

het jämfört med tredje generationens cefalosporiner som empirisk behandling vid allvarlig bakteriell infektion stöds av en studie av Hoepelmans och medarbetare där cefuroxim i kombination med aminoglykosid gav sämre resultat vid allvarlig bakteriell infektion än monoterapi med ceftriaxon, som har samma spektrum och aktivitet som cefotaxim [1, 2].

Vi håller med Gårdlund och Kalin om att cefuroxim kan användas vid empirisk behandling av hud- och mjukdelinfektioner och av led- och skelettinfektioner orsakade av stafylokokker och streptokocker. Vi vill dock återigen framhålla betydelsen av att så långt det är möjligt minska cefalosporin användningen till förmån för andra betalaktamantibiotika, som framgår av tabellen i vår artikel [3].

När det gäller de möjliga skillnaderna i ekologisk påverkan är vi, liksom Gårdlund och Kalin, medvetna om att dokumentationen lämnar mycket övrigt att önska, och det saknas goda jämförelser av selektion både för ESBL-producerande tarmbakterier och för *C. difficile*. Som vi tidigare påpekat, föreligger det farmakokinetiska skillnader mellan cefuroxim och cefotaxim, vilket innebär en teoretiskt mindre risk för ekologisk påverkan av parenteralt cefuroxim än av cefotaxim, som delvis elimineras som aktiv metabolit i tarmen.

Dock utsöndras även cefuroxim i viss utsträckning i gallan [4]; koncentrationer på upp till ca 30 mg/l efter 1,5 g intramuskulärt cefuroxim finns rapporterade. Detta resulterar troligen i aktiva koncentrationer i övre delen av tarmen, varför en selektiv effekt med ökad risk för kolonisation inte kan uteslutas.

Vi anser, liksom Gårdlund och Kalin, att de studier som refereras till som stöd för att

riskan för selektion av *C. difficile* och ESBL-producerande Enterobacteriaceae ökar med cefotaxim har stora metodologiska problem.

En nyligen publicerad studie av Baxter och medarbetare ger inte stöd för att cefuroxim intravenöst har mindre selekerande effekt än andra parenterala cefalosporiner [5]. Efter korrigering för olika riskfaktorer var oddset (OR) för *C. difficile*-infektion efter cefuroximbehandling mer än fördubblat (OR 2,16, konfidensintervall 1,33–3,49) i Baxters studie [5]. Både i gruppen som drabbades av *C. difficile*-orsakad diarré och i kontrollgruppen hade tre av fyra patienter fått enbart cefuroxim intravenöst [Roger Baxter, pers medd; 2009].

Det väsentliga är att Gårdlund och Kalin, liksom RAF, anser att cefalosporinerna så långt som är möjligt ska ersättas med smalare och mer riktad antibiotikabehandling.

Håkan Hanberger

professor, överläkare, infektionskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
hakan.hanberger@liu.se

Inga Odenholt

överläkare, infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Christian G Giske

med dr, specialistläkare, klinisk mikrobiologi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Gunnar Kahlmeter

professor, Uppsala universitet; överläkare, verksamhetschef, kliniskt mikrobiologiska laboratoriet, Centrallasarettet, Växjö

REFERENSER

1. Hoepelman IM, Rozenberg-Arska M, Verhoef J. Comparative study of ceftriaxone monotherapy versus a combination regimen of cefuroxime plus gentamicin for treatment of serious bacterial infections: the efficacy, safety and effect on fecal flora. *Chemotherapy* 1988;34 Suppl 1:21-9.
2. Hoepelman IM, Rozenberg-Arska M, Verhoef J. Comparison of once

daily ceftriaxone with gentamicin plus cefuroxime for treatment of serious bacterial infections. *Lancet*. 1988;11:1305-9.

3. Hanberger H, Odenholt I, Giske CG, Kahlmeter G. Dags att slopa »husets vin«. Stopp för okritisk empirisk användning av cefuroxim. *Läkartidningen*. 2009;106:291-2.
4. Daikos GK, Kosmidis J, Stathakis C, Anyfantis A, Plakoutsis T, Pa-

pathanassiou B. Bioavailability of cefuroxime in various sites including bile, sputum and bone. *Proc Roy Soc Med*. 1977;70(Suppl 9):38-41.

5. Baxter R, Ray GT, Fireman BH. Case-control study of antibiotic use and subsequent *Clostridium difficile*-associated diarrhea in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29:44-50.

Läkemedelskommittéernas informationsblad behövs

■ Man brukar ju inte debattera recensioner, men apotekaren Anders Cronlunds redovisning och bedömning (LT 26–27/2009, sidan 1762) av innehållet i läkemedelskommittéernas periodiska publikationer må ändå föranleda ett inlägg.

Först ett tack för att Läkartidningen uppmärksammar dessa informationsblad, som man kanske inte ens kan kalla tidskrifter. De når ju ändå alla förskrivande läkare och sjuksköterskor inom landstingsområdet. De flesta läkemedelskommittéer ser informationsbladen som en absolut nödvändig del av sitt uppdrag: att stödja förskrivarna med kloka råd för att gynna patientsäkerhet och en evidensbaserad och kostnadseffektiv sjukvård.

Trots att budgeten i allmänhet inte medger anställning av journalister, har läsaruundersökningar visat att våra informationsblad har högt läsvärde och ofta kommenteras och diskuteras vid våra andra informationsaktiviteter. Genom samarbetet i läkemedelskommittéernas ordförandekollegium (LOK) kan vi också låna varandras bästa idéer och artiklar. Det hindrar inte att flera av Cronlunds förslag är väl värda att pröva, om man inte redan gör det.

Däremot förstår jag inte hans synpunkt att det skulle vara onödigt att skriva om det som andra redan uttryckt. Det är alldeles riktigt som Cronlund säger att vi gärna upprepar

läkemedelsinformation från de olika myndigheterna, främst Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Socialstyrelsen och Staten beredning för medicinsk utvärdering. Men, vi sätter också in myndigheternas centralstyrda beslut i ett lokalt vårdsammanhang, som våra förskrivare kan känna igen sig i. Det tycker jag borde ha framgått av Anders Cronlunds genomgång.

Erfarenheten visar att det inte räcker med att myndigheter och huvudmän fattar beslut centralt och informerar på nationell nivå. En klok läkemedelsanvändning avgörs som de flesta vet i mötet mellan patient och förskrivare. Läkemedelskommittéernas uppgift är att nå ut i den dagliga vården med kloka råd baserade bland annat på myndigheternas beslut och rekommendationer. I läkemedelskommittéernas verksamhet kan mångfald och kvalitetsutveckling gå hand i hand, något som även andra länder skulle kunna ha glädje av.

Och tro inte att den bästa lösningen är att slå ihop alla läkemedelskommittéer till en enda nationell kommitté med en enda rekommendationslista och ett enda informationsblad. Vad skulle det ge, om inte ytterligare en centralstyrd verksamhet!

Kerstin Hulter Åsberg

ordförande
i läkemedelskommittén
i Landstinget i Uppsala län
kerstin.hulter.asberg@lul.se