

mycket måttlig effekt av antibiotika. 12 barn måste behandlas för att förebygga att ett barn har kvarstående smärta efter 2 dagar. 80 procent av patienterna blir spontant symtomfria vid denna tidpunkt [3].

Recidiv

Även om en hög andel av patienterna med akut mediaotit blir kliniskt återställda utan antibiotikabehandling är den bakteriologiska utläkningen ibland ej fullständig [4], vilket kan öka risken för recidiv. En viktig fråga vid bedömningen av olika länders policy och vid värderingen av kliniska läkemedelsprövningar är också om diagnostiken är likvärdig, dvs om det är samma patientpopulationer som diskuteras. Alla som har praktisk erfarenhet av att behandla barn vet hur svårt det kan vara att säkert utesluta en akut mediaotit.

Verkligheten i öppen vård ser ofta annorlunda ut än vad öronläkare kan redovisa från ideala förhållanden på en specialistmottagning. En eventuell förändring av gällande behandlingsprinciper måste därför bygga på en sammanvägd bedömning av positiva och negativa effekter. Om den svenska modellen skall ändras bör detta ske i form av ett nytt nationellt konsensus-dokument. Initiativ till en sådan diskussion har redan tagits, bland annat för att noga bedöma och värdera risker och fördelar med olika behandlingsprinciper.

Tills denna diskussion är slutförd bör nuvarande huvudregel fortfarande gälla, dvs en purulent mediaotit, inklusive ett rinnande öra med perforerad trumhinna bör behandlas med antibiotika [5]. Vid osäkerhet om diagnosen kan man avvakta med antibiotika och vid fortsatta symtom bör en kontroll göras.

För Svenska Läkaresällskapets referensgrupp för antibiotikafrågor (RAF)

Otto Cars

chefsöverläkare,

infektionskliniken,

Akademiska sjukhuset, Uppsala

Karin Prellner

professor,

ÖNH-kliniken,

Lunds Universitetssjukhus

Sigvard Mölsted

distriktsläkare,

Vårdcentralen, Höör

Referenser

1. Froom J, Culpepper L, Grob P. et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *Br Med J* 1990; 300: 582-586.
2. Standing Medical Advisory Committee Sub-Group on the path of least resistance. Antimicrobial Resistance. London: Department of Health, 1998.
3. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB. Anti-

biotic versus placebo for acute otitis media in children. In: Cochrane Collaboration ed. *Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software, 1997.

4. Klein JO. Microbiologic efficacy of antibacterial drugs for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 973-5.
5. Prellner K, Cars O, Mölsted S. Akut bakteriell otit är indikation för antibiotikabehandling. *Info från Läkemedelsverket* 1997; 4: 5-6.

”Amningsfundamentalister”

Yngve Hofvander och medarbetare kommenterar i *Läkartidningen* 19/99 mina råd vad gäller amning.

I min bok »När livet börjar» har jag framfört några synpunkter på amning, som jag fått av en mycket erfaren BVC-läkare. Ett av råden var att man kan väga barnet före och efter amning, om man är osäker på att man fått i barnet mjölk. Detta är viktigt numera när tidig hemgång tillämpas i större delen av landet. Tidigare låg mammorna kvar på BB och personalen kunde kontrollera om barnet fick i sig tillräckligt med mjölk. Dagens förstföderskor kan dock idag känna en viss osäkerhet då de inte har samma nätverk omkring sig som tidigare.

En annan synpunkt var att man inte

behöver amma längre än 6 månader. Självklart kan man amma längre om man ger tillägg, men man skall inte behöva känna sig som en dålig mamma om man slutar amma tidigare än vad Amningshjälpen rekommenderar. Amningshjälpen och många barnmorskor kräver att barnet ammas till varje pris. Detta kan vara ett problem för exempelvis mödrar som har barn som legat på neonatalavdelning.

Som barnläkare är jag stolt över den ökade amningsfrekvensen i Sverige, men jag är också lite bekymrad över den »amningsfundamentalism» som förekommer på vissa håll.

Hugo Lagercrantz

professor,

Stockholm

Är claudicatio-patienter verkligen feta?

Per Svensson och medarbetare [1] lämnar i *Läkartidningen* 13/99 förslag till riktlinjer för utredning och behandling av claudicatio. Ingen torde väl ifrågasätta de allmänna råden, men i ett avseende kan det vara anledning att diskutera om det vetenskapliga underlaget för just viktredaktionen är väl underbyggt. Författarna menar att man bör förhindra eller fördröja kardiovaskulära komplikationer och nämner därvidlag de klassiska, inklusive övervikt. I faktarutan anges också »övervikt» som en viktig riskfaktor och den konservativa behandlingen innefattar »viktnedgång».

En klinisk erfarenhet är dock i allmänhet, att claudicatio-patienter sällan

är särskilt feta. En Medline-sökning ger april 1999 bara en enda träff på obesitas + claudicatio [2]. I denna italienska artikel finner man inget förhöjt BMI hos individer med tidiga tecken på perifer vaskulär sjukdom.

Samspelet mellan riskfaktorerna fördunklas ju ytterligare av det faktum, att rökare väger mindre än icke-rökare [3]. Rökstopp leder i allmänhet till en medelviktuppgång på 3-4 kg [4]. Merparten av claudicatio-patienterna är inbitna rökare.

Data från Socialstyrelsens slutenvårdsregister visar följande. [Curt Lenart Spetz, april 1999 pers medd]:

Under tiden 1992-1996 vårdades i