

Systematiskt utvecklade norska riktlinjer för UVI hos kvinnor

Akuta urinvägsbekymmer hos kvinnor är en vanlig besöksorsak i primärvården och nyligen publicerade norska riktlinjer är därför välkomna. Riktlinjerna, som utgår från Statens institutt for folkehelse, gäller friska icke-gravida kvinnor i åldern 16–55 år med akuta, distala urinvägsbesvär. De bygger på en systematisk litteratursökning i Medline, Cochranebiblioteket och andra källor och inkluderade enbart dokumentation som uppfyllde uttalade kvalitetskrav. Riktlinjerna genomgick därefter en föredömlig remissbehandling av laboratoriemedicinare, allmänmedicinare och andra specialister, allmänmedicinska institutioner och vetenskapliga föreningar samt av mottagningspersonal och patienter.

Sannolikheten för bakterieuri är omkring 80 procent för en kvinna med ty-

piska symtom på blåskatarr. Om såväl nitrit- som leukocytttest på sticka är negativa kommer sannolikheten för urinvägsinfektion, UVI, ändå att vara omkring 50 procent. Antibiotikabehandling tycks ge snabbare symtomlindring, men man fann begränsat stöd för detta från placebokontrollerade studier. Många kvinnor söker inte läkare vid symtom på UVI.

Riktlinjerna anger att kvinnor med typiska symtom kan få antibiotika utan undersökning av urinen. Kvinnor som tidigare haft UVI kan erbjudas råd och behandling per telefon. Däremot bör de kvinnor som inte tidigare haft UVI och de med atypiska besvär erbjudas läkarbesök. Vid okomplicerad UVI är antibiotikabehandling i tre dagar tillräckligt, baserat på bakterieeliminering. Distal UVI är normalt ett självbegrän-

sande tillstånd, varför den som så önskar kan avvakta utan antibiotikabehandling. Den norska bedömningen är att implementering av riktlinjerna kan leda till bättre service åt den stora gruppen kvinnor med UVI.

Slutsatserna bör äga giltighet även för svenska förhållanden, men skulle möjligen kräva en noggrann uppföljning av antibiotikaförskrivning på denna indikation, ytterligare uppstramning av aktuell kinolonförskrivning samt övervakning av resistensutvecklingen hos urinvägs patogener bland samhällsförvärvad UVI.

Anders.Hernborg

Anders.Hernborg@telia.com

Tidskr Nor Laegeforen 2000; 120: 1748-53.

<http://www.legeforeningen.no/tsweb/> (sök i arkivet på författarnamnet Flottorp)

Kostnadseffektivitet vid behandling och sekundär prevention av stroke

Terapier med stora behandlingseffekter (både i absoluta och relativa tal) kan ha en blygsam effekt på sjukdomens utfall i hela populationen om bara en liten del av alla sjuka kan komma i fråga för interventionen. Ett typiskt exempel på detta är trombolysbehandling vid akut ischemiskt stroke som kan ges till som mest 5–10 procent av strokepatienter. Å andra sidan kan interventioner med små effekter få ett stort genomslag vad gäller invaliditet och död, om flertalet patienter kan åtnjuta behandlingen såsom är fallet med acetylsalicylsyra (ASA) vid sekundärprevention av ischemiskt stroke eller TIA. Slutligen kan vi i en trängd sjukvårdsekonomi inte blunda för kostnadsjämförelser mellan olika behandlingalternativ vid ett givet tillstånd.

I en föredömligt pedagogisk och lättförståelig systematisk översikt visar G Hankey och C Warlow vilka interventioner som har ett rimligt vetenskapligt stöd vid akut stroke och sekundärprevention därefter. Samtliga kalkyler redovisas utifrån en befolkning på en miljon där man kan förvänta sig 1 800 förstagångsinsjuknanden och 600 recidiv per år. Man kan under ett års uppföljning förvänta sig 700 dödsfall och 600 som överlever med hjälpbehov. Dessa 1 300 patienter är de som man i teorin skulle kunna hjälpa med effektiva interventioner. Kostnader beräkna-

des från australiska förhållanden.

Vid det akuta insjuknandet reducerar både behandling vid strokeenhet och trombolys död och resttillstånd i lika stor utsträckning (absolut riskreduktion 6 procent, NNT 17). Men eftersom strokeenheter kan göras tillgängliga för uppåt 80 procent av patienterna, och trombolys som mest kan ges till 10 procent blir antalet patienter som räddas 107 respektive 15! Strokeenheten ansågs inte medföra extrakostnader, medan kostnaden per patient som räddas från död eller invaliditet med trombolys med tPA blir 180 000 kr. ASA i dos 300 mg kan ges till nästan samtliga patienter med akut ischemiskt stroke och trots en blygsam reduktion av absolut risk på 1,2 procentenheter räddas ändå hela 23 patienter till en kostnad av 400 kr per patient. Heparin i akutfasen finns inget stöd för.

Nyttan av sekundärprevention beräknas på den grupp på 12 000 i befolkningen som överlevt ett stroke eller TIA och som har en årlig risk för recidiv på 7 procent. De absoluta riskreduktionerna är genomgående i storleksordningen 1–2,5 procentenheter för blodtrycksbehandling, rökstopp, statinbehandling av hyperkolesterolemi och olika trombocythämmare (ensamma eller i kombination). Ett klart undantag är antikoagulantia vid förmaksflimmer som reducerar risken från 12 till 4 procent. Vissa in-

terventioner blir mycket kostnadseffektiva då de kan erbjudas en stor andel patienter till lågt pris såsom tiazidbehandling av hypertoni, ASA, kort rådgivning för rökstopp och antikoagulantia vid förmaksflimmer. 10–20 gånger högre blir kostnaden per patient som räddas från recidiv med statiner eller ASA + dipyridamol. Behandling med klopido-grel ger femtio gånger högre kostnader och slutligen ger karotiskirurgi cirka 100 gånger högre kostnad per uteblivet recidiv i befolkningen. Författarna drar slutsatsen att strokeenheter är högst prioriterade tillsammans med ASA samt antikoagulation vid flimmer, blodtrycksbehandling och rökstopp.

I ett svenskt perspektiv kan vi notera att strokeenheter trots allt har något högre bemanning och kostnader än vanliga avdelningar, men kostnadsjämförelser torde fortfarande utfalla mycket gynnsamt. För att öka kostnadseffektiviteten av de dyrare interventionerna måste vi få kunskap om vilka som drar mest nytta av dem. Vi bör också bejaka den vanda beslut om trombolys kan innebära med en omedelbart ökad risk för blödningskomplikationer hos några patienter för att rädda andra patienter från livslånga handikapp.

Lancet 1999; 354: 1457-63.

<http://www.thelancet.com/newlancet/sub/issues/vol354no9188/review1457.html>