

Penicillin V-behandling vid erythema migrans kan ge falsk säkerhet

I Läkartidningen 4/2006 (sidan 203) skriver Louise Bennet om erythema migrans, Lyme-borreliosisens första stadium, bland annat: »Penicillin, som sällan används i övriga Europa vid behandling av erythema migrans, är en bra behandling så länge allergi, spridd Borreliainfektion eller infektion med ytterligare någon fästingpatogen, t ex Ehrlichia, inte föreligger.«

Det stämmer, men spridd borreliainfektion med involvering av centrala nervsystemet är inte alls ovanlig hos patienter med erythema migrans (EM). I rapporter från både USA och Europa förekommer den hos cirka 10 procent av EM-patienter och uppåt [1-3]. För att fastställa om en EM-patient hör till dem som redan har borreliainfektion i centrala nervsystemet krävs undersökning av serum och likvor. Detta är naturligtvis inte möjligt eller ens önskvärt att göra rutinmässigt för hundratals EM-patienter som ännu inte har några allmänna symptom.

Härv följer att man bör använda ett antibiotikum som passerar blod-likvorbarriären i tillräcklig koncentration. Penicillin V är inte ett sådant antibiotikum:

Av en peroral dos penicillin V resorberas cirka 60 procent. Av den resorberade delen binds 80 procent vid protein. Detta innebär att endast 12 procent (20 procent av 60 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären. Erytemet i huden försvinner, men en infektion i centrala nervsystemet utrotas inte.

I USA och i Europa rekommenderas i första hand amoxicillin eller doxycyklin för att behandla EM [4-8]. Av en peroral dos amoxicillin resorberas cirka 90 procent, varav 20 procent binds vid protein, och alltså 72 procent (80 procent av 90 procent) av ursprungsdosen är tillgänglig för att passera blod-likvorbarriären.

Precis som Louise Bennet skriver, skall man efter fästingstick behandla alla erytem som är 5 cm eller mer i diameter och kvarstår ännu en vecka efter sticket.

På Åland diagnostiseras årligen flera hundra patienter med EM. Vi avråder från att behandla dessa patienter med penicillin V. Amoxicilin är förstahandsmedel, doxycyklin är andrahandsval bl a med beaktande av dess större risk för att

ge fotoreaktioner, och cefuroximacetil finns i reserv. Några fall av neuroborreliosis hos så behandlade patienter ser vi inte.

Det finns ingen anledning att behandla patienter med EM med penicillin V och riskera uppkomst av neuroborreliosis hos en del av patienterna när det finns annat, lika biverkningsfritt antibiotikum i samma prisklass att tillgå som minimerar risken.

Erling Norrbys artikel i samma nummer av Läkartidningen om hans självupplevda neuroborreliosis är belysande – så här kan det gå också för många EM-patienter om man har behandlat hudmanifestationen med ett antibiotikum med otillräcklig penetrans till centrala nervsystemet.

Peter Wahlberg

professor, MKD, Mariehamn, Åland, Finland
peter.wahlberg@aland.net

Dag Nyman

professor, MD, Jomala, Åland, Finland
dag.nyman@aland.net

REFERENSER

- Oksi J, Marttila H, Soini H, Aho H, Uksila J, Viljanen M.J. Early dissemination of Borrelia burgdorferi without generalized symptoms in patients with erythema migrans. *APMIS* 2001;109:581.
- Arnez M, Ruzic-Sabljić E, Ahčan J, Radsel-Medvescek A, Pieterski-Rigler D, Strle F. Isolation of Borrelia burgdorferi sensu lato from blood of children with solitary erythema migrans. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20 (3):251-5
- Wormser GP, McKenna D, Carlin J, Nadelman RB, Cavaliera LF, Holmgren D, Byrne DW, Nowakowski J. Brief Communication: Hematogenous dissemination in early Lyme disease. *Ann Intern Med* 2005;132:751-5, W165-6.
- Strle F. Antibiotic treatment of Lyme borreliosis. *Acta dermatovenerologica alpina, panonica et adriatica* 2001;10(3): ISSN (e-edition) 1581-2979 (<http://www.mf.uni-lj.si/acta-apa/acta-apa-01-4/acta-apa-01-4.html>)
- European Union concerted action on Lyme borreliosis. Treatment of Lyme borreliosis in Europe, *EUCALB* 1997-2005. <http://www.oeghmp.at/eucalb/index.htm>
- Lipsker D, Antoni-Bach N, Hansmann Y, Jaulhac B. Long-term prognosis of patients treated for erythema migrans in France. *Brit J Dermatol* 2002;146:872-6.
- Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ, Dennis DT, Shapiro EF, Steere AC, et al. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America: Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. *Clin Inf Dis* 2000;31 (Suppl 1):S1-14.
- Cameron D, Gaito A, Harris N, Bach G, Bellovin S, Bock K, et al. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. *Expert Rev Anticancer Ther* 2004;2: Suppl 1.

Svensk förvirring om generika

Debatten kring utbyte av likartade läkemedel och eventuell generisk förskrivning är lite förvirrande. Ibland diskuteras eventuell nytta av att det förekommer flera läkemedel inom samma grupp, t ex betablockerare. Självklart ligger det en nytta i det. Just betablockerare är ett bra exempel på att närbesläktade men något olika molekyler med samma huvudeffekt kan ha olika biverkningsprofil.

Men när det gäller olika beredningar av *samma* molekyl är det annorlunda. De olika namnen på samma molekyl fyller endast en enda funktion: den kommersiella.

Jag har haft förmånen att få arbeta en del i Storbritannien. I detta annars så byråkratiska land har man en liten behändig bok där all information finns, men bara en gång för varje molekyl. Man slår upp paracetamol och där står all information en gång samt vilka företag som tillhandahåller molekylen och under vilka namn.

Ska man i Sverige förskriva paracetamol får man välja mellan att slå upp Alvedon, Curadon, Perfalgan, Panodil och Reliv. Identiska produktbeskrivningar under olika namn på olika ställen i Fass har den enda effekten att öka förvirringen. Med den tidsbrist vi arbetar under slår vi givetvis upp det namn vi minns, dvs från det företag som hörs mest. Ta t ex det bakteriedödande medlet ciprofloxacin. Det säljs under flera namn av en rad företag. Det upptar i Fass elva (!) snarlika texter på inte mindre än 25 finstiltta A4-sidor. Inte undra på att Fass väger 3,5 kg, medan dess brittiska motsvarighet kan bäras i rockfickan.

En annan effekt av det svenska systemet är att man som svensk läkare inte uppföstras att lära sig läkemedels riktiga (generiska) namn, vilket är det enda som gäller i den internationella vetenskapliga litteraturen. Det blir svårare att följa rapporter om biverkningar etc.

Att alla dessa nackdelar inte går att »bevisa« i ekonomiska eller medicinska termer ändrar inte saken. För mig som läkare är det uppenbart att det svenska systemet gynnar läkemedelsföretagen och inte på något vis patienterna eller läkarna.

Peter Furuskog

leg läkare, Torshälla
peter_furuskog@msn.com