

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Uklarheter vedrørende behandling av borreliose

I Tidsskriftet nr. 10/2008 opphøyes *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell* til norske retningslinjer for behandling av Lyme-borreliose hos voksne (1). For stadium 1 angis at ukomplisert erythema migrans skal behandles med doksosyklin eller amoksisicillin. Dette avviker fra anbefalinger både fra Folkehelseinstituttet (2) og *Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)* (3), der vanlig penicillin oppgis som relevant behandling.

Hvorfor bruker dere legemiddelhåndboken som eneste gyldige retningslinje? Og hvorfor avviker den fra andre informasjonskilder som er i vanlig bruk blant norske leger? Jeg vil også gjerne vite om det er noen myggmidler med spesifikke innholdsstoffer som beskytter mot flått. Alt dette har viktige konsekvenser for allmennpraksis, så jeg er takknemlig for svar.

Janecke Thesen

Valestrand legekontor

Litteratur

1. Ljøstad U, Mygland Å. Lyme-borreliose hos voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1175–8.
2. Folkehelseinstituttet. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:55929:1:5800:75:::0:0 [2.6.2008].
3. Norsk elektronisk legehåndbok. www.legehandboka.no/ [24.6.2008].

Førstevalgsbehandling for erythema migrans er fortsatt penicillin

I en oversiktsartikkel om borreliose i Tidsskriftet nr. 10/2008 anbefalte Unn Ljøstad & Åse Mygland doksosyklin eller amoksisicillin til pasienter med erythema migrans (1). Anbefalingene er hentet fra *Norsk legemiddelhåndbok* og tilsvarer de amerikanske (2). Det er imidlertid nordisk konsensus om å behandle erythema migrans med penicillin (3–5). I den nye antibiotikaveilederen som lanseres til høsten, opprettholdes denne anbefalingen.

Det er flere grunner til ikke å overføre de amerikanske anbefalingene til Norge. Hos oss ses erythema migrans i allmennpraksis, mens mye av forskningen er gjennomført i spesialistpoliklinikker. Dertil er en annen undergruppe av borreliabakterien enn den vi ser i Norge, vanligst i USA, og undergruppene gir noe ulik klinisk infeksjon (6).

I USA finnes ikke fenoksymetylpenicillin kommersielt tilgjengelig.

Sverige er det landet det er mer naturlig å sammenlikne oss med. En del av fagmiljøet fryktet økning i nevroboreliose om man behandlet erythema migrans med penicillin (7). En retrospektiv studie fant etter fem år at 98 % av pasientene i penicillingruppen og 94 % i doksosyklingruppen var symptomfrie (8). En systematisk oversikt over de randomiserte, kontrollerte forsøk, sidestiller effekten av penicillin og doksosyklin (9).

I 2007 ble 328 tilfeller av disseminert borreliose meldt til MSIS (10). Erythema migrans er ikke meldepliktig og forekomsten er ukjent. I Blekinge i Sverige anslår man årlig 5/10 000 innbyggere (11). Overført til norske forhold kan man regne med 6 000 tilfeller i Norges seks mest utsatte fylker bare i sommer. Å behandle disse pasientene med doksosyklin (eller amoksisicillin) i stedet for penicillin øker påvirkningen av normalfloraen og risikoen for resistensutvikling.

Siden det økologisk beste antibiotikum bør brukes så lenge det kan forsvares klinisk, opprettholder vi penicillin som førstevalg ved erythema migrans og anbefaler allmennlegene i Norge å gjøre det samme. Ved disseminert borreliose er det enighet om behandling med bredspektrert antibiotika.

Knut Eirik Eliassen

Morten Lindbæk

Dag Berild

Per Hjortdahl

Arne Fetveit

Redaksjonskomiteén for revisjon av antibiotikaveileder for primærhelsetjenesten

Litteratur

1. Ljøstad U, Mygland Å. Lyme-borreliose hos voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1175–8.
2. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ et al. Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. The Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2000; 31 (suppl 1): 1–14.
3. Lebech A-M, Hansen K. Lyme borreliose – den hyppigste vektorbårne infeksjon i Danmark. Ugeskr Læger 2004; 166: 2431–3.
4. Institut for rationel farmakoterapi. www.irf.dk:«Skovflått» [24.6.2008].
5. Läkemedelsverket. Behandling av och profylax mot fästingöverförda infektioner. Information från Läkemedelsverket 1998; 9, nr.2.
6. Weber K. Aspects of Lyme borreliosis in Europe. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001; 20: 6–13.
7. Bennet L, Stiernstedt S, Berglund J et al. Penicillin V är förstahandsval vid behandling av erythema migrans. Läkartidningen 2006; 103: 1454–5.
8. Bennet L, Danell S, Berglund J. Clinical outcome of erythema migrans after treatment with phenoxymethyl penicillin. Scand J Infect Dis 2003; 35: 129–31.

9. Loewen PS, Marra CA, Marra F. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. Drugs 1999; 57: 157–73.

10. MSIS-statistikk. www.msis.no [24.6.2008].

11. Bennet L, Halling A, Berglund J. Increased incidence of Lyme borreliosis in southern Sweden following mild winters and during warm, humid summers. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2006; 25: 426–32.

U. Ljøstad & Å. Mygland svarer:

Takk for nyttige innspill vedrørende behandling av ukomplisert erythema migrans hos voksne. En Cochrane-rapport fra 1999 konkluderer med at orale regimer med fenoksymetylpenicillin, amoksisicillin, cefuroksim axetil og tetrasykliner alle er effektive i behandlingen av erythema migrans (1). Vi er enig i at penicillin er et naturlig førstevalg grunnet smalt spektrum og mindre resistensutvikling.

Unn Ljøstad

Åse Mygland

Sørlandet sykehus Kristiansand

Litteratur

1. Loewen PS, Marra CA, Marra F. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. Drugs 1999; 57: 157–73.

Allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi

Jon-Magnus Tangen og medarbeidere beskrev i Tidsskriftet nr. 10/2008 resultatene av et norsk behandlingsprogram for akutt myelogen leukemi (1). Siktemålet med arbeidet var ikke å kartlegge verdien av allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi, men allogen stamcelletransplantasjon vies likevel stor oppmerksomhet i diskusjonen. Verken materialets størrelse eller metoden som er brukt, tilsvarer en god analyse av dette spørsmålet.

Vi mener at pasientene bør ha mulighet til å foreta et valg mellom stamcelletransplantasjon og kjemoterapi sammen med behandelende lege. Stamcelletransplantasjon gir best sjanse for å bli frisk. Kjemoterapi gir mindre sannsynlighet for å bli frisk, men lavere risiko for å dø eller få langvarige plagsomme komplikasjoner av behandlingen. Hvordan forløpet vil bli hos den enkelte pasient med midtels eller høy risiko for residiv, kan ikke legen vite med sikkerhet på forhånd. Alternativet til stamcelletransplantasjon i første remisjon for