



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Hvilken dose antidiabetika?

Som allmennpraktiker har jeg lagt merke til at det er svært vanskelig å regulere blodsukkeret hos pasienter som har type 2-diabetes og som bruker insulin. Slike pasienter har gjerne sterkt svingende blodsukkerverdier, tiltakende insulinbehov og tiltakende overvekt. Hva skyldes dette?

Det er ikke forskjell mellom insulin som medikament og egenprodusert insulin, men det er forskjell på hvordan dosene reguleres. Personer med type 2-diabetes produserer nok insulin til å unngå ketoacidose, men de klarer ikke å produsere nok insulin når de er i situasjoner der de har økt behov for insulin, for eksempel postparenteralt. Da kommer legen inn i bildet og må vurdere insulindosen. Hva sier fysiologisk kunnskap oss om doseringen av egenproduserte potente stoffer, i dette tilfellet insulin? For å unngå bivirkninger produserer kroppen den laveste effektive dosen (fysiologisk dose), ellers sørger insulin for at flere sukkermolekyler sendes inn i cellene enn det de har behov for. Dette fører til fett, aterosklerose osv. I tillegg begynner pasienten å få iatrogen insulinresistens. En pasient med type 1-diabetes, særlig juvenil type, trenger alltid insulin for ikke å få ketoacidose, men trenger ikke en upresis dose. Vedkommendes insulinbehov er fysiologisk, ellers utvikles insulinresistens (iatrogen).

Alt dette passer med våre observasjoner. Det som fungerer best, uansett type diabetes, er når pasienten gjennomfører mest mulig fysiologiske tiltak for å holde blodsukkernivået nede, slik at han klarer seg med en så liten dose insulin, eller tabletter som frigjør insulin, som mulig.

Komplikasjoner av diabetes ses hyppigst hos pasienter med type 1-diabetes som i årevis har brukt mer insulin enn sitt fysiologiske behov, og som etter hvert har fått tiltakende økt insulinbehov på grunn av iatrogen insulinresistens. Vi ser også komplikasjoner hos personer med type 2-diabetes som på grunn av iatrogen insulinresistens har brukt mer insulin enn sitt fysiologiske behov i flere år. De får først komplikasjoner i de aller tynneste blodkarene (mikroangiopati, særlig i nyrer) og deretter makroangiopati. Det er her vi leger kan hjelpe. Når vi regulerer pasientens blodsukkernivå, må vi ha fysiologien i bakhodet, ikke bare blodsukkeret.

Teoretisk går det an å bruke insulin til regulering av type 2-diabetes, men i praksis er det vanskelig å oppnå en langvarig, optimal regulering uten å bli konfrontert med farlige tilstander, slik som hypoglykemi. Hos personer med type 1-diabetes har vi selvfølgelig ingen andre valg. Jeg har også lagt merke til at hos pasienter som bruker metformin som eneste antidiabetikum, må man være forsiktig med metformindosen, ellers får pasienten søthunger og blir overvektig.

Shahnaz Soudaei
Oslo

Registrering av anal inkontinens

I Tidsskriftet nr. 5/2005 presenterer Annelill Valbø & Marit Kristoffersen sine resultater etter sfinkterskade ved vaginal forløsning (1). Slik sfinkterskade er den hyppigste enkeltårsak til anal inkontinens, og det er således viktig med publikasjoner som redegjør for insidensen av obstetriske sfinkterskader og resultatene etter primærsutur. Derfor er det litt synd at Valbø & Kristoffersens studie har noen mangler som dessverre reduserer dens verdi.

Selv om kvinnene er blitt intervjuet etter et strukturelt skjema, er det ikke redegjort for hvordan avføringstrang (urgency) er definert. Det er heller ikke opplyst om, og i hvilken grad, sjeldne lekkasjeepisoder er blitt registrert. Vi vet at kvinner tolererer luftlekkasje flere ganger ukentlig uten å føle seg plaget, og at mange med lettgradig luftinkontinens ikke opplever seg selv som inkontinente (2). Man kan selvfølgelig spørre seg om det da er noe poeng med å registrere sjeldne episoder. Poenget kommer først når man vil sammenlikne resultatene sine med resultater fra andre studier. Det finnes flere validerte graderingsystemer ved anal inkontinens, og disse har alle til felles at frekvensen av lekkasjeepisodene registreres (3). Internasjonale publikasjoner de siste ti år, blant dem en stor norsk studie (4) som forfatterne merkelig nok ikke refererer til, viser at 40–60 % av kvinnene har en eller annen grad av lekkasje etter primærsutur av obstetriske sfinkterskade. Det finnes imidlertid noen få unntak, og felles for disse studiene er at det ikke fremgår om sjeldne episoder er registrert. En kvinne som blir

spurt om hun er plaget med luftlekkasje, vil sannsynligvis svare benektende dersom hun bare har en eller to lekkasjeepisoder i måneden. En slik frekvens vil imidlertid bli registrert som inkontinens, om enn lettgradig, dersom man benytter seg av de validerte graderingsystemene. På denne måten vil en og samme tilstand kunne bli rubrisert både som «inkontinens» og «ingen inkontinens» alt etter hvordan man spør.

Når man legger frem så gode resultater som Valbø & Kristoffersen gjør, burde inkontinens vært rubrisert i henhold til aksepterte klassifiseringssystemer. En av målsettingene til forfatterne var å gjøre det lettere å sammenlikne egne resultater med tidligere publikasjoner (1). Slik materialet er presentert, har de dessverre ikke lykkes helt i dette.

Stig Norderval
Volda

Litteratur:

1. Valbø A, Kristoffersen M. Sfinkterskade ved vaginal forløsning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 591–3.
2. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C et al. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 989–94.
3. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut 1999; 44: 77–80.
4. Nazir M, Carlsen E, Jacobsen AF et al. Is there any correlation between objective anal testing, rupture grade, and bowel symptoms after primary repair of obstetric anal sphincter rupture? An observational cohort study. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1325–31.

The phenomenon of alcohol (and other drugs) use in pregnancy

I read with interest the recent article in Tidsskriftet no 4/2005 by Lægveid et al discussing the use of alcohol in pregnancy and its possible fetal implications (1). The authors are to be congratulated on this thought-provoking and timely publication discussing the growing problem of alcohol consumption during pregnancy.

More than 30 % of women of childbearing age in the United States smoke cigarettes, and more than 15 million Americans are addicted to alcohol, with women accounting for approximately 25 % of this number (2). Five million Americans are regular users of cocaine, 6,000 use the drug for the first time each day, and more than 30 million have tried

cocaine at least once. Approximately 250,000 women in the United States meet the criteria for intravenous drug abuse, and nearly 90% of these women are of childbearing age (2). In the United States alone, nearly one million people, of whom 70% are young adults, abuse inhalants, which are by far the most easily obtainable substances for illicit use (3). Marijuana remains the most commonly used illicit drug among women of childbearing age (4), and it has been estimated that it is used by 10–27% of parturients. Polysubstance abuse in pregnancy is very common.

Psychological personality characteristics seem to predispose to, rather than result from drug addiction. Most often drug abuse is first suspected or diagnosed during medical management of another condition, such as hepatitis, HIV-infection or pregnancy. Most parturients with a history of drug abuse deny it when interviewed preoperatively by primary care physicians, obstetricians or obstetric anesthesiologists. A high index of suspicion for drug abuse in pregnancy, combined with non-judgmental questioning of every parturient is therefore necessary (2). The «risk factors», which are often overlooked, suggesting substance abuse in pregnancy include lack of prenatal care, and history of premature labor with low neonatal birth weight. The diverse clinical manifestations of substance use combined with physiologic changes of pregnancy and pathophysiology of coexisting pregnancy-related disease might lead to life-threatening complications and significantly impact the pregnancy outcome and neonatal well-being.

There is little doubt that substance abuse, including during pregnancy, has crossed social, economic, and geographic borders and remains one of the major problems facing society today – worldwide.

Krzysztof M. Kuczkowski

University of California San Diego

Literature

1. Lægred LM, Bruarøy S, Reigstad H. Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 445–7.
2. Kuczkowski KM. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. J Clin Anesth 2003; 15: 382–94.
3. Kuczkowski KM. Solvents in pregnancy: an emerging problem in obstetrics and obstetric anaesthesia. Anaesthesia 2003; 58: 1036–7.
4. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. Br J Psychiatry 2001; 178: 101–6.

Nytt studium i internasjonalt hjelpearbeid

Høgskolen i Nord-Trøndelag tilbyr nå et deltidsstudium om sikkerhet i internasjonalt arbeid. Det legges vekt på at kunnskapen om det å jobbe under andre forhold enn i Norge skal være sikrest mulig, enten det er under ekstreme forhold som krig eller under mer stabile og normale forhold. Mange

nordmenn arbeider under fjerne himmelstrøk som hjelpearbeidere, soldater, i FN-tjeneste, som reiseledere eller innenfor de utallige organisasjonene som har sitt virke fra storbyer til landsbygda. Noen av disse får for dårlig opplæring i det å leve i andre kulturer og under andre forhold.

Høgskolen i Nord-Trøndelag ønsker å gi innsikt i hvilke utfordringer og muligheter som eksisterer i ulike deler av verden. Dagens virkelighet er at stadig flere grupper i samfunnet har samhandling med andre, på tvers av landegrensener. I en slik verden, vil det være stadig flere som kan regne med å arbeide utenlands. Økt kunnskap om internasjonale forhold vil da være et konkurransefortrinn. Studiet er et samarbeid mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag, Sivilforsvaret og kommunikasjonsbyrået Argument. I tillegg vil Nord-Trøndelag Røde Kors bidra med å skaffe kompetente forelesere.

Vi ser oftere og oftere at hjelpearbeidere blir angrepet under sitt opphold i utlandet. Statssekretær Vidar Helgesen i Utenriksdepartementet uttrykte i 2003 forferdelse over at humanitære hjelpearbeidere i enkelte områder bevisst er blitt gjort til angrepsmål. Han understreket at man må reagere sterkt mot dem som står bak slike handlinger. Samtidig er dette et spørsmål som går langt utover det å skape fysisk sikkerhet for humanitært hjelpearbeid. Han understreket også at internasjonale hjelpeorganisasjoner må vurdere hvordan de opptrer i felt, for å sikre legitimiteten og den lokale støtten til hjelpearbeidet.

Studiet ved Høgskolen i Nord-Trøndelag kombinerer teori og praksis og er aktuelt for aktører innen hjelpearbeid, leger og sykepleiere, nødhjelp, næringsliv, politi, forsvar og formidling, som eksempelvis journalister. Studiet er særlig aktuelt for den som skal leve og arbeide internasjonalt under forhold hvor sikkerheten kan være truet, enten på grunn av kriser og konflikter eller på grunn av omstendigheter som manglende lov og orden, dårlig ledelse eller utilstrekkelige boforhold.

Kjell Løvik

Argument

Quisling

Ingar O. Skalpe svarer i Tidsskriftet nr. 6/2005 (1) på mitt debattinnlegg i samme nummer (2). Skalpe mener nevreradiologene som utførte luftencefalografi på Vidkun Quisling, var i god tro. Det tror også jeg. Det er ingen grunn til å tro at de visste at undersøkelsen ble foretatt poliklinisk, og at Quisling kort etter undersøkelsen skulle tvinges til å gå 2–3 etasjer opp til sin celle. Liknende behandling ble også gitt frontkjempere, og så vidt vites var det nevreradiologene som protesterte da de ble klar over hva som foregikk.

Det er neppe grunn til å tro, som Skalpe hevder, at funn av en hjernetumor ville ha medført at Quisling ville fått en naturlig død. Dødsstraff i freds tid var allerede opphevet i 1902, men gjeninnført nettopp for å kunne skyte slike som Quisling. Dessuten hadde vaktmannskapet bestemt seg for å drepe Quisling hvis han ikke ble dødsdømt (3). Den eneste mulige effekt av undersøkelsen var det som ble oppnådd: At Quislings mulighet for å legge frem sitt syn på sin egen sak ble redusert.

Inger Cecilie Stridsklev

Skien

Litteratur

1. Skalpe IO. Quislings hjerne. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 784.
2. Stridsklev IC. Quislings hjerne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 784.
3. Dahl HF. En fører for fall. Oslo: Aschehoug, 1992.

I.O. Skalpe svarer:

Inger Cecilie Stridsklev og undertegnede er enige om et viktig poeng i vår debatt: De kolleger som undersøkte Quisling, handlet i god tro.

Når det gjelder Stridsklevs påstand om at den eneste effekt av undersøkelsen var å redusere Quislings muligheter for å legge frem sitt eget syn på saken, må jeg si meg uenig. Dersom man hadde påvist en frontal hjernetumor som kunne forklare hans noe eiendommelige oppførsel under okkupasjonstiden, kunne han ifølge norsk lov ikke henrettes, men måtte idømmes sikring. Jeg er imidlertid enig med Stridsklev i at det nok er tvilsomt om Quisling ville fått en naturlig død, selv med en påvist hjernetumor. Som Stridsklev nevner, kunne han ha blitt utsatt for en illegal henrettelse av vaktmannskaper eller andre personer med sterke følelser mot Quisling. Det kan også tenkes at en mulig uenighet mellom de medisinske sakkyndige om hvorvidt en påvist tumor kunne forklare Quislings oppførsel, ville blitt utnyttet av domstolen, slik at en «legal» henrettelse kunne utføres. En fravikelse av det viktige prinsipp i all rettsutøvelse, at all tvil skal komme tiltalte til gode, ville nok møtt stor forståelse i det norske folk i 1945.

Ingar O. Skalpe

Mjøndalen

Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskapet

I sin artikkel om fosterskade ved alkoholbruk i svangerskapet i Tidsskriftet nr. 4/2005 konkluderer Lægred og medarbeidere at alkoholbruk i svangerskapet selv i moderat mengde kan medføre en betydelig økt risiko for skader på fosteret (1).