



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.

Hvorfor gjøres miksjonsuretrocytografi?

Jeg har en kommentar til artikkelen av Elise Christine Bjørkholen og medarbeidere om miksjonsuretrocytografi (MUCG) i Tidsskriftet nr. 12/2004 (1). Hovedbudskapet om at gjennomføringen av miksjonsuretrocytografi bør bedres, er ikke nødvendig å kommentere. Det er indikasjonsstillingen jeg vil sette søkelyset på. Da miksjonsuretrocytografi er en invasiv undersøkelse, ressurskrevende og ubehagelig for både pasient, foreldre og personale, og dessuten krever relativt stor stråledose, må det sterke argumenter til for å forsvare metoden.

Når man går inn på indikasjonsstillingene for undersøkelsen, ser man at metoden bildediagnostisk kan erstattes med ultralydundersøkelse i de aller fleste tilfellene. Indikasjoner nevnt i artikkelen er 1) Urinveisinfeksjon: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. Ved patologi, for eksempel hydronefrose, må videre undersøkelser gjøres (urografi, ev. miksjonsuretrocytografi m.m). 2) For å påvise refluks: Her er ultralyd førstevalg. Dersom en refluks er «lavgradig» og ikke fører til dilatert nyrebekken, vil operasjon ikke være aktuelt. Eventuell profylaktisk terapi må her avgjøres ut ifra kliniske forhold. 3) Hydro-nefrose: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 4) Ved mistanke om uretraklaffer: Her bør pasienten henvises til urolog som ev. henviser barnet til videre undersøkelse. 5) Dobbeltanlegg: Dette er å betrakte som normalvariant uten aktuell patologisk betydning og skal utredes etter de samme retningslinjer som «enkeltanlegg». 6) Blæredivertikler: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 7) Miksjonsforstyrrelser: Dette er problemstillinger som bør henvises til urolog før ev. videre undersøkelse, eller primærlegen kan først henvises til ultralydundersøkelse av urinveier. 8) Vurdering av blærevegg: Her er ultralydundersøkelse førstevalg. 9) Tømming og residualurin: Her er ultralydundersøkelse førstevalg.

Konklusjonen min er at de aller fleste miksjonsuretrocytografier kunne vært unngått. Ved problemstillinger i urinveiene bør ultralydundersøkelse være førstevalg. Henvisning til miksjonsuretrocytografi bør foretas av urolog eller etter rådføring med urolog.

Tor Austad
Medi3
Ålesund

Litteratur

1. Bjørkholen EC, Gravdahl CØ, Vandvik IH. Miksjonsuretrocytografi – er praksis i tråd med empirisk kunnskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1689–91.

E.C. Bjørkholen og medarbeidere svarer:

Indikasjonsstillingene for miksjonsuretrocytografi (MUCG), og hvorvidt disse svarer med empirisk kunnskap, lå utenfor det vi ønsket å belyse i vår artikkel. Derfor har vi heller ikke vurdert i hvilken grad metoden kan erstattes av ultralyd eller andre mindre invasive undersøkelser, eller om den er førstevalg ved de indikasjonene vi fant beskrevet i litteraturen. Hovedbudskapet vårt er at gjennomføringen av undersøkelsen kan forbedres: Informasjonsskrivene bør få bedre layout, tekst og bilder, informasjon til fremmedspråklige bør utarbeides og mer rutinemessig bruk av sedasjon bør vurderes.

Det er likevel grunn til å stille spørsmål om i hvilken grad miksjonsuretrocytografi kan erstattes av ultralyd eller andre mindre invasive undersøkelser og om det er et så stort overforbruk av miksjonsuretrocytografi, slik Tor Austad hevder. Disse spørsmål er forelagt barnekirurg Sigvald Refsum, som har følgende kommentar: «Det er ingen uenighet om at ultralydundersøkelsen er førstevalg ved problemstillinger i urinveiene. Men det er altfor få barnekirurger/og barneurologer i landet til at vi kan konsulteres før hver henvisning til miksjonsuretrocytografi. Dette er en belastende undersøkelse både for barnet og for de andre involverte, men det er en viktig undersøkelse, og forbedringer som vil gjøre undersøkelsen mindre traumatisk, og sannsynligvis også mer vellykket diagnostisk sett, er derfor påkrevd.

Ved utredning av barn som har hatt urinveisinfeksjoner, ved nedsatt nyrefunksjon og etter prenatal diagnostikk er ultralydundersøkelse av nyrer og urinveier det første som blir gjort, derest ofte miksjonsuretrocytografi. Ultralydundersøkelsen viser nyremorfologi (parenkymvurdering, tumorer, cyster, konkrementer og eventuelt dobbeltanlegg), dilatasjon av øvre urinveier, blæreveggsfortykkelse og ureterocele. Men ultralyd er ikke en undersøkelse for påvisning (og gradering) av vesikoureteral refluks (VUR), selv om en flink røntgenlege også kan se eventuell refluks. Ved mistanke om vesikoureteral refluks gjøres miksjonsuretrocytografi.

Samtidig får vi informasjon om resturin, blærekapasitet, infravesikalt avløps hinder, trabekulering og blæredivertikler og vi får kateterurin til bakteriologisk undersøkelse.

Dobbeltanlegg er ofte en «normalvariant», men kan også være forbundet med ektopisk ureter, ureterocele, terminal ureterstenose og vesikoureteral refluks. Dobbeltanlegg påvises ved ultralydundersøkelsen, men det vil ofte være indikasjon for miksjonsuretrocytografi i tillegg. For utredning av miksjonsforstyrrelser gjøres urinstrømsmåling (flowmetri) og cystometri, eventuelt med sfinkterelektromyografi. Korrekt utført miksjonsuretrocytografi gir tilleggsinformasjon som kan være avgjørende for tolkingen av de urodynamiske funn. Austad kommenterer også behandling av vesikoureteral refluks. I den anledning henviser vi til en artikkel om endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn, som er akseptert for snarlig publisering i Tidsskriftet (1).»

Inger Helene Vandvik
Elise Christine Bjørkholen
Cecilie Øvland Gravdahl
Rikshospitalet

Litteratur

1. Dahl E, Polacek M, Hagen TS et al. Endoskopisk behandling av vesikoureteral refluks hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; akseptert for publisering.

Kombinasjonsbehandling med karbamazepin og quetiapin

Vår artikkel *Har stemningsstabiliserende legemidler noen plass i behandlingen av schizofreni?* i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 (1) inneholder en tabell over legemiddelinteraksjoner. Etter at manuskriptet ble akseptert for publisering, er det publisert en studie som basert på to pasienter indikerer at kombinasjonsbehandling med karbamazepin og quetiapin kan gi lave serumnivåer av quetiapin (2). Også upubliserte data, som omtales i den fullstendige preparatomtalen for Seroquel (3), tyder på at det eksisterer en slik interaksjon.

Resultater fra analyser av rutineprøver ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, bekrefter disse funnene (2, 3). Quetiapinkonsentrasjonen i 39 prøver fra pasienter som samtidig brukte karbamazepin