

Pneumoni hos respiratorpasienter

Måling av et protein gir diagnosen raskt og sikkert og kan forhindre unødig bruk av antibiotika.

Pasienter i respiratorbehandling har økt risiko for utvikling av bakterielle pneumonier. Den kliniske diagnosen er vanskelig, og man kan som regel ikke vente på resultater av mikrobedyrking før behandlingen igangsettes.

sTREM-1 (soluble triggering receptor expressed on myeloid cells) tilhører immunglobulinfamilien og eksprimeres på fagocytter som kommer i kontakt med bakterier eller sopp. Forskere fra Nancy i Frankrike har nå undersøkt om måling av sTREM-1 fra bronkoalveolær lavage kan predikere pneumoni hos respiratorpasienter (1). Hos 148 respiratorpasienter ble det målt sTREM-1 samt etablerte inflammasjonsmarkører som brukes for å indikere pneumoni (bl.a. CRP, leukocytter, temperatur, røntgen thorax). I tillegg ble alle pasienter vurdert klinisk med hensyn til utvikling av pneumoni.

Påvisning av høye sTREM-1-verdier var en sikrere måte å predikere bakteriell pneumoni på enn både klinikk og etablerte

inflammasjonsmarkører. sTREM-1 hadde en sensitivitet for å oppdage pneumoni på 98 % og en spesifisitet på 90 %.

– Metoden vil være et nyttig verktøy for rask avklaring på hvorvidt respiratorpasienter med utbredte lungeinfiltrater trenger antibiotika. Rask diagnostisk avklaring vil kunne redusere bivirkninger og resistensutvikling som følge av bredspektret antibiotikabruk, sier overlege Anne-Marie Gabrielsen ved Lungeavdelingen, Sykehuset i Vestfold.

– Metoden kan også bli et nyttig diagnostisk hjelpemiddel når det gjelder pasienter med interstitielle lungeinfiltrater, eksempelvis for å skille mellom infeksjon og immunologisk sykdom. Den praktiske gjennomføringen av metoden er enkel, og kan lett gjøres som del av vanlige rutiner ved bronkoskopi, sier Gabrielsen.

Michael Bretthauer
bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Gibot S, Cravoisy A, Levy B, Bene MC, Faure G, Bollaert PE. Soluble triggering receptor expressed on myeloid cells and the diagnosis of pneumonia. *N Engl J Med* 2004; 350: 451–8.

Leger bruker mer medikamenter

En finsk studie viser at andelen leger som bruker medikamenter, er økende.

To landsomfattende undersøkelser av finske leger i 1986 og 1997 viste at andelen leger som brukte medikamenter, økte signifikant (1). De vanligste årsakene til medikamentbruk var smerter, mentale lidelser eller søvnproblemer samt gastrointestinale sykdommer og plager. De vanligste årsakene til selvmedisinering var gastrointestinale sykdommer (74 %), astma (63 %) og mentale lidelser (62 %).

– Legers selvmedisinering med reseptbelagte medikamenter er et kjent problem. Det kan forklares ut fra lett tilgang til medikamenter og at leger har høy terskel for å oppsøke hjelp når de selv blir syke. I motsetning til befolkningen for øvrig, har de finske legene økt sitt medikamentforbruk. Vi vet ikke om tilsvarende endring har skjedd i Norge, men også mange norske leger medisinerer seg selv, sier Elin Olaus Rosvold ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

– Selvmedisineringen varierer med sykdommene. Det er bekymringsfullt at over halvparten av legene med mentale

lidelser, astma eller diabetes behandler seg selv. Pasienter med slike lidelser trenger oppfølging utover medikamenter. Når det gjelder hjertesykdom, er andelen som selvmedisinerer lavere, trolig fordi dette oppleves som sykdommer som man må ha hjelp til. Det reflekterer nok også at hjertesykdom oppleves som mindre stigmatiserende å søke hjelp for enn for eksempel mentale lidelser.

Den finske studien bekrefter kjønnsforskjellene som er funnet blant norske leger i Legekårsundersøkelsen, nemlig høyest andel antacidabrukere blant mannlige leger, og ingen kjønnsforskjell i psykofarmakabruk. I befolkningen for øvrig er kjønnsforskjellen annerledes – i hvert fall i Norge: Flere kvinner enn menn bruker sovemedisin/beroligende medisin, mens det ikke er noen forskjell i bruk av antacida, sier Rosvold.

Erlend Hem
erlend.hem@basalmed.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Töyry S, Räsänen K, Seuri M, Äärilä M, Juntunen J, Kujala S et al. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 44–6.

Akutt otitt i USA

Akutt mellomørebetennelse er den vanligste bakterielle infeksjon hos barn. Behandlingen står for mer enn 50 % av antibiotikaforskrivningen hos barn under 16 år. Flere studier har vist at antibiotika ikke har noen avgjørende effekt på sykdomsforløp, smertelindring eller residivfrekvens hos ellers friske barn over to år.

Sammenliknet med praksis i Europa behandles akutt otitt i USA med antibiotika i svært stor utstrekning. I en studie fra Cincinnati ble 194 barn med akutt otitt i alderen 1–12 år inkludert (*Pediatrics* 2003; 112: 527–31). Barn med høy feber, symptomvarighet utover 48 timer eller residiverende otitter ble ekskludert. Foreldrene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, resept på antibiotikum, men ble oppfordret til ikke å løse den ut dersom det ikke oppstod problemer. Barnet fikk gratis smertelindring i form av paracetamol eller ibuprofen. Fem til ti dager etterpå ble foreldrene oppringt av sykepleier som gjorde et strukturert intervju om sykdomsforløpet.

175 barn fullførte studien, og 120 familier løste ikke ut resepten. Av disse svarte 117 at de kunne tenke seg liknende opplegg ved en eventuell ny otitt i fremtiden. Av de 55 familiene som løste ut resepten, var fortsatt smerte, feber eller søvnvansker den viktigste grunnen.

Forfatterne konkluderer med at det er mulig å redusere antibiotikaforskrivningen ved akutt otitt. De var mest overrasket over foreldrenes positive holdning til å avvente med behandling.

Ikke adenotomi ved otitt

Om lag en tredel av alle barn har gjentatte episoder med akutt otitt. Adenotomi har vært forsøkt for å forebygge residiverende otitter, men resultatene har vært motstridende.

En finsk studie inkluderte 180 barn i alderen ti måneder til to år med residiverende otitter (minst tre episoder de siste seks månedene) (*BMJ* 2004; 328: 487–90). Barna ble randomisert til en av tre grupper: adenotomi, kjemoprofylakse med sulfafurazole (en gang daglig i seks måneder) eller placebo.

Barna ble fulgt opp i to år med dagbøker og kliniske undersøkelser minst hver fjerde måned. Det var ingen forskjeller mellom gruppene i antall episoder med akutt otitt, legebesøk, antibiotikaforskrivning eller dager med symptomer på luftveisinfeksjon.

Forfatterne konkluderer med at for barn under to år kan adenotomi ikke anbefales som førstebehandling i forebygging av residiverende otitter.