

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 doksykyklin 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 holdepunkter 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-