

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

Behandling av erythema migrans

I Tidsskriftet nr. 15/2008 hevder Knut Eirik Eliassen og medarbeidere at førstehåndsvalg for erythema migrans fortsatt er penicillin (1). Dette tilsvare de svenske anbefalingene (2), men står som Eliassen og medarbeidere påpeker i motsetning til Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007, der amoksisicillin anbefales som førstevalg. Undertegnede er ansvarlige for denne omtalen, og vi vil herved begrunne vår avgjørelse om endrede anbefalinger, som vi fremdeles står inne for.

Forandringer i 2007-utgaven er begrunnet i flere forhold. Borrelia har lang delingstid og potensial for så vel intracellulær persistens som tidlig og ikke symptomgivende spredning til for eksempel sentralnervesystemet. Amoksisicillin har i så henseende gunstigere farmakokinetikk enn penicillin V. Ikke bare har det lengre halveringstid, det har også vesentlig mindre proteinbinding og oppnår høyere konsentrasjon intracellulært og i nervesystemet. Disse forhold har vært tillagt stor vekt hos noen av de mest erfarne borreliaekspertene i Norden (3).

I Finland har man ved valg av amoksisicillin for erythema migrans i de senere år unngått problemer med etterfølgende nevroboreliose (3). Selv om det ikke foreligger noen større komparativ undersøkelse med penicillin V mot amoksisicillin, mener vi at den finske erfaringen nå må telle så tungt at vi i våre anbefalinger tar hensyn til den. Etterundersøkelsen av pasienter med erythema migrans i Sverige (4) tillegges for stor vekt av Eliassen og medarbeidere. Undersøkelsen er retrospektiv, ikke randomisert, og kan (som forfatterne selv påpeker) romme en skjevfordeling (bias) fordi man i «tyngre» tilfeller har gitt behandling med doksykylin og i de enkle og ukompliserte oftere penicillin V (1).

Det er heller ikke opplagt at det økologiske aspektet er så relevant her. Tallet 6 000 er basert på en forekomst i et høyendemisk område i Sør-Sverige (1, 5), og er neppe dekkende for forholdene i Norge. Dessuten er det holdpunkter for at tarmfloraen ikke langsiktig endres i sitt resistensmønster etter en kortvarig amoksisicillinbehandling (6). Det er derfor ikke sannsynlig at behandling av erythema migrans utgjør et problem i vår antibiotikabruk,

verken med hensyn til volum eller indikationsstilling.

Per Bjark
Sykehuset Vestfold

Vidar Ormaasen
Ullevål universitetssykehus

Torkild Skjelmerud
Norsk legemiddelhåndbok

Litteratur

1. Eliassen KE, Lindbæk M, Berild D et al. Førstevalgsbehandling for erythema migrans er fortsatt penicillin. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1681.
2. Bennet L, Stiernstedt S, Berglund J et al. Penicillin V är förstahandsval vid behandling av erythema migrans. Läkartidningen 2006; 103: 1454.
3. Wahlberg P, Nyman D. Penicillin V-behandling vid erythema migrans kan ge falsk säkerhet. Läkartidningen 2006; 103: 668.
4. Bennet L, Danell S, Berglund J. Clinical outcome of erythema migrans after treatment with phenoxymethylpenicillin. Scand J Infect Dis 2003; 35: 129–31.
5. 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.
6. Hay AD, Thomas M, Montgomery A et al. The relationship between primary care antibiotic prescribing and bacterial resistance in adults in the community: a controlled observational study using individual patient data. J Antimicrob Chemother 2005; 56: 146–53.

Dødeligheten i Norge og USA

Norge lå på verdenstoppen i forventet levealder for 30–40 år siden. I dag ligger vi på 15.–20. plass. Men det er fremdeles viktige land som ligger bak oss. Et av disse landene er USA, og her vil jeg legge frem resultatet av en sammenlikning mellom Norge og USA.

Det enkleste og beste enkeltuttrykk for dødeligheten i en befolkning er forventet levealder for en nyfødt. Størrelsen er utelukkende basert på de aldersspesifikke dødsansynligheter og er altså uavhengig av den aktuelle alderssammensetning. Dødsfall i ung alder teller mer enn dødsfall i høy alder. Min fremstilling er basert på dødelighetstabeller og demografiske tabeller med befolkningstall hentet fra WHO Statistics.

Forventet levealder i 2006 i Norge er 78,1 år og 82,7 år for menn og kvinner og i USA 75,5 år og 80,4 år for de to kjønn. Forventet levealder er m.a.o. 2,6 og 2,3 år høyere i Norge. Denne forskjellen i døde-

lighet er imidlertid markert avhengig av alder. Mens dødeligheten i Norge fra fødsel til om lag 80 år er 30–40 % lavere i Norge enn i USA, snur dette bildet etter fylte 80 år. I aldersgrupper over 80 år er dødeligheten i Norge 10–15 % høyere enn i USA. Ved å anvende både norske og amerikanske dødelighetstall på den norske befolkning kan man beregne forskjellen i absolutt antall dødsfall i løpet av et år. Resultatet er en forventning om 4 000 flere dødsfall i 2008 dersom vi hadde hatt amerikanske dødelighetsrater.

Velstanden målt som BNP per innbygger er praktisk talt identisk. Men fordelingen av velstanden er mye jevnere i Norge. Den såkalte Gini-indeksen, som måler dette, gir 40,8 for USA og 25,8 for Norge, noe som betyr at vi har færre fattige i Norge. Overdødeligheten i Norge for aldersgrupper over 80 år er allikevel ikke lett å forklare. Jeg kan nevne fire mulige hypoteser: 1) Eldreomsorgen i USA er bedre enn i Norge, 2) Syke eldre amerikanere behandles bedre i USA, 3) Høyere dødelighet i yngre alder gir ved seleksjon sterkere generasjoner av gamle mennesker, og 4) Aldersjuks: Ved fylte 65 år får amerikanerne adgang til gratis helsetjeneste gjennom Medicare. Det vil friste en 60-åring til å legge på fem år på alderen sin. Dette vil lede til lavere observert dødelighet for aldersgrupper over 65 år.

Uten nærmere undersøkelser vil jeg ha mest tiltro til hypotese nummer 3.

Hans Th. Waaler
Oslo

Skal gravide screenes for asymptomatisk bakteriuri?

I Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (1) anbefales screening for asymptomatisk bakteruri kun for gravide som tidligere har hatt residiverende urinveisinfeksjoner (kunnskapsgrunnlag nivå 4). Det understrekes riktignok at prevalensen av asymptomatisk bakteriuri hos norske kvinner ikke er tilstrekkelig dokumentert og at ytterligere forskning er nødvendig.

Når den nye antibiotikaveilederen anbefaler at alle gravide skal screenes for asymptomatisk bakteriuri (2), betyr det at det nå foreligger tilstrekkelig dokumentasjon?

Hovedaktørene bak begge disse anbefa-

lingene er tilknyttet det allmenmedisinske miljøet ved Universitetet i Oslo. Kanskje de kan oppklare disse sprikende rådene, slik at norske allmenleger vet hvilken anbefaling de skal følge?

Aase Aamland
Vennesla Legesenter

Litteratur

- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer_for_sv_2674a.pdf [6.11.2008].
- Eliassen KE, Fetveit A, Hjortdahl P et al. Nye retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2330–4.

A. Bærheim og medarbeidere svarer:

Screening og behandling av asymptomatisk bakteriuri i svangerskapet omtales nå i to nasjonale faglige retningslinjer. Begge er utgitt av Helsedirektoratet (1, 2). Anbefalingen i svangerskapsretningslinjene er at lege/jordmor først skal spørre den gravide om tidligere urinveisinfeksjoner. Kun om hun har hatt gjentatte infeksjoner tidligere, skal urinen dyrkes for å påvise en asymptomatisk bakteriuri (1). I antibiotikaretningslinjene anbefales screening av asymptomatisk bakteriuri hos *alle* gravide ved første kontroll. Behandling av asymptomatisk bakteriuri i svangerskapet er effektivt for reduksjon av pyelonefritt og sannsynligvis for fødsel før termin. Det er nødvendig med dyrking av urin for å påvise asymptomatisk bakteriuri (1, 2), uavhengig av utslag på urinstiks. Det er ingen forskjell mellom de to retningslinjene når det gjelder dette. Ved oppvekst av samme type bakterie med likt resistensmønster i to påfølgende prøver, finner systematiske oversikter at antibiotikavalg kan foregå tradisjonelt etter resistensforhold og hvilke midler den gravide bør unngå (3). Det er kun screeningsspørsmålet som er kontroversielt.

Basert på internasjonal enighet, var det tidligere norsk praksis å screene gravide med dyrking av urin (4). I Retningslinjer for svangerskapsomsorgen ble avgjørelsen om hvorvidt man skulle anbefale screening eller ikke, fattet på grunnlag av kostnad-nytte-vurderinger (1). Ved lav prevalens av asymptomatisk bakteriuri bedømte man primær bakteriologisk screening som for kostbart i forhold til nytte (1). Dessverre er kunnskapsgrunnlaget for forekomsten av asymptomatisk bakteriuri hos gravide i Norge dårlig, og dokumentasjonsgraden er ikke høy for noen av de to anbefalingene.

At Retningslinjene for antibiotikabruk nå anbefaler screening av alle gravide, er i tråd med utbredt internasjonal praksis. Screening anbefales i første trimester blant annet av The United States Preventive Services Task Force, Infectious Diseases Society of America, the European Association of Urology, the Canadian Task Force on

Preventive Care og the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (5). Screening for asymptomatisk bakteriuri regnes som en av de mest kostnadseffektive strategier for mor og barns helse i utviklingsland (6). Selv om prevalensen hos gravide i Norge må antas å være lav, er screening forholdsvis enkelt og billig, sett i forhold til de alvorlige komplikasjonene som kan forebygges. Fastlegene kan dermed trygt følge anbefalingene i de nye retningslinjene for antibiotikabruk.

Helsedirektoratet har nå to nasjonale retningslinjer med ulike anbefalinger. Retningslinjer for svangerskapsomsorg er nå under revidering. Vi oppfordrer direktoratet til å sørge for samsvar mellom de to retningslinjene etter neste revisjon.

Anders Bærheim
Bergen

Knut Eirik Eliassen
Morten Lindbæk
Oslo

Litteratur

- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer_for_sv_2674a.pdf [6.11.2008].
- Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. IS-1583. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00078/Nasjonal_faglig_retn_78639a.pdf [25.11.2008].
- Smaill F, Vanquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 2: CD000490.
- Hunskår S, Bærheim A. Asymptomatisk bakteriuri hos gravide skal oppdagast, behandlast og kontrollert! Utposten 1995; 24: 157–9.
- Smaill F. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21: 439–50.
- Adam T, Lim SS, Metha S et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ 2005; 331: 1107–13.

Vurdering av risiko ved hjemmefødsel

I Tidsskriftet nr. 21/2008 foreslår Ellen Blix og medarbeidere at kvinner som ønsker å føde hjemme bør informeres om «risiko for uventede, akutte hendelser, sannsynlighet for overflytting til sykehus og om at planlagt hjemmefødsel er forbundet med færre inngrep i fødselsforløpet» (1). Under tegnede mener at denne informasjonen også må omfatte komplikasjonsraten ved de aktuelle fødeinstitusjoner i distriktet. Hva er den statistiske sannsynligheten for at kvinnen vil trenge blodoverføring om hun føder hjemme, eller på avdeling x, y eller z? For at kvinnen får en stor rift i fødselskanalen, eller en infeksjon som krever forlenget opphold i sykehuset? For at fødselen avsluttes med tang, vakuump eller keisersnitt? For at barnet blir innlagt på nyfødteintensivavdeling eller får noen annen næring enn morens egen melk, under oppholdet?

Vi kan ikke informere kvinner ut fra en

antakelse om at hjemmefødsel medfører en viss risiko, mens fødsel i sykehus er risikofri. De har hver sine risikomomenter, og det er ingen enkel sak å veie dem opp mot hverandre, fordi hver kvinne vil ha sin oppfatning av hva som er viktigst. Vi kan heller ikke anta at alle sykehus er like. Det første steget ville være at hver fødeinstitusjon, og hver jordmor som bistår ved hjemmefødsel, er i stand til å oppgi egne tall for de nevnte variablene.

Rachel Myr
Sørlandet sykehus Kristiansand

Litteratur

- Blix E, Øian P, Kumle M. Utfall etter planlagte hjemmefødsler. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2436–9.

Underlivsplager og kvinnelige Internettbrukere

Aldring påvirker mange organer i kvinnekroppen, inkludert underlivet, hvor urogenitale plager, som for eksempel vaginal tørrhet, øker med alder og tid siden menopause. Endringene skyldes vanligvis bortfall av østrogenstimulering. I en studie var vaginal tørrhet for eksempel rapportert å forekomme blant 25 % ett år etter menopause, mens blant nesten 50 % etter tre år (1).

Ettersom demografiske endringer de kommende tiår fører til en dominans av kvinner i befolkningen, vil det også bli et økt behov for formidling av informasjon om kvinnehelse, så vel «off-line» som «on-line». Selv om sistnevnte informasjonskanal brukes i økende grad allerede (2), også for gynekologiske problemstillinger (3), er det få undersøkelser som har kartlagt forekomsten av urogenitale plager blant postmenopausale kvinner som benytter Internett som en kilde til helseinformasjon.

På Novo Nordisks nettside om kvinnehelse (4) ble det fra juli 2007 til februar 2008 utført en spørreundersøkelse med 13 spørsmål knyttet til underlivsplager. Totalt ble det registrert 1 027 respondenter som alle oppga å være kvinner. 48 skjemaer manglet alder eller var manglende utfylt, og totalt ble 979 besvarelser analysert. Gjennomsnittsalder var 54 år (19 % over 70 år). Menopause hadde inntrådt blant 70,8 % ved gjennomsnittlig alder 50 år og gjennomsnittlig menopausevarighet for respondente var sju år.

Urogenitale plager forekom hyppig. Prevalensene var 64,3–87,7 % for vaginal tørrhet, 82,5–90,4 % for smerter ved samleie, 7,1–10,4 % for utflod og 12,1–19,7 % for residiverende urinveisinfeksjoner. 72,8–90,8 % anga at de var seksuelt aktive og 20,3–29,3 % anga at de selv hadde et underlivsproblem.

Denne undersøkelsen viser at prevalensen