

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.

Tannhelse, kvikksølv og helseskader

Det har i det siste vært en del oppmerksomhet i medier om helseskader som følge av tidligere eksponering for kvikksølv hos tannhelsepersonell. Det sies at det er tusenvis som er blitt syke og det vises bl.a. til undersøkelser som er gjort av oss ved St. Olavs Hospital og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. I den forbindelse kan det være på sin plass med en presisering for ikke å gjøre tannhelsepersonell som gruppe mer syke enn de egentlig er.

I samsvar med tidligere forskningsresultater fra andre har vi funnet at enkelte av dem som har vært eksponert for relativt mye kvikksølv i tannhelsetjenesten, kan ha helseskader som følge av eksponeringen. Det dreier seg særlig om nervesystemets kognitive funksjon, bl.a. i forhold til stemningsleie, hukommelse og konsentrasjonsevne. Resultatene fra våre undersøkelser tyder imidlertid *ikke* på at dette er noe som har rammet et stort antall tannhelsesekretærer eller annet tannhelsepersonell, men noen (1). For dem det gjelder, er dette selvfølgelig alvorlig nok, og de bør få den oppfølging de har krav på. Derfor har vi konkludert med at tidligere eksponert tannhelsepersonell som har symptomer på kognitiv skade, bør vurderes grundig med en arbeidsmedisinsk utredning med tanke på om deres sykdom bør godkjennes som yrkessykdom etter folketryktdloven og lov om yrkesskade- og forsikring.

Det er et problem at en del tannhelsepersonell i tidligere tider var eksponert for potensielt skadelige mengder av kvikksølv, som lenge har vært kjent som en nervegift. Likevel viser våre og andres forskningsresultater at de fleste heldigvis har kommet fra dette uten alvorlig eller varig mén. Det er en nødvendig balansegang å ta problemet på alvor samtidig som vi ikke overdriver, og fremfor alt ikke gjør tannhelsesekretærene som gruppe sykere enn de i virkeligheten er. Tannhelsepersonell som lurer på om de har fått varige helseskader som følge av at de har vært utsatt for kvikksølv i sitt arbeid, bør ta dette opp med sin fastlege og eventuelt få en henvisning til utredning ved en arbeidsmedisinsk poliklinikk. Slike finnes ved Ullevål universitetssykehus, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Sykehuset Telemark, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge. Råd til primærleger om hånd-

tering av pasienter med mistanke om helseskade som følge av eksponering for kvikksølv (2), samt full rapport fra den første delen av vårt prosjekt, er tilgjengelig på Internett (1).

Oddfrid Aas
Bjørn Hilt
Arbeidsmedisinsk avdeling
St. Olavs Hospital

Litteratur

- Hilt B, Svendsen K, Aas O et al. Eksponering for kvikksølv hos tannhelsepersonell og forekomst av mulige seneffekter. St. Olavs Hospital/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2007. www.stolav.no/resources/kvikksolvrappport150207.pdf [15.5.2007].
- Moen BE. Råd for primærleger. Kvikksølveksponering blant tannlegeassistenter og deres helse. Bergen: Universitetet i Bergen, 2005. www.uib.no/isf/arbeid/kvikksolv.pdf [15.5.2007].

Behandling av vesikoureteral refluks hos barn

I Tidsskriftet nr. 8/2007 presenterer Dahl og medarbeidere sine resultater ved endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn (1). Omtrent halvparten av barna som ble behandlet, hadde enten ingen eller mindre refluks ved kontroll etter tre måneder. Omtrent en tredel av barna gjennomgikk flere behandlinger, med dertil gjentatte miksjonscystoureterografiundersøkelser.

Dessverre presenteres ingen data på de virkelig viktige kliniske endepunktene ved behandling av vesikoureteral refluks (2): Gir behandlingen økt beskyttelse mot urinveisinfeksjon? Kan behandlingen forhindre nyreskade eller forebygge ytterligere nyreskade? En bildemessig fremstilt bedring av vesikoureteral refluks er uten klinisk betydning hvis det ikke har effekt på disse endepunktene. Kontroll med miksjonscystoureterografi og ultralyd tre måneder etter inngrepet er utilstrekkelig diagnostikk og for kort observasjonstid til å kunne vurdere klinisk relevante endepunkter.

Artikkelen avsluttes med anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging av barn med vesikoureteral refluks. Disse skiller seg fra anbefalinger fra Norsk barnelegeforening (3) og fra internasjonale anbefalinger (2, 4). Forfatterne anbefaler at gutter bør utredes med ultralyd og miksjonscystoureterografi etter en urinveisinfeksjon og jenter etter 2–3 urinveisinfeksjoner

(1). Miksjonscystoureterografi er en belastende undersøkelse for barn. Derfor anbefales i dag supplerende utredning med miksjonscystoureterografi kun ved patologiske ultralydfunn og/eller påviste risikofaktorer (5). Å anbefale antibiotikaproylaksis til barn med vesikoureteral refluks grad 1 eller 2 kun på bakgrunn av radiologiske funn (1) er heller ikke vanlig praksis (3) og mangler vitenskapelig dokumentasjon (4). Også vesikoureteral refluks grad 3 og 4 kan etter noen tid gå spontant tilbake (6). Hvis ikke barnet har gjentatte infeksjoner eller tegn på progredierende nyreskade, er indikasjon for kirurgisk reimplantasjon eller endoskopisk behandling høyst usikker (2).

Behandling av vesikoureteral refluks hos barn har i mange år vært preget av en tro på at man ved gjentatte radiologiske undersøkelser og kirurgiske inngrep kan modifisere en risikofaktor for senere nyreskade. Dessverre er dette dårlig dokumentert. Vi savner at Dahl og medarbeidere ikke henviser til en utførlig Cochrane-rapport om temaet (2). Endoskopisk behandling har trolig en plass i behandlingen av visse former for vesikoureteral refluks, men det burde være et fremtidig mål at klinisk relevante endepunkter inkluderes når man etablerer nye behandlingsteknikker.

Claus Klingenberg
Universitetssykehuset Nord-Norge

Hans-Jacob Bangstad
Ullevål Universitetssykehus

Litteratur

- Dahl E, Polacek M, Hagen TS et al. Endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1032–5.
- Wheeler DM, Vimalachandra D, Hodson EM et al. Interventions for primary vesicoureteric reflux. Cochrane Database Syst Rev 2004; CD001532.
- Bjerre A, Aksnes G. Vesikoureteral refluks. I: Veileder i generell pediatri. Oslo: Norsk barnelegeforening, 2006.
- Beetz R. May we go on with antibacterial prophylaxis for urinary tract infections? Pediatr Nephrol 2006; 21: 5–13.
- Bjerre A, Bangstad HJ, Krogvold L et al. Urinveisinfeksjon. I: Veileder i akutt pediatri. Oslo: Norsk barnelegeforening, 2007.
- Smellie JM, Jodal U, Lax H et al. Outcome at 10 years of severe vesicoureteric reflux managed medically: Report of the International Reflux Study in Children. J Pediatr 2001; 139: 656–63.

E. Dahl og medarbeidere svarer: Vi takker for et godt bidrag til en oppdatert diskusjon av vår artikkel om endoskopisk injeksjonsbehandling for vesikoureteral refluks hos barn. Klingenberg & Bangstad