

## Tolking av serologiske testar

I Tidsskriftet nr. 4/2013 var det ei tankevekkande sjukehistorie frå barneklirikken i Fredrikstad (1). Konklusjonen var at pasienten hadde skogflåttencefalitt (tickborne encephalitis, TBE). Historia illustrerer kor vanskeleg det kan vere å skilje infeksjos frå autoimmun inflammasjon i nervesystemet, slik det vert poengtert i kommentaren til Ljøstad & Mygland (2).

Klinisk vert dette ytterlegare komplisert når ein har brukt intravenøst immunglobulin i behandlinga, som i dette tilfellet. Intravenøst immunglobulin-preparat inneheld ei rekke ulike antistoff, og preparat tilverka i Europa er rapportert å kunne innehalde varierende mengd TBE-virusantistoff (3). Etter slik behandling vil ein kunne finne falskt positive serologiske testar både for mikrobeantistoff og autoantistoff (4, 5).

Ved serologisk diagnostikk av skogflåttencefalitt vert positiv IgM-test åleine vurdert som eit usikkert funn, og det vert tilrådd oppfølgingsprøvar for å påvise serokonversjon for spesifikt IgG (6). Dette var gjort hos denne pasienten, og serokonversjon vart påvist.

Kan den observerte tilkomsten av anti-TBE-IgG her skuldast infusjon av intravenøst immunglobulin i tida mellom dei to prøvane?

**Dag Tveitnes**  
dag.tveitnes@sus.no  
**Reidar Hjetland**  
**Knut Øymar**

Dag Tveitnes (f. 1963) er spesialist i barnesykdommer og overlege ved Barneklirikken, Stavanger universitetssjukehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Reidar Hjetland (f. 1956) er spesialist i medisinsk mikrobiologi og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Helse Førde. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Knut Øymar (f. 1959) er spesialist i barnesykdommer, overlege ved Barneklirikken, Stavanger universitetssjukehus, og professor ved Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

- Gauer K, Helgestad KI, Wirsching C et al. En tenåring med smerter, dobbeltsyn og ustø gange. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 422–5.
- Ljøstad U, Mygland A. Et virus på fremmarsj. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 426.
- Rabel PO, Planitzer CB, Farcet MR et al. Tick-borne encephalitis virus-neutralizing antibodies in different immunoglobulin preparations. Clin Vaccine Immunol 2012; 19: 623–5.
- Arnold DM, Crowther MA, Meyer RM et al. Misleading hepatitis B test results due to intravenous immunoglobulin administration: implications for a clinical trial of rituximab in immune thrombocytopenia. Transfusion 2010; 50: 2577–81.
- de Beer F, Schreurs MW, Foncke EM. False positive autoantibodies to glutamic acid decarboxylase in opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome after intravenous treatment with immunoglobulin. Clin Neurol Neurosurg 2009; 111: 643–4.
- Holzmann H. Diagnosis of tick-borne encephalitis. Vaccine 2003; 21 (suppl 1): S36–40.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 24.2. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975319/>*

## Serologisk prøvesvar på TBE-virus

Et interessant innspill – men i dette tilfellet passet klinisk bilde, sykdomsforløp og serologisk titernivå av anti-TBE. Titerstigningen inkludert serokonverteringen var signifikant (mer enn firedoblet). De diagnostiske kriteriene var oppfylt. Dessuten hadde pasienten oppholdt seg i et område hvor det var sannsynlig at virusinfisert flått kunne finnes – ut fra en forventet endemisk utvikling.

Likevel belyser Tveitnes og medarbeidere en problemstilling

som må tas med i totalvurderingen ved diagnostisering av pasienter som behandles med intravenøst immunglobulin. Vi forventer livslang immunisering mot skogflåttencefalitt hos vår pasient. Det kan man vel ikke forvente dersom intravenøst immunglobulin alene skulle være årsak til serokonverteringen?

**Kjell-Ivar Helgestad**  
vonrosen@online.no

Kjell-Ivar Helgestad (f. 1972) er fastlege ved Skjærhalden legekantor på Hvaler. Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 26.2. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975319/>*

## Immunglobulin og serologiske testar

Då dette sjukdomstilfellet på mange måtar er spesielt, både epidemiologisk (det første i Østfold) og klinisk (minner meir om Guillain-Barrés syndrom enn om skogflåttencefalitt), synest vi at diagnosen burde vore betre underbygd serologisk. Passivt overført TBE-IgG frå intravenøst immunglobulin vil forsvinne etter nokre månader, men etter gjennomgått skogflåttencefalitt ville ein vente livslang positiv TBE-IgG. Det går ikkje fram av kasuistikken om dette er kontrollert seinare, men etter vår meining ville det vere ei viktig styrking av diagnosen.

**Dag Tveitnes**  
dag.tveitnes@sus.no  
**Reidar Hjetland**  
**Knut Øymar**

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 4.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975319/>*

## Intravenøs immunglobulinbehandling

Folkhelseinstituttet har nasjonal referansefunksjon for skogflåttencefalittvirus. Vi vil derfor gjerne få komme med en generell kommentar. Vi kan bekrefte at vi er blitt bedt om å ta kontrollprøve for nærmere avklaring i dette tilfellet. På laboratoriehenvisningen var det imidlertid ikke angitt at intravenøs immunglobulinbehandling var gitt.

Ved vårt laboratorium har vi også erfaring med at infusjoner med f.eks. Kiovig kan volde problemer for serologisk diagnostikk. Ifølge produsenten må man kunne regne med produktet kan inneholde TBE-IgG, da det fremstilles av plasma fra både norske, svenske, tsjekkiske og sveitsiske blodgivere. Tidligere har vi hatt tilfeller der slik behandling har vært opplyst fra pasientansvarlig lege. Dermed har vi i samarbeid med klinikerne kommet frem til riktig diagnose ved at det er fulgt opp med kontrollprøver for å se om antistoffene vedvarer eller (som ved tilførte antistoffer) forsvinner. Kiovig har en halveringstid på ca. 32 dager. I de tilfeller hvor dette er årsaken til positiv TBE-IgG, har man kunnet se at antistoffene forsvinner etter en del uker.

Vi vil benytte anledningen til å minne de henvisende leger om å oppgi all relevant type behandling slik at riktig diagnose kan stilles.

**Susanne Gjeruldsen Dudman**  
susanne.gjeruldsen.dudman@fhi.no  
**Kirsti Vainio**

Susanne Gjeruldsen Dudman (f. 1964) er dr.med. og spesialist i medisinsk mikrobiologi. Hun er overlege ved Avdeling for virologi ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kirsti Vainio (f. 1958) er dr.scient. (ph.d.) og seniorforsker ved Avdeling for virologi ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 7.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975319/>*

## K. Gauer og medarbeidere svarer:

Dag Tveitnes og medarbeidere og Susanne Gjeruldsen Dudman har kommet med viktige innspill. Etter at vi ble gjort oppmerksom på at infusjon med Kiovig kan resultere i forbigående positiv TBE-IgG, har vi sendt inn oppfølgingsprøve til Folkehelseinstituttet – nedfryst serum fra pasienten tatt seks måneder etter sykdomsdebuten. Denne ble nylig undersøkt der og er negativ for TBE-IgG. Den påviste serokonversjonen hos pasienten skyldes derfor mest sannsynlig Kiovig-infusjonen hun fikk i tidsrommet mellom de to prøvene.

Klinisk var pasientens symptomer forenlig med Guillian-Barrés syndrom, men pleocytose på maksimum 425 celler i spinalvæskene gjør diagnosen mindre sannsynlig. Epidemiologisk var nevroborreliose (Bannwarths syndrom) den mest sannsynlige årsak til pasientens symptomer og spinalvæskesfunn, selv om andre nevrotrope virus ikke kan utelukkes. Gjentatte serologiske prøver med tanke på borrelia og nevrotrope virus har vært negative. Nå er også kontrollprøven for TBE-IgG negativ.

Vi kan således ikke underbygge noen av differensialdiagnosene med solide serologiske prøver.

**Katrine Gauer**  
*katrine.gauer@gmail.com*  
**Kjell-Ivar Helgestad**  
**Christian Wirsching**  
**Ketil Størdal**

Katrine Gauer (f. 1979) er lege i spesialisering ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold Fredrikstad.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kjell-Ivar Helgestad (f. 1972) er fastlege ved Skjærhalden legekantor på Hvaler.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Christian Wirsching (f. 1978) er fastlege ved Gjerdrum Legesenter.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ketil Størdal (f. 1966) er overlege ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold Fredrikstad, og ved mor-og-barn-undersøkelsen ved Folkehelseinstituttet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Legeskapt avhengighet



Jeg har med interesse lest Vaaler & Fasmer kronikk i Tidsskriftet nr. 4/2013 (1). Som daglig bruker av benzodiazepiner over 13 år, etter flere skulderoperasjoner, har jeg dannet meg et bilde av disse medikamentene og behandlingen som ikke finnes. Dette er medikamenter som gis ved alle landets legekontorer hver dag. Abstinensene ved nedtrapping etter langvarig bruk er ofte uoverkommelige. Avvenning fra heroin, kokain og andre substanser er visstnok langt lettere og tar betydelig kortere tid.

Man visste mye om benzodiazepiner og avhengighet allerede for 30 år siden. Hvorfor denne kunnskapen har ført til en økning i bruken i stedet for en reduksjon, er for meg en gåte. Faktum er at det ikke finnes god hjelp å få for oss som er blitt benzodiazepinbrukere. Det finnes riktignok institusjoner som samler *alle* brukere av alle forskjellige vanedannende preparater, både lovlige og ulovlige. Der behandles man som om man har samme personlighet og er i samme tilstand. Jeg, som verken drikker alkohol eller røyker, men er kun svært avhengig av benzodiazepiner og etter hvert deprimert, en vanlig følge av slike medikamenter, holder ikke ut på et avrusningssted hvor alkoholikere, narkomane og legemiddelavhengige skal sitte på «stua» til fastlagte TV-tider mellom samtaler. Jeg blir med på møtene og terapien, men ikke det rigide systemet hvor mennesker med så ulike utfordringer også skal samles i et tvangsmessig sosialt fellesskap.

Det distriktspsykiatriske senteret gir ingen annen hjelp enn polikliniske timeavtaler én gang i uken. Hva er det for slags hjelp? Hjelp – slik jeg forstår det – er å få trøst, få mat og få snakke med en terapeut. Altså en slags behandling. Eller med andre ord: Innleggelse i klinikk i perioder. Det som tilbys slike som oss, er å ta T-bane og trikk til et venterom og sitte der kl 1245 hver mandag. Jeg kaller ikke det hjelp. Heller det motsatte av hjelp.

Problemet er legeskapt og dødelig. Det er forkastelig at leger gir benzodiazepiner i høyere frekvens enn de deler ut papirlømmetørklær. Nå skal det sies at mange leger får pasienter på sin kundeliste som allerede er avhengige av benzodiazepiner. Disse legene får altså problemet i fanget. Det skal imidlertid svært sterke indikasjon til for å sette en pasient på benzodiazepiner lenger enn 14 dager. Jeg kan ikke komme på en eneste i farten.

Vi må også huske på at mens dette problemet blir diskutert, bygges psykiatrien ned. De døgnplassene som trengs for behandling, forsvinner systematisk ved økonomiske nedskjæringer. Antallet psykiatriske sengeposter er halvert siden 1990 og erstattet med psykofarmaka, så å si. En frisk befolkning blir gjort og holdt syke fordi verdens rikeste land ikke har råd til annen behandling enn piller som skaper større problemer enn de løser.

**Jonny Solem**  
*yapp2@online.no*

Jonny Solem (f. 1962) er sykmeldt og har vært benzodiazepinbruker i 13 år. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Vaaler AE, Fasmer OB. Antidepressive legemidler – klinisk praksis må endres. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 428–30.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 20.2. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2975531/>*