

## Antibiotika inte obligatoriskt vid akut divertikulit

En övervägande majoritet av patienter med akut divertikulit i kolon behandlas konservativt utan operation. Behandlingen inkluderar vanligen tarmvila, antibiotika och observation på sjukhus. Antibiotikabehandling vid akut divertikulit har flera potentiella nackdelar: antibiotikaresistens, toxicitet, påverkan på tarmfloran och kostnader. Vid kirurgkliniken, Danderyds sjukhus, finns en mångårig terapitradition att undvara antibiotika vid lindriga former av divertikulit, men såvitt är känt har detta aldrig undersökts i en klinisk studie.

Vi genomförde därför en retrospektiv studie av samtliga patienter vid kliniken, mellan januari 2000 och juni 2002, där man vid ankomsten valt konservativ behandling för symtom typiska för akut divertikulit och där den kliniska diagnosen stöddes av fynd vid datortomografi.

**Sammanlagt 311 patienter** inkluderades i studien och följdes upp under i genomsnitt 30 (16–45) månader. Uppföljningen inkluderade frågeformulär till patienterna. Vi drog slutsatsen att antibiotika inte är obligatoriskt vid behandling av detta tillstånd.

Av 311 patienter behandlades 118 med antibiotika (tre av dessa fick opereras subakut på grund av terapivikt). För övriga 193 inkluderade behandlingen enbart tarmvila, noggrann observation och intravenös vätskesubstitution. Terapivikt sågs hos sju patienter, och antibio-

tika fick adderas till behandlingen. Ingen patient i denna grupp behövde opereras vid första vårdtillfället. Vem som fick eller inte fick antibiotika bestämdes av inläggande läkare.

**Patienter som fick antibiotika** hade i högre grad feber och förhöjda inflammationsparametrar än de som inte fick antibiotika. Också vårdtiden var längre för de antibiotikabehandlade. Patienternas självrapporterade tid till tillfrisknande var likartad i de båda grupperna, liksom återfallsfrekvensen (28–29 procent) under uppföljningstiden.

Regressionsanalys visade att antibiotikabehandling inte påverkade risken för återfall eller risken för senare kirurgi (oddskvot 1,03; 95 procents konfidensintervall 0,61–1,74). Det enda som påverkade återfallsrisken verkade vara tidigare episoder av divertikulit.

Resultaten antyder att antibiotika kan undvaras hos patienter med okomplikerad divertikulit i kolon. Att inte ge antibiotika verkar vara säkert. En prospektiv studie med randomisering till behandling med antibiotika eller inte vore önskvärd.

**Fredrik Hjern**

läkare, kirurg- och urologkliniken,  
Danderyds sjukhus, Stockholm

Hjern F, et al. Conservative treatment of acute colonic diverticulitis: are antibiotics always mandatory? *Scand J Gastroenterol.* 2007;42:41-7

## Förbättrad ledtid vid urakut sectio

I USA har American College of Obstetricians and Gynecologists rekommenderat att man vid urakut sectio bör kunna starta operation inom 30 minuter från det att beslutet är fattat. Detta kan vara svårt att uppnå, speciellt på mindre ställen.

Författarna beskriver det metodiska utvecklingsarbete man har genomfört på ett litet sjukhus i New Hampshire. Arbetet startade efter att analysen av en allvarlig negativ händelse pekade på tidsintervallet som en påtaglig risk.

Man startade med att komma överens om målet, att alltid starta urakut sectio inom 30 minuter. Därefter gjordes en detaljerad processbeskrivning, initierad av ett antal tvärfackliga arbetsgrupper, som i sin tur analyserade sin del av processen och föreslog och genomförde för-

bättringar. Förbättringsarbetet bestod i många små steg – alla i rätt riktning. Man mätte systematiskt resultatet över tid för att se om förbättringarna verkligen hade gett resultat. Förbättringarna testades även regelbundet i simulerad miljö.

Som resultat har man konstaterat att de senaste 14 urakuta kejsarsnitten alla hade startats inom 30 minuter från beslut (medelvärde 20,0 minuter). Man fortsätter utvecklingsarbetet med målet att få den övre kontrollgränsen på kontrollkortet till 30 minuter eller lägre. Praktiska övningar en gång i kvartalet med efterföljande analys och fortsatt mätning över tid tillämpas.

Arbetet är ett skolexempel på ett väl genomfört förbättringsarbete. I Sverige har vi en mycket snävare tidsmarginal,

## Apelsiner bättre än C-vitamintillskott

Apelsiner är som bekant rika på C-vitamin. Nu visar en studie som presenteras i tidskriften *British Journal of Nutrition* och refereras i *News @ Nature* att C-vitamin har en bättre skyddande



Foto: IBL Bildbyrå

antioxiderande effekt om det intas i form av frukt såsom apelsin än om det tas som ett rent vitamin C-tillskott. Det är forskare från Italien som låtit individer dricka antingen apelsinjuice, C-vitaminberikat vatten eller vanligt sockervatten. Efter 3 respektive 24 timmar togs blodprov som, föga förvånande, visade att plasmanivån av vitamin C steg såväl i gruppen som druckit apelsinjuice som i gruppen som druckit C-vitamintillskott men inte i gruppen som druckit sockervatten.

Det insamlade blodet utsattes sedan för väteperoxid, som skadar DNA genom oxidering. Det visade sig att skadan blev betydligt mindre i det blod som tagits från individer som druckit juice än i blodet hos dem som druckit C-vitamintillskott. Författarna spekulerar över att det kan finnas något annat i apelsiner som interagerar med C-vitamin och som ger den antioxiderande effekten och att det således inte är bara C-vitamin som skyddar mot oxidativa skador.

Rönen är dock omdebatterade. En tidigare studie, då med C-vitamintillskott i högre dos, visade att tillskottet kan ha en skyddande effekt mot oxidativa skador på arvmassan.

**Anders Hansen**

läkare, frilansjournalist  
anders.hansen@sciencecap.se

*Br J Nutr.* 2007;97:639-43.  
*News @ Nature.* doi: 10.1038/news070416-15

nämigen 15 minuter från beslut tills barnet är förlöst. Man kan undra hur många obstetriska avdelningar som har gjort en liknande processanalys och som kontinuerligt följer sina resultat över tid.

**Urban Jürgensen**

överläkare, kvinnokliniken,  
Höglandssjukhuset i Eksjö, chefläkare,  
Höglandets sjukvårdsområde

Mooney SE, et al. Improving emergency caesarean delivery response times at a rural community hospital. *Qual Saf Health Care.* 2007;16:60-6.

# Dystert resultat av traditionell HIV-prevention

Information och kunskap om HIV och dess smittvägar, kondom användning samt tidig diagnostik och behandling av andra sexuellt överförda infektioner (STI) har länge setts som hörnstenar i det förebyggande HIV-arbetet. Sällan har insatser på dessa områden ifrågasatts eller utvärderats, utan de har genomgående förutsatts vara av godo.

Den minskning av HIV-prevalensen som setts i delar av Afrika och Asien har antagits bero på beteendeförändringar med senarelagd sexualdebut, minskat antal sexualpartner och ökad kondom användning, utan att det gått att kartlägga om – och i så fall vilka – insatser som haft effekt. Kritiker menar att den iakttagna minskningen är ett uttryck för epidemins naturliga förlopp – med en uppnådd mättnad som är oberoende av s k preventiva åtgärder.

**Den studie från Zimbabwe** som presenteras i PLOS Medicine i mars i år är därför välkommen och kan förhoppningsvis fungera som ögonöppnare för dem som förespråkar »mer av samma sak« när bristen på effekt av preventionsinsatser påtalas. Studien genomfördes av forskare från Zimbabwe i samarbete med enheten för infektionsepidemiologi vid Imperial College i London.

Tolv samhällen av olika karaktär i östra Zimbabwe randomiserades för att jämföra basala preventionsinsatser med en »samordnad och integrerad samhälls- och klinikbaserad prevention«. Denna innebar intensifierad rådgivning riktad till specifika grupper, som prostituerade och deras potentiella kunder, vilka söktes upp på arbetsplatser, marknader och vanliga mötesplatser som barer och ölhallar av s k peer educators (utbildade personer från riskgruppen själv). Utöver denna rådgivning gavs tillgång till kostnadsfri och förenklad diagnostik och behandling av STI, fri tillgång till kondomer för män och kvinnor samt ökad rådgivning och uppmaning till HIV-test på hälsocentraler. Dessutom var avsikten att erbjuda alternativa försörjningskällor för prostituerade genom utbildning och mikrolån. Denna del av insatsen fungerade emellertid inte, vilket anges bero på landets prekära situation med en ekonomi i fritt fall.

**Resultaten mättes** i form av serokonversion från HIV-negativt till HIV-positiv status under en period av tre år, förändring i antalet partner och oskyddade samlag med fasta och tillfälliga partner,

Bedrövliga ekonomiska förhållanden som begränsar människors – kvinnors – valmöjligheter också när det gäller sex gör det svårt att bekämpa HIV. Bilden: matkö i Harare.

Foto: Mukwazhi Tsvangiray / IBL Bildbyrå



symtom på och tid för genitila sår och flytningar. Dessutom studerades kunskap om HIV samt hur och när man sökte kontakt med hälsovård. På grund av stor rörlighet hos populationen var det möjligt att följa upp bara 55 procent av de ursprungligen inkluderade. Dock var det ingen initial skillnad mellan migrerade och bofasta.

**Författarna fann** ingen skillnad på samhälls nivå vad gällde incidensen av HIV-serokonversion, som uppgick till 1,8 per 100 personår. Däremot visade det sig att något färre män hade smittats av dem som deltagit i programmets aktiviteter i interventionsbyarna. Männen där hade också mera kunskap, färre oskyddade samlag med tillfälliga partner och mindre av symtom på STI under kortare tid, tydande på effektivare behandling.

För kvinnorna var resultaten i stort de omvända med ökad HIV-incidens, ökat riskbeteende, som sex vid yngre ålder, och mer av oskyddat sex med tillfällig partner i interventionsbyarna.

**Varför?** Studien var designad att upptäcka en 40-procentig effekt. Möjligen var detta för optimistiskt, men inte ens en positiv tendens kunde påvisas. Observationstiden kan naturligtvis ha varit för kort. Viktigare är nog de bedrövliga ekonomiska förhållandena, som begränsar människors valmöjligheter – också när

»Även om det var positivt att männens kunskap och beteende förbättrades vågar författarna ställa den obehagliga frågan: Använder vi fel metoder och/eller ger vi fel budskap?«

det handlar om sex – och inte ger kvinnor möjlighet att utnyttja de tekniker som faktiskt finns.

Även om det var positivt att männens kunskap och beteende förbättrades vågar författarna ställa den obehagliga frågan: Använder vi fel metoder och/eller ger vi fel budskap? Skulle åtgärderna vara effektiva i en yngre epidemi med högre incidens, mindre diffusa sexuella nätverk, svagt utvecklad STI-behandling, mindre förekomst av HSV 2-infektion, lägre migration och stabilare ekonomi?

**Slutsatsen blir** att i en »mogen« epidemi som i Zimbabwe med mer än 20 procent av den vuxna befolkningen infekterad och med en sjunkande HIV-incidens på 1,8 procent årligen är detta inte rätt sätt att angripa problemet. Vid preventionsinsatser är det viktigt att analysera utfallet inte bara på individ- utan också på samhälls nivå.

Det framhålls som nödvändigt att satsa på större program för fattigdomsbekämpning, framför allt inriktad på utbildning av unga kvinnor för att undvika beroende av prostitution. Kanske är det dags att satsa mindre, inte mer, på traditionella preventionsinsatser eller åtminstone att komplettera riskundvikande, som återhållsamhet med penetrerande sex, med utvidgad testning och behandling, preexponeringsprofylax och manlig omskärelse?

**PehrOlov Pehrson**

överläkare, infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Gregson S, et al. Impact and process evaluation of integrated community and clinic-based HIV-1 control: a cluster-randomised trial in Eastern Zimbabwe. PLOS Med. 2007;4(3):545-55.