

## Konisering kan gi fødselskomplikasjoner

Cervixscreening reduserer forekomsten av invasiv livmorhalskreft ved at premaligne celler kan fjernes. Men de fleste kvinnene som gjennomgår behandlingen er i fertil alder, og mange vil senere bli gravide. Det er etisk ikke mulig å gjennomføre randomiserte, kontrollerte studier over hvordan svangerskap og fødsel eventuelt blir påvirket av behandlingen. Derfor er systematiske analyser av oppfølgingsstudier viktig.

En slik gjennomgang av 27 studier viser at kvinner som hadde gjennomgått konisering hadde omtrent dobbelt så stor risiko som andre for å føde for tidlig, og at de oftere fikk undervektige barn eller måtte forløses ved keisersnitt (Lancet 2006; 367: 489–98). Risikoen var noe avhengig av type konisering. Fertiliteten var imidlertid ikke redusert.

Forfatterne mener at kvinner med celleforandringer bør få informasjon om denne effekten, og at det kan være grunnlag for å avvente behandling og følge opp yngre pasienter med svært lavgradige celleforandringer.

## Høy lyd øker risikoen for akustikusnevrinom

Ut fra bare én tidligere studie har det vært antydnet at eksponering for høy lyd øker risikoen for å få akustikusnevrinom. Dette funnet er nå replikert i en svensk undersøkelse med 146 pasienter og 564 kontrollpersoner (Am J Epidemiol 2006; 163: 327–33).

Oddsratio for sykdommen var signifikant økt for personer som hadde vært utsatt for mye støy. Dette gjaldt særlig maskinarbeidere (OR 1,8; 95 % KI 1,1–2,9) og personer som hadde arbeidet i musikkbransjen (OR 2,3; 95 % KI 1,2–4,2). Sammenhengen mellom eksponering for høye lyder og svalt var bare til stede etter en latensperiode på minst 13 år.

## Barn klarer seg bedre enn voksne etter hjertestans

Barn som er innlagt i sykehus har høyere overlevelse enn voksne sykehuspasienter etter hjertestans, særlig fordi de klarer seg bedre etter asystoli eller hjertepumpesvikt (elektromotorisk dissosiasjon). Det er konklusjonen i en stor, prospektiv observasjonsstudie (JAMA 2006; 295: 50–7).

Forskerne analyserte data fra en database over hjertestans hos pasienter ved 253 sykehus i USA og Canada. I perioden 2000–04 var det registrert hjertestans hos 37 000 voksne og 900 barn.

27 % av barna og 18 % av de voksne overlevde til utskrivning. Asystoli var den hyppigste årsak til hjertestans både hos barn og voksne (henholdsvis 40 % og 35 %).

## Tidlige tegn ved meningitt

En studie som beskriver det kliniske forløpet ved meningitt hos barn og ungdom har fått stor oppmerksomhet i *The Lancet*. Kanskje ufortjent, mener norsk lege.

Alle leger kjenner de tre klassiske tegn på hjernehinnebetennelse: petekkier, nakkestivhet og nedsatt bevissthet. Men når disse dukker opp, kan sykdommen allerede ha utviklet seg så langt at det er for sent å redde pasienten.

Britiske forskere har innhentet opplysninger fra foreldrene til 448 barn med meningitt for å kartlegge forløpet av sykdommen (1). De klassiske symptomene kom først etter 13–22 timer. Tre generelle tegn på sepsis, nemlig kalde ekstremiteter, endret hudfarge og smerter i beina, var derimot til stede allerede etter en mediantid på åtte timer.

Petter Brandtzæg, som er professor ved Barnesenteret, Ullevål universitetssykehus, har arbeidet mye med meningokokksykdommer. Han er overrasket over at studien har fått så bred omtale og at *The Lancet* skriver om et paradigmeskifte i meningitt-diagnostikk.

– Dette er ikke, som forfatterne påstår, den første undersøkelsen av denne typen. Norske leger gjorde noe liknende allerede i 1983 (2). Men min hovedinnvending mot funnene er at de ikke sier noe om den pre-



Foreldre er lært opp til å sjekke om barnet har hudblødninger, men det kan være et sent tegn ved meningitt. Foto Stockbyte/SCANPIX

diktive verdien av symptomene. Kalde ekstremiteter og muskelsmerter er ganske uspesifikke tegn.

Legen må vurdere barnets allmenntilstand. Dersom foreldrene mener at det er mye sykere enn ved en «vanlig» infeksjon eller hvis allmenntilstanden er svært svekket, bør barnet til sykehus, sier Brandtzæg.

**Ragnhild Ørstavik**  
ragnhild.orstavik@fhi.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Thompson MJ, Ninis N, Perera R et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006; 367: 397–403.
2. Tonjum T, Nilsson F, Bruun JN et al. The early phase of meningococcal disease. NIPH Ann 1983; 6: 175–81.

## Kan pasientene kontrollere INR-nivået selv?

Hvis pasientene selv kontrollerer INR-nivået, øker effekten av antikoagulasjonsbehandling med warfarin. Det viser en metaanalyse av 14 randomiserte studier.

Warfarinbehandling reduserer risikoen for tromboembolisk sykdom. Men doseringen er vanskelig, og pasientene må få kontrollert INR-nivået regelmessig.

Dersom pasienten er i stand til det, kan det være praktisk at vedkommende gjennomfører disse kontrollene selv. De siste årene er det kommet flere testsystemer med tilfredsstillende kvalitet på markedet. Pasienten kan undersøke INR-nivået og enten konsultere legen eller selv justere warfarindosen.

I flere mindre studier er egenkontroll validert, men disse studiene har ikke vært store nok til å kunne vise noen signifikante effekter. Nå viser resultatene av en metaanalyse av 14 artikler at dødeligheten blir redusert med omkring 30 % (1). Hos pasienter som målte INR-nivået selv var det både færre blødninger

og redusert forekomst av tromboser enn hos dem som gikk til kontroll hos lege.

– Selvmonitort antikoagulasjonsbehandling er svært lite brukt i Norge. Denne analysen viser at slik oppfølging er forsvarelig og sannsynligvis bedre hos egnede grupper. Men spørsmålet er hvem som er egnet. Studiene har store eksklusjons- og frafallsgrupper, fordi så mange ikke kan eller vil måle INR-nivået selv. Pasientene må både være motiverte og kognitivt i stand til det, sier overlege Sigbjørn Berentsen ved Medisinsk klinikk, Haugesund sjukehus.

– Sannsynligvis er tiden inne til å ta i bruk selvmonitorering i begrenset omfang. Et slikt kontrollregime bør sannsynligvis først valideres for våre forhold ved noen få sentre, sier Berentsen.

**Ragnhild Ørstavik**  
ragnhild.orstavik@fhi.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2006; 367: 404–11.