles, er likevel: «Du har hepatitt C.» Undersøkelser fra for eksempel Oslo viser i realiteten at ca. en tredel av dem som har antistoffer, ikke har en kronisk infeksjon (A. Egeland og medarbeidere, 7th International Hepatitis C Conference, Edinburgh, 2003). Så mange som to tredeler av anti-HCV-positive, men HCV-RNA-negative brukere av sprøytebusen i Oslo trodde de hadde kronisk hepatitt C-infeksjon. Hos disse kunne vi påvise en betydelig psykisk belastning pga. denne misforståelsen (2). De som får diagnosen kronisk hepatitt C, ser for seg et liv med skrumplever, kanskje leverkreft og mye lidelse. De som ikke har kronisk infeksjon, bør derfor så raskt som mulig få dette avkreftet. De som har en kronisk infeksjon, må få informasjon om hva det innebærer og tilbud om regelmessig kontroll og behandling når indikasjon foreligger.

Behandlingen er blitt enklere med årene. Den består nå av injeksjoner med pegylert interferon én gang i uken og ribavirintabletter daglig. Behandlingstiden for hepatitt C-virus genotype 2 og 3 er ca. et halvt år, for øvrige genotyper ett år. Vi anbefaler at pasienten må ha vært «sprøytefri» i minst seks måneder og ellers ha rimelig god ruskontroll før oppstart av behandling. Dette krever ofte legemiddellassistert rehabilitering med metadon eller buprenorfin (LAR) dersom pasienten er opioidavhengig.

Erfaringen med slik behandling til pasienter som får medikamentassistert rehabilitering er begrenset. I Oslo har vi derfor initiert en behandlingsprotokoll, som vi har kalt PEGMET, for denne gruppen. Hepatitt C-behandling medfører mange og til dels alvorlige bivirkninger. PEGMET-protokollen innebærer ekstra støtte og monitoring av bivirkninger i et senter for legemiddellassistert behandling (MAR ØST), mens oppfølging av behandlingen og monitorering av effekt på infeksjonen foregår ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Vi oppfordrer landets leger til å skjerpe diagnostikken av hepatitt C-infeksjon, formidle korrekt informasjon til pasientene, henviser HCV-RNA-positive pasienter til

behandling når det er indisert og å motivere injeksjonsmisbrukerne til rusfrihet.

**Aud L. Krook**  
MAR ØST

#### Litteratur

1. Dalgard O, Jeansson S, Skaug K et al. Hepatitis C in the general adult population of Oslo: prevalence and clinical spectrum. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 864–70.
2. Dalgard O, Egeland A, Skaug K et al. Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2004; 39: 74–80.

## Utmattelse – ikke tretthet

Erlend Hem & Jon Håvard Loge imøtegår i Språkspalten i Tidsskriftet nr. 18/2004 vår argumentasjon om at «kronisk utmattelsessyndrom» bør være den norske betegnelsen på «chronic fatigue syndrome» (1, 2). I sitt innlegg skriver de at «mange pasienter med somatiske sykdommer og fatigue ville trolig føle det nokså fremmed å omtale symptomet som utmattelse, fordi utmattelse gjerne knyttes til en forutgående aktivitet» (2).

Her er det viktig å oppklare en misforståelse. Et særegent kjennetegn ved «chronic fatigue syndrome», til forskjell fra mange andre tilstander, er nettopp uforholdsmessig slitenhet og utmattelse i etterkant av minimale fysiske og/eller mentale belastninger (3, 4). Pasientene kan riktignok også føle seg energiløse uten at de på forhånd har vært aktive, men er derimot ikke nødvendigvis trette i betydningen søvnige. Vi fastholder derfor at «kronisk utmattelsessyndrom» bør være den norske betegnelsen for akkurat denne sykdomstilstanden. Hvordan man i andre sammenhenger kan og bør oversette begrepet «fatigue», er etter vår mening lite relevant.

**Vegard Bruun Wyller**  
Rikshospitalet

**Torgeir Bruun Wyller**  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Wyller VB, Wyller TB. Kronisk utmattelsessyndrom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2388.
2. Hem E, Loge JH. Kronisk tretthetssyndrom – adekvat betegnelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2388.

3. Fukuda K, Straus SE, Hickie I et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
4. Loblay R, Stewart G. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines. *Med J Austr* 2002; 176: S17–S55.

### E. Hem & J.H. Loge svarer:

Diskusjonen mellom Vegard Bruun Wyller & Torgeir Bruun Wyller og oss gjelder hvordan «fatigue» i «chronic fatigue syndrome» best bør oversettes til norsk. Det er problemer forbundet både med tretthet og utmattelse. Det er tidligere gjort rede for hvorfor vi mener tretthet bør foretrekkes (1, 2). I det nye innlegget presiseres det at pasienter med «chronic fatigue syndrome» føler seg uforholdsmessig energiløse selv etter minimale fysiske og/eller mentale belastninger. Etter vår mening er det nettopp et av argumentene for at utmattelse ikke er noen bedre løsning enn tretthet, ettersom utmattelse gjerne knyttes til en forutgående aktivitet.

**Erlend Hem**  
**Jon Håvard Loge**  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Hem E. Kronisk tretthetssyndrom på norsk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1710.
2. Hem E, Loge JH. Kronisk tretthetssyndrom – adekvat betegnelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2388.

## ■ RETTELSE

Gull for vannkanaler

*Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2520

Mahmood Amiry-Moghaddam (f. 1971), som ble omtalt i Tidsskriftet nr. 19/2004, mottok Kongens gullmedalje for sin doktoravhandling om vannkanaler i hjernen, ikke Kongens fortjenstmedalje i gull.