

BREV TIL REDAKSJONEN VEDRØRENDE

«Behandling av impetigo»

I UTPOSTEN NR. 4 / 2008

AV LISE K. ANDRESEN, produktansvarlig for Fucidin®, LEO Pharma AS

Artikkelen av Sverre Rørtveit som er skrevet på bakgrunn av de nylig publiserte terapianbefalingene for impetigo, inneholder flere påstander om Fucidin® som ikke bør stå uimotsagt.

Fusidinresistens hos gule stafylokokker isolert fra hudprøver var i 2007 ca 15 prosent, mens i isolater fra impetigo-pasienter er fusidinresistensen på samme nivå som tidligere.

Forfatteren henviser til sin egen artikkel fra British Journal of Dermatology i 2007. Artikkelen omhandler imidlertid årene 2001–2005 og *ikke* frem til 2007 slik det hevdes (1).

Imidlertid kan det ikke utelukkes at en slik bruk av fusidin kan føre til seleksjon av resistente stammer i tillegg til at resistensgraden økes ved induksjon.

1. All bruk av antibiotika eller antiseptika kan føre til seleksjon av resistente stammer. Ovennevnte utsagn kan oppfattes dithen at risikoen for resistensutvikling er større ved bruk av Fucidin® enn av andre midler. Tilsvarende problemer gjelder selvfølgelig også bruk av Brulidine, Bacimycin, Dicloil, Ery-Max og Clindamycin.
2. I litteraturen kan vi ikke finne at bruk av fusidinsyre fører til økende resistensgrad som følge av induksjon. Hvilken dokumentasjon har forfatteren for denne påstanden?

Resistens overfor andre lokalt virkende midler som bacitracin, klorheksidin og retapumulin er lite undersøkt i Norge.

Staphylococcus aureus er ofte høygradig resistent mot bacitracin. I en undersøkelse av Afset og Mæland hadde 212 av 255 isolater MIC-verdier ≥ 32 mg/l, mens bare tre isolater hadde så høye MIC-verdier av fusidinsyre (2). Men her gjelder det samme som for fusidinsyre; ved lokalbehandling fås så høye konsentrasjoner at effekt likevel kan oppnås (3).

For øvrig er fusidin et verdifullt middel ved behandling av systemiske stafylokokkinfeksjoner. Det tilsier at begrenset bruk ved enklere infeksjoner er viktig.

Vi er enig i at fusidinsyre er et verdifullt middel til behandling av systemiske stafylokokkinfeksjoner. Det faktiske forhold er imidlertid:

- Forskjellige stafylokokkstammer synes å gi forskjellige typer infeksjoner. Den klonen som har forårsaket impetigo i Norge de senere årene, er sjelden årsak til systemiske infeksjoner. Den er bare unntaksvis blitt påvist i blodkulturer (4, 5).
- Fucidin® blir i svært liten grad brukt til systemiske infeksjoner (6). Siden forbruket av systemisk fusidinsyre er minimalt, blir seleksjonspresset på stafylokokker som forårsaker systemiske infeksjoner, meget lite. Derimot innebærer bruken av bl.a. bredspektrede makrolid-miksturer et betydelig seleksjonspress på hele kroppens normalflora.

I en tidligere artikkel av Rørtveit ble effekten av ulike behandlingsalternativer vurdert. Tolv pasienter fikk dikloksa-/kloksacillin. Behandlingsvikt eller residiv ble observert hos nesten halvparten av disse (5, 7).

Hvorfor blir penicillinastabile penicilliner anbefalt? Hvorfor fremsettes så kraftige advarsler mot et smalspektret topisk middel som i hovedsak påvirker hudfloraen, og som ikke fører til kryssresistens med andre midler?

Referanser

1. Rørtveit S, Rørtveit G. Br J Dermatol 2007; 157:100–105.
2. Afset JE, Mæland JA. Scand J Infect Dis. 2003; 35:84–9.
3. AFAs rapport (Arbeidsgruppen For Antibiotikaspørsmål) Scan J Infect Dis. Suppl 103 1997.
4. Afset JE, Jacobsen T, Mæland JA. Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy. abstracts 2003;15
5. NORM/NORM-VET 2003–2006
6. Farmastats salgsstall juni 2008
7. Rørtveit S, Rørtveit G. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:2557–60.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
lise.andresen@leo-pharma.com