

## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no). Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

## Uklarheter vedrørende behandling av borreliose

I Tidsskriftet nr. 10/2008 opphøyes *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell* til norske retningslinjer for behandling av Lyme-borreliose hos voksne (1). For stadium 1 angis at ukomplisert erythema migrans skal behandles med doksosyklin eller amoksisicillin. Dette avviker fra anbefalinger både fra Folkehelseinstituttet (2) og *Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)* (3), der vanlig penicillin oppgis som relevant behandling.

Hvorfor bruker dere legemiddelhåndboken som eneste gyldige retningslinje? Og hvorfor avviker den fra andre informasjonskilder som er i vanlig bruk blant norske leger? Jeg vil også gjerne vite om det er noen myggmidler med spesifikke innholdsstoffer som beskytter mot flått. Alt dette har viktige konsekvenser for allmennpraksis, så jeg er taknemlig for svar.

Janecke Thesen

Valestrand legekontor

### Litteratur

1. Ljøstad U, Mygland Å. Lyme-borreliose hos voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1175–8.
2. Folkehelseinstituttet. [www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5799&MainArea\\_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5799=5544:55929:1:5800:75:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:55929:1:5800:75:::0:0) [2.6.2008].
3. Norsk elektronisk legehåndbok. [www.legehandboka.no/](http://www.legehandboka.no/) [24.6.2008].

## Førstevalgsbehandling for erythema migrans er fortsatt penicillin

I en oversiktsartikkel om borreliose i Tidsskriftet nr. 10/2008 anbefalte Unn Ljøstad & Åse Mygland doksosyklin eller amoksisicillin til pasienter med erythema migrans (1). Anbefalingene er hentet fra *Norsk legemiddelhåndbok* og tilsvarer de amerikanske (2). Det er imidlertid nordisk konsensus om å behandle erythema migrans med penicillin (3–5). I den nye antibiotikaveilederen som lanseres til høsten, opprettholdes denne anbefalingen.

Det er flere grunner til ikke å overføre de amerikanske anbefalingene til Norge. Hos oss ses erythema migrans i allmennpraksis, mens mye av forskningen er gjennomført i spesialistpoliklinikker. Dertil er en annen undergruppe av borreliabakterien enn den vi ser i Norge, vanligst i USA, og undergruppene gir noe ulik klinisk infeksjon (6).

I USA finnes ikke fenoksymetylpenicillin kommersielt tilgjengelig.

Sverige er det landet det er mer naturlig å sammenlikne oss med. En del av fagmiljøet fryktet økning i nevroboreliose om man behandlet erythema migrans med penicillin (7). En retrospektiv studie fant etter fem år at 98 % av pasientene i penicillingruppen og 94 % i doksosyklingruppen var symptomfrie (8). En systematisk oversikt over de randomiserte, kontrollerte forsøk, sidestiller effekten av penicillin og doksosyklin (9).

I 2007 ble 328 tilfeller av disseminert borreliose meldt til MSIS (10). Erythema migrans er ikke meldepliktig og forekomsten er ukjent. I Blekinge i Sverige anslår man årlig 5/10 000 innbyggere (11). Overført til norske forhold kan man regne med 6 000 tilfeller i Norges seks mest utsatte fylker bare i sommer. Å behandle disse pasientene med doksosyklin (eller amoksisicillin) i stedet for penicillin øker påvirkningen av normalfloraen og risikoen for resistensutvikling.

Siden det økologisk beste antibiotikum bør brukes så lenge det kan forsvares klinisk, opprettholder vi penicillin som førstevalg ved erythema migrans og anbefaler allmennlegene i Norge å gjøre det samme. Ved disseminert borreliose er det enighet om behandling med bredspektrert antibiotika.

Knut Eirik Eliassen

Morten Lindbæk

Dag Berild

Per Hjortdahl

Arne Fetveit

Redaksjonskomiteén for revisjon av antibiotikaveileder for primærhelsetjenesten

### Litteratur

1. Ljøstad U, Mygland Å. Lyme-borreliose hos voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1175–8.
2. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ et al. Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. The Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2000; 31 (suppl 1): 1–14.
3. Lebech A-M, Hansen K. Lyme borreliose – den hyppigste vektorbårne infeksjon i Danmark. Ugeskr Læger 2004; 166: 2431–3.
4. Institut for rationel farmakoterapi. [www.irf.dk:«Skovflåt»](http://www.irf.dk:«Skovflåt») [24.6.2008].
5. Läkemedelsverket. Behandling av och profylax mot fästingöverförda infektioner. Information från Läkemedelsverket 1998; 9, nr.2.
6. Weber K. Aspects of Lyme borreliosis in Europe. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001; 20: 6–13.
7. Bennet L, Stiernstedt S, Berglund J et al. Penicillin V är förstahandsval vid behandling av erythema migrans. Läkartidningen 2006; 103: 1454–5.
8. Bennet L, Danell S, Berglund J. Clinical outcome of erythema migrans after treatment with phenoxymethyl penicillin. Scand J Infect Dis 2003; 35: 129–31.

9. Loewen PS, Marra CA, Marra F. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. Drugs 1999; 57: 157–73.

10. MSIS-statistikk. [www.msis.no](http://www.msis.no) [24.6.2008].

11. 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.

## U. Ljøstad & Å. Mygland svarer:

Takk for nyttige innspill vedrørende behandling av ukomplisert erythema migrans hos voksne. En Cochrane-rapport fra 1999 konkluderer med at orale regimer med fenoksymetylpenicillin, amoksisicillin, cefuroksim axetil og tetrasykliner alle er effektive i behandlingen av erythema migrans (1). Vi er enig i at penicillin er et naturlig førstevalg grunnet smalt spektrum og mindre resistensutvikling.

Unn Ljøstad

Åse Mygland

Sørlandet sykehus Kristiansand

### Litteratur

1. Loewen PS, Marra CA, Marra F. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. Drugs 1999; 57: 157–73.

## Allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi

Jon-Magnus Tangen og medarbeidere beskrev i Tidsskriftet nr. 10/2008 resultatene av et norsk behandlingsprogram for akutt myelogen leukemi (1). Siktemålet med arbeidet var ikke å kartlegge verdien av allogen stamcelletransplantasjon ved akutt myelogen leukemi, men allogen stamcelletransplantasjon vies likevel stor oppmerksomhet i diskusjonen. Verken materialets størrelse eller metoden som er brukt, tilsvarer en god analyse av dette spørsmålet.

Vi mener at pasientene bør ha mulighet til å foreta et valg mellom stamcelletransplantasjon og kjemoterapi sammen med behandelende lege. Stamcelletransplantasjon gir best sjanse for å bli frisk. Kjemoterapi gir mindre sannsynlighet for å bli frisk, men lavere risiko for å dø eller få langvarige plagsomme komplikasjoner av behandlingen. Hvordan forløpet vil bli hos den enkelte pasient med midtels eller høy risiko for residiv, kan ikke legen vite med sikkerhet på forhånd. Alternativet til stamcelletransplantasjon i første remisjon for

pasienter med familiegiver vil være å vente med stamcelletransplantasjon til residiv. Det er ikke sikkert at forholdene da ligger til rette for å gjennomføre slik transplantasjon.

En metaanalyse av studier med genetisk randomisering (donor versus ikke-donor) og analyse etter prinsippet om behandlingshensikt (intention to treat) viste en signifikant bedre overlevelse hos høyrisikopasienter som gjennomgikk stamcelletransplantasjon i første remisjon, enn hos pasienter som ble behandlet med kjemoterapi alene (2). Overlevelsen hos pasienter med intermedierisiko var også bedre for dem som fikk foretatt transplantasjon, men denne overlevelsesgevinsten var ikke statistisk signifikant. Forfatterne mer enn antyder at dette også har gyldighet i det norske materialet.

For å kunne gjennomføre stamcelletransplantasjon i første remisjon er det viktig at HLA-typing av pasient og potensielle familiegivere gjøres tidlig. Gitt at en tredel av pasientene har en HLA-identisk familiegiver og at det er mulig å finne en HLA-identisk giver (beslektet eller ubeslektet) hos 80 % av etniske nordmenn, kunne eller burde i overkant av 70 pasienter gjennomgått stamcelletransplantasjon i første remisjon i studieperioden med de transplantasjonsanbefalinger som da forelå. Men bare 39 pasienter ble transplantert i første remisjon. Vi vet ikke i hvor stor grad og på hvilket tidspunkt HLA-typing ble utført hos norske pasienter under 60 år med akutt myelogen leukemi i den aktuelle tidsperioden. Vi vet heller ikke hvor stor andel av dem som hadde donor, som ble transplantert. Det er bra at slike data nå vil komme inn i leukemiregistrert slik forfatterne skriver i sin diskusjon.

**Lorentz Brinch**  
**Geir Tjønnfjord**  
**Tobias Gedde-Dahl**  
**Dag Heldal**  
**Pål André Holme**  
**Ingunn Dybedal**  
 Rikshospitalet

#### Litteratur

1. Tangen JM, Fløysand Y, Foss-Abrahamsen J et al. Overlevelse hos voksne med akutt myelogen leukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128; 1164–7.
2. Yanada M, Matsuo K, Emi N et al. Efficacy of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation depends on cytogenetic risk for acute myeloid leukemia in first disease remission. Cancer 2005; 103: 1652–8.

J.M. Tangen og medarbeidere svarer:

Vi takker Lorentz Brinch og medarbeidere for kommentarene og slutter oss til de fleste synspunktene som fremføres når det gjelder praktisk håndtering av pasienter som kan være kandidater for allogen stamcelletransplantasjon. Vi ønsker likevel å nyanse noe den omtale som gis av verdien av stamcelletransplantasjon generelt, og av den plass som denne behandlingen bør ha i det norske handlingsprogrammet spesielt.

Først vil vi presisere at vi i vår artikkel utelukkende har tatt sikte på å presentere de overlevelsesdata som er oppnådd i vårt materiale i de forskjellige risikogrupperne. Det har ikke vært vår intensjon å belyse verdien av allogen stamcelletransplantasjon generelt. Vi kommer imidlertid inn på dette spørsmålet i diskusjonen i vår artikkel, og nevner blant annet at de undersøkelsene som har vært gjort til dels har gitt motstridende resultater.

Liknende motsetninger kommer også frem i metaanalyser som er publisert. Brinch og medarbeidere nevner i sitt innlegg en metaanalyse som konkluderer med en fordel for allogen stamcelletransplantasjon hos pasienter med høyrisikosykdom og sykdom med standard risiko (1). I vår artikkel refererer vi til en annen metaanalyse (2) som også konkluderer med en fordel for allogen stamcelletransplantasjon fremfor kjemoterapi i disse grupperne, men fordelene var bare statistisk signifikant hos pasienter under 36 år. I artikkelen heter det videre: «the advantage of an available donor is at best modest in patients over 40 years».

Slik vi ser det, er det fortsatt ikke helt avklart hvilke pasientgrupper som bør få tilbud om allogen stamcelletransplantasjon. Denne usikkerheten bør også komme frem i pasientinformasjonen. Et av problemene med å vurdere de store, internasjonale studiene er at data fra en lang rekke sentre med forskjellige behandlingstradisjoner er slått sammen, slik at materialet blir svært heterogent. Det er derfor viktig at vi i vårt hjemlige miljø kan gjøre en selvstendig vurdering av verdien av allogen stamcelletransplantasjon. Som en konsekvens av dette ble databasen for Norsk register for akutte leukemier og lymfoblastiske lymfomer for noen år siden endret slik at det i fremtiden vil bli mulig å gjøre slike analyser.

**Jon Magnus Tangen**  
 Ullevål universitetssykehus

**Yngvar Fløysand**  
 Rikshospitalet

**Jenny Foss-Abrahamsen**  
 Haukeland Universitetssykehus

**Einar Haukås**  
 Stavanger universitetssjukehus

**Inger Anne Næss**  
 St. Olavs Hospital

**Tove Skjelbakken**  
 Universitetssykehuset Nord-Norge

#### Litteratur

1. Yanada M, Matsuo K, Emi N et al. Efficacy of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation depends on cytogenetic risk for acute myeloid leukemia in first disease remission. Cancer 2005; 103: 1652–8.
2. Cornelissen JJ, van Patten WLJ, Verdonck LF. Results of a HOVON/SAKK donor versus no donor analysis of myeloablative HLA-identical sibling transplantation in first remission in young and middle aged adults. Benefits for whom? Blood 2007; 109: 3658–66.

## Abortpillen og valgmuligheter

Johanne Sundby fremfører i en leder i Tidsskriftet nr. 7/2008 ikke bare faglige, men også en del politiske argumenter (1). Hun hevder at tilgang til abort er god kvinnehelsepolitikk, og at komplikasjonsraten er lav med få medisinske og sosiale senvirkninger.

Når abortmotstandere likevel ikke ønsker å bidra til økt tilgjengelighet av ulike abortmetoder, tar de konsekvensen av egne holdninger. Å legalisere illegale aborter på grunn av alvorlige komplikasjoner, er bare en tilsynelatende løsning på et vanskelig problem. Abortmotstandere mener at et sivilisert samfunn ikke kan være bekjent av et lovverk og et helsevesen hvor et svakt individ mister retten til å leve for å trygge det som defineres som en frihet for et annet. Som leger må vi ha en bevissthet også om fosterets autonomi og valgmuligheter, og ikke uten videre akseptere at god kvinnehelsepolitikk og adgang til å avbryte graviditeter henger sammen.

Uttrykket «gode og trygge aborter» er misvisende. Ingen aborter er gode eller trygge for fosteret som ikke overlever prosedyren. Noen land har lovverk som verner om svangerskapet, slik at mennesker som medvirker til abort kan gjøres strafferettslig ansvarlig. Vestlige krefter arbeider for å få slike land til å liberalisere reglene, og Sundby som selv er engasjert i internasjonale helsespørsmål, ser ut til å representere disse kreftene. At komplikasjonsraten ved legal abort er lav og medisinske og sosiale senvirkninger få, er en oppfatning som har vært debattert også her i Tidsskriftet. Siste ord er neppe sagt i den diskusjonen, og det må være riktig å nevne at et ukjent antall kvinner sliter psykisk på grunn av tidligere svangerskapsavbrudd.

Sundby skriver at abortspørsmålet er kontroversielt. Den hippokratiske grunn tanke om respekt for alt liv lever videre i legeetikken, samtidig som norske leger påtvinges medvirkning til handlinger som kolliderer med denne grunntanken. Legestanden fungerer som et verktøy i statens hender og håndhever et program for svangerskapsavbrytelser som vi ikke har medisinsk-etisk dekning for. Hvordan historien vil dømme oss i dette spørsmålet, gjenstår å se.

**Ragnvald Bjørgås Petersen**  
 Mseleni Hospital  
 Sør-Afrika

#### Litteratur

1. Sundby J. Abortpillen – en medisin for kvinners valg. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 808.