



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.

Hvorfor gjøres miksjonsuretrocytografi?

Jeg har en kommentar til artikkelen av Elise Christine Bjørkholen og medarbeidere om miksjonsuretrocytografi (MUCG) i Tidsskriftet nr. 12/2004 (1). Hovedbudskapet om at gjennomføringen av miksjonsuretrocytografi bør bedres, er ikke nødvendig å kommentere. Det er indikasjonsstillingen jeg vil sette søkelyset på. Da miksjonsuretrocytografi er en invasiv undersøkelse, ressurskrevende og ubehagelig for både pasient, foreldre og personale, og dessuten krever relativt stor stråledose, må det sterke argumenter til for å forsvare metoden.

Når man går inn på indikasjonsstillingene for undersøkelsen, ser man at metoden bildediagnostisk kan erstattes med ultralydundersøkelse i de aller fleste tilfellene. Indikasjoner nevnt i artikkelen er 1) Urinveisinfeksjon: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. Ved patologi, for eksempel hydronefrose, må videre undersøkelser gjøres (urografi, ev. miksjonsuretrocytografi m.m). 2) For å påvise refluks: Her er ultralyd førstevalg. Dersom en refluks er «lavgradig» og ikke fører til dilatert nyrebekken, vil operasjon ikke være aktuelt. Eventuell profylaktisk terapi må her avgjøres ut ifra kliniske forhold. 3) Hydro-nefrose: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 4) Ved mistanke om uretraklaffer: Her bør pasienten henvises til urolog som ev. henviser barnet til videre undersøkelse. 5) Dobbeltanlegg: Dette er å betrakte som normalvariant uten aktuell patologisk betydning og skal utredes etter de samme retningslinjer som «enkeltanlegg». 6) Blæredivertikler: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 7) Miksjonsforstyrrelser: Dette er problemstillinger som bør henvises til urolog før ev. videre undersøkelse, eller primærlegen kan først henvises til ultralydundersøkelse av urinveier. 8) Vurdering av blærevegg: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 9) Tømming og residualurin: Her er ultralydundersøkelse førstevalg.

Konklusjonen min er at de aller fleste miksjonsuretrocytografier kunne vært unngått. Ved problemstillinger i urinveiene bør ultralydundersøkelse være førstevalg. Henvisning til miksjonsuretrocytografi bør foretas av urolog eller etter rådføring med urolog.

Tor Austad
Medi3
Ålesund

Litteratur

1. Bjørkholen EC, Gravdahl CØ, Vandvik IH. Miksjonsuretrocytografi – er praksis i tråd med empirisk kunnskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1689–91.

E.C. Bjørkholen og medarbeidere svarer:

Indikasjonsstillingene for miksjonsuretrocytografi (MUCG), og hvorvidt disse svarer med empirisk kunnskap, lå utenfor det vi ønsket å belyse i vår artikkel. Derfor har vi heller ikke vurdert i hvilken grad metoden kan erstattes av ultralyd eller andre mindre invasive undersøkelser, eller om den er førstevalg ved de indikasjonene vi fant beskrevet i litteraturen. Hovedbudskapet vårt er at gjennomføringen av undersøkelsen kan forbedres: Informasjonsskrivene bør få bedre layout, tekst og bilder, informasjon til fremmedspråklige bør utarbeides og mer rutinemessig bruk av sedasjon bør vurderes.

Det er likevel grunn til å stille spørsmål om i hvilken grad miksjonsuretrocytografi kan erstattes av ultralyd eller andre mindre invasive undersøkelser og om det er et så stort overforbruk av miksjonsuretrocytografi, slik Tor Austad hevder. Disse spørsmål er forelagt barnekirurg Sigvald Refsum, som har følgende kommentar: «Det er ingen uenighet om at ultralydundersøkelsen er førstevalg ved problemstillinger i urinveiene. Men det er altfor få barnekirurger/og barneurologer i landet til at vi kan konsulteres før hver henvisning til miksjonsuretrocytografi. Dette er en belastende undersøkelse både for barnet og for de andre involverte, men det er en viktig undersøkelse, og forbedringer som vil gjøre undersøkelsen mindre traumatisk, og sannsynligvis også mer vellykket diagnostisk sett, er derfor påkrevd.

Ved utredning av barn som har hatt urinveisinfeksjoner, ved nedsatt nyrefunksjon og etter prenatal diagnostikk er ultralydundersøkelse av nyrer og urinveier det første som blir gjort, derest ofte miksjonsuretrocytografi. Ultralydundersøkelsen viser nyremorfologi (parenkymvurdering, tumorer, cyster, konkrementer og eventuelt dobbeltanlegg), dilatasjon av øvre urinveier, blæreveggsfortykkelse og ureterocele. Men ultralyd er ikke en undersøkelse for påvisning (og gradering) av vesikoureteral refluks (VUR), selv om en flink røntgenlege også kan se eventuell refluks. Ved mistanke om vesikoureteral refluks gjøres miksjonsuretrocytografi.

Samtidig får vi informasjon om resturin, blærekapasitet, infravesikalt avløps hinder, trabekulering og blæredivertikler og vi får kateterurin til bakteriologisk undersøkelse.

Dobbeltanlegg er ofte en «normalvariant», men kan også være forbundet med ektopisk ureter, ureterocele, terminal ureterstenose og vesikoureteral refluks. Dobbeltanlegg påvises ved ultralydundersøkelsen, men det vil ofte være indikasjon for miksjonsuretrocytografi i tillegg. For utredning av miksjonsforstyrrelser gjøres urinstrømsmåling (flowmetri) og cystometri, eventuelt med sfinkterelektromyografi. Korrekt utført miksjonsuretrocytografi gir tilleggsinformasjon som kan være avgjørende for tolkingen av de urodynamiske funn. Austad kommenterer også behandling av vesikoureteral refluks. I den anledning henviser vi til en artikkel om endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn, som er akseptert for snarlig publisering i Tidsskriftet (1).»

Inger Helene Vandvik
Elise Christine Bjørkholen
Cecilie Øvland Gravdahl
Rikshospitalet

Litteratur

1. Dahl E, Polacek M, Hagen TS et al. Endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; akseptert for publisering.

Kombinasjonsbehandling med karbamazepin og quetiapin

Vår artikkel *Har stemningsstabiliserende legemidler noen plass i behandlingen av schizofreni?* i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 (1) inneholder en tabell over legemiddelinteraksjoner. Etter at manuskriptet ble akseptert for publisering, er det publisert en studie som basert på to pasienter indikerer at kombinasjonsbehandling med karbamazepin og quetiapin kan gi lave serumnivåer av quetiapin (2). Også upubliserte data, som omtales i den fullstendige preparatomtalen for Seroquel (3), tyder på at det eksisterer en slik interaksjon.

Resultater fra analyser av rutineprøver ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, bekrefter disse funnene (2, 3). Quetiapinkonsentrasjonen i 39 prøver fra pasienter som samtidig brukte karbamazepin

var i gjennomsnitt bare 12 % av konsentrasjonen i 2 076 prøver fra pasienter som ikke brukte karbamazepin. Oppstart av karbamazepin hos en pasient som bruker quetiapin, vil dermed trolig redusere quetiapinkonsentrasjonen til så lite som 10–20 % av utgangskonsentrasjonen. Oppstart med quetiapin i vanlige doser hos en pasient som på forhånd bruker karbamazepin, vil gi tilsvarende lave quetiapinnivåer. Etter all sannsynlighet vil dermed den terapeutiske effekten av quetiapin bli svært mangelfull eller utebli helt.

Mekanismen bak interaksjonen er at karbamazepin induserer aktiviteten til leverenzymet CYP3A4, som bryter ned quetiapin. Den induserende effekten er så kraftig at ikke en gang en betydelig økning av quetiapindosen for å kompensere for dette vil gi tilstrekkelig høye serumkonsentrasjoner av quetiapin. Man skal også være oppmerksom på faren for en kraftig økning i serumkonsentrasjonen av quetiapin dersom man gir dette midlet i høye doser hos en pasient som bruker karbamazepin samtidig og karbamazepin av en eller annen grunn så blir seponert. Vår konklusjon er derfor at det ikke er rasjonell farmakoterapi å bruke kombinasjonen karbamazepin og quetiapin og at midlene følgelig ikke bør kombineres.

Ingrid Castberg

St. Olavs Hospital

Jan Øystein Berle

Haukeland Universitetssjukehus

Olav Spigset

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Berle JØ, Spigset O. Har stemningsstabiliserende legemidler noen plass i behandlingen av schizofreni? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1809–12.
2. Hasselstrøm J, Linnert K. Quetiapine serum concentrations in psychiatric patients: the influence of comedication. Ther Drug Monit 2004; 26: 486–91.
3. www.legemiddelverket.no/prpdata/spc/ Godkjente/Seroquel %2029.09.03.doc (2.8.2005).

Maharishi Ayurveda, fibromyalgi og blæreproblemer

Jeg leste med stor interesse Helge Stormorkens & Frank Brosstads artikkel om fibromyalgi og hyppig vannlating i Tidsskriftet nr. 1/2005 (1). Lederartikkelen i samme nummer var tankevekkende, og de som ennå ikke har hatt anledning til å lese den, burde gjøre det. Selv om det faglige miljøet kritiserer designet av studien, kan problemene i forbindelse med publikasjonen være et eksempel på at nyskapende hypoteser holdes nede fordi de utfordrer autoritetene (2). Jeg har i mange år holdt på med behandling av fibromyalgi ut fra Maharishi Ayurveda, som inkorporerer indisk tradisjo-

nell medisin, ayurveda («y» uttales «j»). Jeg har fulgt opp et utvalg av 11 pasienter som var smertefrie på tidspunktet for evaluering 13–36 måneder etter avsluttet behandling (3).

Den ayurvediske tankegangen baserer seg blant annet på ideen om tre grunnleggende prinsipper for styringen av en samlet psykofysiologi. Den viktigste av disse kalles vata-dosha og styrer blant annet all form for aktivitet. Et område for styring er aktiviteten under navleplanet, og denne omfatter blant annet funksjonen av blære og tarm. Ubalanse av denne doshaen fører ofte til nedre ryggsmarter, problemer med tarmfunksjonen med treg eller vekslende avføring og problemer med vannlating, oftest i form av hyppig vannlating. Jeg har sett gode resultater av de ayurvediske behandlingene på disse funksjonsforstyrrelsene.

Fibromyalgi er ifølge ayurveda en belastningstilstand som har ført til en ubalanse av vata-dosha og dannelse av «slaggstoffer» (3). Denne vata-ubalansen manifesterer seg ofte i form av en dysfunksjon av området under navleplanet. Dette er i samsvar med en teori om en dysfunksjonell stressreaksjon som omtales i den nevnte lederartikkelen (2). Innen ayurveda retter man altså behandlingen av så ulike problemstillinger mot en mer grunnleggende ubalanse.

Lars Bjørn Rasmussen

Maharishi Ayurveda Helsesenter
Mesnali

Litteratur

1. Stormorken H, Brosstad F. Hyppig vannlating – viktig diagnostisk markør ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17–9.
2. Wyller TB, Wyller VB. Fibromyalgi, vannlating og etablerte sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 14.
3. Rasmussen LB. Fibromyalgi på indisk vis. Utposten 2004; 33: 27–32. <http://www.uib.no/isf/utposten/2004nr6/utp04607.htm> (21.6.2005)

H. Stormorken svarer:

Jeg mangler kunnskap til å bedømme forfatterens behandlingsmodus. Men den må verifiseres på et stort og adekvat kontrollert materiale. Kan resultatene verifiseres, vil den bli ønsket velkommen av alle som sliter med denne miskjente lidelse. Det finnes rundt 200 000 av dem i landet.

Ettersom vårt materiale viste at denne lidelsen er dominant arvelig, er CIGENE, senteret for funksjonell genomforskning (FUGE) på Ås, klare til å gå i gang med DNA-prøvene. Prøvene er nå 13 år gamle pga. mangel på finansiering. Vi håper at det endelig skal lykkes å foreta disse undersøkelsene, slik at mulighetene til å finne den dypere årsak åpnes. Men i dette fattige landet er ikke optimismen overveldende.

Helge Stormorken

Sandvika

Er dette byråkratiet virkelig nødvendig?

Jeg har stått på for at B-grenkandidatene ved vår avdeling får utvidet sin tellende tjenestetid fra seks til 18 måneder. Det er ikke snakk å opprette noen ny stilling. I den forbindelse er saksgangen som følger: Min søknad skal attesteres av min klinikksjef, som igjen sender den videre til sykehusadministrasjonen. Herfra går den til det regionale helseforetaket, som sender den videre til Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister og legefördeling, som sender den videre til Legeforeningen, som igjen sender den til et bedømmelseutvalg bestående av spesialister. Fra disse spesialistene går søknaden via Legeforeningen tilbake til Nasjonalt råd, som igjen sender en ev. godkjenning videre til helseforetaket osv.

Ville det ikke være mer logisk at søknaden gikk direkte fra avdelingsoverlegen til spesialistene i Legeforeningen, som så kunne svare direkte tilbake til sykehuset? Det ville nok korte ned saksbehandlingstiden. Jeg kjenner ikke Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister og legefördeling. Hva er deres funksjon? Har noen sett på nytteverdien av dette rådet?

Dag Berild

Aker universitetssykehus