

Läkemedelskommitténs ledamöter 2007

Läkare länssjukvård:

Lisbet Gibson, Medicinkliniken
Bengt Sandhammar Kirurgkliniken
Robert Öhman, Psykiatriska kliniken

Läkare primärvård:

Kerstin Asplund, Kvinnohälsan
Per Magnusson, HC Järpen
Kristina Seling, HC Föllinge

Privatläkare

Vakant

Sjuksköterskor länssjukvård:

Carina Träskvik, Medicinkliniken

Sjuksköterskor primärvård:

Ingrid Roempke, HC Odensala
Lena Lindholm HC Zätagränd

Barnmorska:

Ulla Karin Högbom, HC Zätagränd

Tandläkare

Per Ekman, Specialisttandvården, Z-gränd

Sjuksköterska kommunal hälso- och sjukvård:

Iris Kjellander
MAS Åre kommun

Farmaceuter:

Ulrica Jonsson, AO Avtal, Sjukhusapoteket
Inga-Lill Lindgren, Kundkanal Privatkund
Eva-Kari Markland, AO Avtal, Sjukhusapoteket
Björn Stalby, AO Avtal, Sjukhusapoteket, sekr

Läkemedelskommitténs arbetsutskott:

Kerstin Asplund, Ulrica Jonsson
Lisbet Gibson, Björn Stalby
Per Magnusson, Carina Träskvik

Läkemedelskommitténs expertgrupper

Mage-tarm	Magnus Hellblom, med Conny Svensson, kir Kristina Seling, HC Föllinge
Blod	Karin Eriksson, med Eva-Pia Darsbo, HC Odensala
Vätskor	Caroline Starlander, anesthesi Peter Åhlund, IVA
Hjärta-kärl	Thomas Mooe, med Bo Friberg, med Jan Håkansson HC Krokombom
Hud	Arne Pettersson, hud
Gyn	Mats Hultman, gyn Cecilia Högbom, HC Brunflo Ulla Karin Högbom, HC Zätagränd
Urologi	Göran Beskow, kir Niels Hedin, HC Odensala
Hormoner	Håkan Fureman, Medicinkliniken Mikael Lilja, HC Odensala
Infektion	Lars Erik Olofsson, inf Gunnar Nilsson, HC Myrviken Bengt Svensson, ÖNH Vakant, Smittskyddsenh.
Smärta	Torgny Smedby, Remonthagen Gunnar Green, Anestesiavdelningen Per Magnusson, HC Järpen
Nerver	Lars Johan Liedholm, med Pierre de Flon, med Kerstin Asplund, Kvinnohälsan
Psyke	Robert Öhman, psyk Sven Sundin, HC Lit
Lungor och allergi	Jaques Löfvenberg, lung Måns Laudon, HC Krokombom Anna Sandin, Barnkliniken
ÖNH	Bengt Svensson, ÖNH Anita Sydbom, HC Funäsdalen
Ögon	Karin Roth Lindqvist, ögon
Pediatrik	Anna-Lena Nilsson, Barnkliniken
Antidoter	Thomas Olsson/BoFriberg Elisabeth Warding, akutavd

JÄMTmedel

Informationsblad från Jämtlands läns landstings läkemedelskommitté

Internetadress: <http://www.jll.se/halsoochsjukvard/lakemedel/forvardpersonal>

Ansvarig utgivare: Per Magnusson

Redaktör: Björn Stalby

Redaktion: Sjukhusapoteket Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund tel. 063-153299, fax. 063-154592

Tryck: Landstingstryckeriet, Östersund

Innehåll i detta nummer:

Är ACE-hämmare och ARB likvärdiga? 52

*Jan Håkansson, distriktsläkare Krokoms HC, medlem av
LK:s expertgrupp för hjärtkärlsjukdomar*

Utnyttja möjligheterna med läkemedelslistan LM i VAS!53

*Per Magnusson, Distriktsläkare, Järpens hälsocentral
Ordförande i läkemedelskommittén, Jämtlands län*

P-piller ökar inte risken för cancer 54

Informationsläkare Kerstin Asplund

**Risk för beroendutveckling vid behandling med
pregabain (Lyrica) 55**

*Apotekare Anna Sandqvist och överläkare RuneDahlqvist
Läkemedelscentrum, NUS, Umeå*

SBU-projekt om sömnbesvär 55

Ragnar Asplund. Docent i allmänmedicin, FoU-enheten.

Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta. 56

Informationsläkare Kerstin Asplund

Oroande ökning av antibiotikaanvändningen i Sverige 58

Pressmeddelande från STRAMA

Saffran 58

Informationsläkare Kerstin Asplund

Är ACE-hämmare och ARB likvärdiga?

Jan Håkansson, distriktsläkare Krokoms HC, medlem av LK:s expertgrupp för hjärtkärlsjukdomar

Aktivering av RAAS (renin-angiotensin-aldosteron-systemet) är en viktig komponent i utvecklingen av ogynnsamma konsekvenser av högt blodtryck, hjärtsvikt och påverkar utvecklingen av kronisk njursjukdom. Läkemedel som blockerar olika delar av RAAS har visats minska risken för både sjuklighet och död vid hypertoni, hjärtsvikt och kronisk njursjukdom. Främst är det hämmare av ACE (Angiotensin Converting Enzyme) och angiotensinreceptorblockerare (ARB) som utvecklats de senaste decennierna, men även äldre läkemedel som motverkar aldosteronets effekter (främst spironolakton) har dokumenterat effekt åtminstone vid svår hjärtsvikt.

ACE-hämmare (enalapril, ramipril, captopril m fl) är idag förstahandsläkemedel vid hypertoni (1) och hjärtsvikt (2). ARB (losartan, candesartan, valsartan m fl) är alternativ, om behandling med ACE-hämmare inte tolereras och det finns indikation för RAAS-blockad. Efter patentutgångar kostar en dygnsdos av enalapril och ramipril idag under en krona, medan de patentskyddade ARB kostar c:a 10 gånger mera. Patentet för det tidigaste ARB-preparatet - losartan (Cozaar) - går ut hösten 2009 och då kan vi förvänta att vi får likartad prissänkning för de preparaten som vi sett för ACE-hämmarna. I dag ser vi en omfattande marknadsföring för de patentskyddade ARB, men praktiskt taget ingen alls för ACE-hämmare.

En systematisk översikt där ACE-hämmare och ARB jämförs för behandling av hypertoni har nyligen publicerats (3) liksom en metaanalys över preparatets effekt vid proteinuri (4). Sammanfattningsvis visar båda artiklarna att ACE-hämmare och ARB är likvärdiga vad gäller effekten på allvar-

liga komplikationer. På biverknings-sidan har ACE-hämmare en nackdel genom att orsaka hosta i högre frekvens, men i övrigt är biverkningsprofilen likartad.

Studier som "head-to-head" jämfört ACE-hämmare med ARB har dock varit begränsade och inte helt konklusiva. Under 2008 beräknas en direkt jämförande studie med hela 25 000 deltagare publiceras, som förhoppningsvis kastar ljus över för- och nackdelar med olika terapistrategier. Studien kallas ONTARGET, där en ACE-hämmare (ramipril) jämförs med en ARB (telmisartan) och kombinationen av båda.

Tills vidare bör den rimliga slutsatsen för praktisk sjukvård vara att väldokumenterade ACE-hämmare, som enalapril och ramipril är förstahandsalternativ för behandling av hypertoni, hjärtsvikt och njursjukdom med proteinuri. ARB bör pga den högre kostnaden betraktas som väldokumenterade andrahandsalternativ, när det finns indikation för RAAS-blockad, men ACE-hämmare orsakar hosta. Kombinationsbehandling av ACE-hämmare och ARB kan vara motiverad i speciella fall, som vid svår hjärtsvikt eller komplicerad njursjukdom, men kräver noggrann uppföljning med tanke på risk för hyperkalemi. Denna risk måste också uppmärksammas om någon av behandlingarna kombineras med aldosteronantagonister som spironolakton eller eplerenon.

En annan biverkning vid behandling med RAAS-blockad, som ofta förbises är att kroppens naturliga försvar mot blodtrycksfall vid vätskeförluster är försämrad. Patienter med RAAS-blockerande behandling bör upplysas om

detta, ifall de drabbas av gastroenteriter och andra sjukdomar som kan ge vätskeförlust, då man bör sänka dosen eller göra ett uppehåll med den RAAS-blockerande behandlingen.

Referenser

1. Behandlingsrekommendation - Förebyggande av aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom. Information från Läkemedelsverket 3;2006;16-31.
2. Behandlingsrekommendation - Diagnostik och behandling av kronisk hjärtsvikt. Information från Läkemedelsverket 1;2006;7-17.
3. **Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al.** Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med.* 2007;147.
4. **Kunz R, Friedrich C, Wolbers M, Mann JF.** Meta-analysis: effect of monotherapy and combination therapy with inhibitors of the renin-angiotensin system on proteinuria in renal disease. *Ann Intern Med.* 2007;147.

Utnyttja möjligheterna med läkemedelslistan LM i VAS!

*Per Magnusson, Distriktsläkare, Järpens hälsocentral
Ordförande i läkemedelskommittén, Jämtlands län*

Hela länet har nu VAS

Vid årsskiftet använder hela Jämtlands län landsting VAS. Då är vi och Norrbottens läns landsting bland de några få landsting i Sverige som har *en* gemensam läkemedelslista i hela landstinget för patienten. Detta är något som kan förbättra säkerheten avsevärt vid läkemedelsbehandling, främst för äldre med många läkemedel.

För att fullt ut utnyttja möjligheterna med LM har jag några råd:

Rensa i LM!

Vid överföring från Vania kommer en rad läkemedel med som är inaktuella och listan måste rensas för att bli aktuell. Hör med patienten vilka läkemedel som verkligen används.

Även sjuksköterskor!

Även sjuksköterskor får ändra i LM, t.ex. ta bort läkemedel som patienten slutat med.

Lägg in receptfria läkemedel!

Lägg in receptfria läkemedel som patienter använder! Det får även sjuksköterskor göra.

Använd läkemedelsnotat!

Det är en journalhandling kopplad till en rad i LM. Här kan man skriva kort om indikation för ordinationer, när uppföljning är tänkt, varför behandlingen

avslutades mm. Ger en bättre överblick över ändringar i läkemedelsbehandlingen. Även sjuksköterskor kan skriva här.

Skriv ut och skicka aktuell lista till patienten och hemsjukvården!

Använd möjligheten att lägga in automatisk varning vid överkänslighet!

Man kan välja vilken ATC-nivå som ska användas, så att t.ex. alla penicilliner kommer med.

Fortsatt utveckling

För den fortsatta utvecklingen av LM är följande på gång:

1. Slutenvårdens läkemedelslista arbetas med för närvarande.
2. Integration av SIL (Svensk informationsdatabas för läkemedel) planeras vara i drift före 2008 års utgång. SIL tillför:
 - Bättre lista att välja läkemedel ur. Alla läkemedel i listan finns tillgängliga på apoteket.
 - graviditets och amningsinformation
 - interaktionsvarning
 - rekommenderade läkemedel i vårt län
 - förmånsbegränsningar
 - FASS-text

SILs framtida utveckling innefattar dopinginformation, Apodossortimentet, kortnotationer (1x3 blir en tablett... osv) samt länkar till webbsidor med farmakologisk information, patientinformation mm.

3. Integrering av Apodos kommer först som en delintegration som möjliggör snabb överkoppling till edos, planeras vara klart inom ett år.
4. Integration av SVEVAC, ett nationellt informationssystem för vaccinationer planeras också 2008.

Vi som arbetar med utvecklingen av LM i Jämtland är Per Magnusson och Marie Hermansson. I Norrbotten Per Nilsson och Kenneth Widäng. Hör av er med idéer och frågor.

P-pillret ökar inte risken för cancer

Informationsläkare Kerstin Asplund

När den orala antikonceptionen - p-pillret - introducerades på 60-talet innebar det enorma förändringar. Äntligen fanns ett riktigt säkert preventivmedel som kvinnan själv hade kontroll över. Den "sexuella revolutionen" på 60- och 70-talet hade knappast varit möjlig utan p-pillret. Förutom att vara ett säkert preventivmedel gav det också lindring till många kvinnor med dysmenorré och rikliga blödningar.

Snart kom emellertid frågan om biverkningar upp. De första p-pillren innehöll höga hormondoser och gav ofta illamående, svullnadskänsla och nedstämdhet. Mer allvarliga biverkningar som djupa blodproppar misstänktes också relativt tidigt. Här var Barbro Westerholm som då var medicinalråd på Socialstyrelsen tidigt ute och varnade. Och många studier har senare bekräftat den ökade risken för venösa trombosor och lungembolier med p-pillret.

Frågan om p-pillret kan öka risken för cancer har länge diskuterats. De potentiella hormonerna (etinylestradiol och olika gestagena substanser) som finns i p-pillret har misstänkts för att kunna

vara cancerframkallande. Under årens lopp har olika budskap framförts som sammantaget gått ut på att p-pillret skulle kunna öka risken för vissa cancersorter men minska den för andra.

En stor kohortstudie från Storbritannien där man försöker besvara frågan om p-pillers effekt på cancerfrekvensen har nyligen publicerats i BMJ. Den omfattar mer än en million kvinnoår under tiden 1968 till 2004. 1968 rekryterades 23.000 kvinnor som använde p-pillret och 23.000 kvinnor som aldrig använt p-pillret till studien. Under den 36 år långa uppföljningstiden blev det ganska stora bortfall. Endast 67 % av potentiella 1 656 000 kvinnoår fanns med i slutsammanställningen. Bortfallsanalys har emellertid inte visat någon stor systematisk bias. Kvinnorna som var med i studien är nu postmenopausala och har alltså kommit upp i en ålder då cancer börjar bli mer vanligt.

Man fann hos p-pillranvändarna en statistiskt signifikant minskning av risken för cancer i tjocktarm, ändtarm, livmoder och äggstockar liksom för okänd eller "annan" cancer. Omvänt

fann man en liten, inte statistiskt signifikant ökning av lungcancer, cervixcancer och cancer i centrala nervsystemet. Det var ingen skillnad alls för den vanligaste cancerformen bröstcancer. Sammantaget var det 29% minskad risk för "gynekologisk" cancer. För cancer i allmänhet var det statistiskt signifikant minskad risk med 12 % hos p-pillranvändarna. För såväl användare som ickeanvändare av p-pillret är cancerrisken ökad vid rökning och stigande ålder.

En del frågor kvarstår bl.a. om hormondoser och behandlingstidens längd men tills vidare kan vi väl ändå glädja oss åt de resultat som hittills framkommit nämligen att användning av p-pillret inte kan förknippas med ökad cancer-risk.

Referens:

Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott A et al. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. BMJ 2007; 335:651-

Risk för beroendutveckling vid behandling med pregabalin (Lyrica)

Anna Sandqvist
Apotekare

Läkemedelscentrum, NUS, Umeå

Rune Dahlqvist
Överläkare

Pregabalin (Lyrica) har liknande effekter som gabapentin; anti epileptisk, analgetisk och anxiolytisk effekt. Pregabalin är en strukturell analog till transmittorsubstansen gammaaminosmörtsyra (GABA). Bindningen av pregabalin till kalciumkanalerna leder

till en minskad frisättning av flera transmittorsubstanser, glutamat, noradrenalin, acetylcholin och substans P. Detta tros ligga bakom preparatets analgetiska och anxiolytiska effekt. Verkningsmekanismen för den anti epileptiska effekten är inte fullt klarlagd.

Pregabalin blev godkänt i Sverige år 2004 med indikationerna neuropatisk smärta och epilepsi och senare även till patienter med generaliserat ångestsyndrom (GAD). Rekommenderat dosintervall är 150 - 600 mg dagligen upp-

delat på 2-3 doseringstillfällen. Efter som andra läkemedel som binder till GABA-receptorerna, t.ex. bensodiazepiner, ger beroendutveckling skulle man kunna misstänka att även pregabalin kan ge beroendutveckling.

Prekliniska och kliniska data om pregabalin indikerar att det inte är troligt med fysiskt beroende. I djurstudier på råttor och primater har man inte sett någon beroendutveckling av pregabalin. Vid mycket stora doser till råttor och primater sågs endast milda utsättningssymtom. Snabb utsättning av pregabalin efter användning i doser om minst 400 mg per dag har i studier av patienter med GAD visats ge upphov till ångest, nervositet och irritabilitet. Det är inte känt om dessa utsättningssymtom drabbar andra patienter än de som har GAD. Vidare är det svårt att särskilja återkomst av sjukdomens grundsymtom från ”äkta” utsättningssymtom, då symtomen är av samma karaktär.

I enstaka fall har dokumenterats regress av symptom vid återinsättning av pregabalin. Efter en långtidsstudie med pregabalin i 32 veckor studerades utsättningssymtom och de bedömdes vara måttliga. Det gav endast 3 poäng

på Physician Withdrawal Checklist (PWC) i jämförelse med bensodiazepinerna, alprazolam och lorazepam, som fick 24 poäng.

I svenska biverkningsregistret, SWEDIS, finns inga rapporter angående beroendutveckling, tolerans eller utsättningssymtom. I WHO:s biverkningsregister, Vigibase, finns 13 fall av utsättningssymtom och 4 fall av beroendutveckling rapporterade för pregabalin.

Pregabalin liknar gabapentin på många sätt; liknande farmakodynamik och farmakokinetik och samma behandlingssindikationer. Därför kan det vara av vikt att veta vilka utsättningssymtom som setts hos gabapentin. Ett flertal fallrapporter med liknande utsättningssymtom

har beskrivits efter behandling med gabapentin. Det är patienter som fått en stor dos gabapentin, mellan 800-1600 mg tre gånger dagligen. Inom en dag efter behandlingsavbrott sågs ångest, svettningar och hjärtklappning och efter dag tre blev patienterna förvirrade och uppvisade hög puls, högt blodtryck och förhöjd andningsfrekvens.

Allt annat var normalt och efter insättning av gabapentin igen så försvann symtomen. I SWEDIS finns inte några rapporter angående beroende utveckling, toleransutveckling eller utsättningssymtom efter behandling med gabapentin.

Sammanfattning

Pregabalin (Lyrica) har indikationerna neuropatisk smärta, epilepsi och generaliserat ångestsyndrom (GAD). Eftersom andra läkemedel som binder till GABA-receptorerna, t.ex. bensodiazepiner, ger beroendutveckling skulle man kunna misstänka att även pregabalin kan ge beroendutveckling. Symptombild liknande utsättningssymtom har beskrivits hos patienter med GAD. Däremot har ingen dokumentation om beroende observerats.

En utredning från Läkemiddelsinformationscentralen

(LISA nr 22648, år 2007)

elinor@pharm.umu.se

SBU-projekt om sömnbesvär

Ragnar Asplund. Docent i allmänmedicin, FoU-enheten.

I september i år startade ett projekt inom SBU, som syftar till att sammanställa aktuell forskning om förekomsten av sömnbesvär i den vuxna befolkningen, deras inverkan på hälsa, funktionsförmåga i arbetsliv och på fritid samt på livskvaliteten. Projektet kommer att ledas av Jerker Hetta, professor

i psykiatri vid Huddinge sjukhus och mig (Ragnar Asplund). Arbetsgruppen, där fortfarande rekrytering pågår, kommer att ha en bred sammansättning med företrädare för bl. a. klinisk farmakologi, allmänmedicin, geriatrik, psykiatri och klinisk psykologi.

Sömnstörningar är ett vanligt hälsoproblem i Sverige. Det är vanligare bland kvinnor och äldre samt i socioekonomiskt svaga grupper. För kvinnor anges förekomsten av någon form av sömnbesvär till 30 procent och för män 20 procent. Förekomsten av sömnbesvär har också använts som en

indikator på ”folkhälsan” i Statistiska Centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Andelen av befolkningen i åldersgruppen 20–30 år som uppger sig ha sömnbesvär fördubblades under perioden 1981–2002. Vad som orsakar denna ökning av sömnbesvär är oklart, men det kan bl. a. tänkas vara relaterat till ”24-timmars-samhället”, ökade krav på effektivitet särskilt i arbetslivet samt till det växande informationsflödet. Därför kommer skiftarbete och andra sömnpåverkande förhållanden i arbetsliv och fritidsvanor att vara ett tema i projektet.

I medicinsk litteratur används ofta benämningen ”insomni” som en sam-

manfattande term för de sömnstörningar där individen rapporterar en upplevelse av otillräcklig sömntid eller dålig sömnkvalitet, som ger en nedsättning av välbefinnande och funktionsförmåga. Individen kan ange insomningsbesvär, uppvaknanden med oförmåga att somna om, för tidigt morgonuppvaknande eller kombinationer av dess besvär.

Beträffande effekterna och kostnaderna för sömnbesvär har vi mycket begränsad kunskap. Mot bakgrund av den utbredda förekomsten och det otillfredsställande kunskapsläget har det bedömts angeläget att granska det vetenskapliga underlaget för olika typer av behandling. Insomni behandlas i

vården till största del med läkemedel. Vanligtvis rekommenderas kortvarig behandling, men receptförskrivningsstudier visar att vissa patienter, särskilt äldre, får behandling under lång tid. Psykologiska behandlingsmetoder, framför allt kognitiv beteendeterapi har utvecklats kraftigt under de senaste åren. Dessutom finns alternativa behandlingsmetoder, ett område som projektet har ett uttalat uppdrag att genomlysas.

Arbetet med systematiska genomgångar av den medicinska litteraturen startar i början av 2008, och det finns en förhoppning att projektet skall kunna slutföras och avrapporteras under hösten 2009.

Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta. - ny behandlingsrekommendation från Läkemedelsverket.

Informationsläkare Kerstin Asplund

I april i år ordnade Läkemedelsverket en workshop om behandling av neuropatisk smärta och nu har de nya terapi-rekommendationerna kommit. De finns liksom även ett gediget bakgrundsmaterial på Läkemedelsverkets hemsida, www.lakemedelsverket.se Jag rekommenderar alla intresserade att själva läsa dessa men här kommer även en kort sammanfattning av det viktigaste.

Neuropatisk smärta eller nervsmärta definieras som ”en smärta som uppstår som en direkt konsekvens av en lesion eller sjukdom som påverkar det somatosensoriska systemet”

Kriterierna för neuropatisk smärta är:

1. Anamnes på skada eller sjukdom i nervsystemet som primär etiologi till smärtan.
2. Neuroanatomiskt korrelerbar smärtutstrålning motsvarande den drabbade nervstrukturen.
3. Störning inom det somatosensoriska systemet med känselrubning i smärtans utbredningsområde.

Nervsmärta indelas oftast enligt anatomisk klassifikation där man till att börja med skiljer på **central** (hjärna och ryggmärg) och **perifer** smärta. De perifera

smärttillstånden indelas i sin tur i **polyneuropatier** med symmetrisk utbredning, **mononeuropatier** med asymmetrisk utbredning, **nervrotssmärter** och **plexopatier**.

Man räknar grovt med att 1,5 % av befolkningen i Sverige har en behandlingskrävande neuropatisk smärta. Det innebär 130.000 personer, varav 75.000 kvinnor. Neuropatisk smärta efter kirurgi eller vid cancersjukdom är förmodligen ett underskattat problem. Hälften av cancerpatienterna utvecklar svåra smärtor och av dessa

smärttillstånd är omkring 30 % huvudsakligen neuropatiska.

Vid all långvarig smärta, både neuropatisk och nociceptiv, skall man vara uppmärksam på psykosociala faktorer samt depression och ångest som kan förvärra smärtan.

Läkemedelsbehandling

Det finns flera olika läkemedel som är godkända för behandling av neuropatisk smärta. Dessutom finns en del äldre läkemedel som har bra effekt och god evidens men där ansökan om godkännande på indikationen neuropatisk smärta aldrig inkommit till Läkemedelsverket eller EMEA. Det gäller framförallt tricykliska antidepressiva och vissa opioider.

Klinisk erfarenhet och direkta jämförelser av randomiserade placebo-kontrollerade studier talar för att **tricykliska antidepressiva** är mest effektiva, därefter kommer **gabapentin/pregabalin** och på tredje plats **SNRI**. Generellt sett har farmakologisk behandling av neuropatisk smärta bäst effekt på stimulusberoende smärtkomponenter som vilovärk, koncentrationsförmåga och sömn. Rörelsesmärta eller förmågan att gå eller stå påverkas bara marginellt av läkemedel.

Läkemedelsval vid olika typer av neuropatisk smärta:

Trigeminusneuralgi: karbamazepin alternativt oxkarbazepin. Vid behandlingssvikt neurokirurgi.

Perifer neuropatisk smärta:

1:a hand: gabapentin eller tricykliska antidepressiva. Båda har god dokumentation och lång klinisk erfarenhet.

2:a hand: pregabalin (Lyrica). Det finns ingenting som tyder på att pregabalin har effekt hos patienter som inte svarat på gabapentin.

3:e hand: SNRI, dvs duloxetin (Cymbalta) eller venlafaxin (Efexor).

4:e hand: tramadol. Viss risk finns för beroendutveckling.

5:e hand: starka opioider. Komplicerad behandling där långtidseffekterna inte är kända men där det finns risk för hormonella och kognitiva störningar. Pga. beroendeproblematiken krävs god kontinuitet och kontroll av förskrivningen.

Central neuropatisk smärta behandlas vanligen i första hand med amitriptylin och i andra hand med gabapentin/pregabalin. Vid central neuropatisk smärta efter stroke kan även lamotrigin användas, andrahandsmedel efter amitriptylin.

Cannabinoider har evidens för effekt vid behandling av central neuropatisk smärta vid MS men godkända läkemedel saknas i Sverige.

Klinisk erfarenhet talar för att gabapentin och tricykliska antidepressiva kan kombineras för ökad effekt.

Generellt rekommenderas en mycket låg startdos av det aktuella läkemedlet och sedan långsam och försiktig upptrappning. Tre till sex månader efter det att tillfredsställande effekt uppnåtts kan man göra utsättningsförsök. Det är då

viktigt att trappa ner dosen långsamt för att undvika utsättningsproblem.

Icke-farmakologiska behandlingar.

TENS används vid perifera neuropatier men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för evidensbaserad rekommendation.

Ryggmärgsstimulering är en avancerad metod som ibland använts för att lindra perifer neuropatisk smärta. Även här är det vetenskapliga underlaget begränsat.

Neurokirurgi kan användas vid trigeminusneuralgi och glossopharyngeusneuralgi när läkemedel inte haft tillräcklig effekt.

Multimodal rehabilitering, som beskrevs i SBU:s rapport om behandling av långvarig smärta kan användas även vid neuropatisk smärta. En individuell plan upprättas tillsammans med patienten och ett multiprofessionellt team arbetar för att förbättra funktionen och öka den fysiska aktiviteten. Man arbetar med beteendemodifierande åtgärder, där patientens eget ansvar för att ta tillbaka kontrollen över sin livssituation uppmuntras. Sådan multimodal rehabilitering kan med fördel kombineras med läkemedelsbehandling som beskrivits ovan.

Referenser:

1. Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta. Information från Läkemedelsverket 6:2007.

2. Metoder för behandling av långvarig smärta. SBU-rapport nr 177, 2006.

Oroande ökning av antibiotikaanvändningen i Sverige.

Pressmeddelande från STRAMA:

Antibiotikaförsäljningen ökar i Sverige. Efter flera år med sjunkande förskrivning ses nu en tydlig trend till ökning. En jämförelse mellan första halvåret 2007 och motsvarande period förra året visar att ökningen är i genomsnitt 8 %. Allra mest antibiotika används i storstadsregionerna.

Flera faktorer kan ligga bakom ökningen - ökad sjuklighet, ökad tillgång på vård eller ändrade attityder. Ökningen är störst hos barn upp till 15 års ålder.

Uppgift om förskrivningsorsaker saknas i den nationella antibiotika-statistiken, men de preparat som ökar mest är dock sådana som huvudsakligen förskrivs vid luftvägsinfektioner.

Professor Otto Cars, ordförande i Strama, är oroad över utvecklingen.

– En rationell antibiotikaanvändning är en av de viktigaste åtgärderna för att

hindra utveckling och spridning av resistenta bakterier i landet.

– Det är inte rimligt att tro att den ökning av användningen vi nu ser beror på en ökad sjuklighet i infektioner. Troligtvis är det istället respekten för dessa viktiga läkemedel som brister både bland läkare och patienter. Det är bara en liten del av alla luftvägsinfektioner som behöver behandlas med antibiotika – framför allt gäller det lunginflammationer.

Saffran

Har du fått några lussekatter i år? Gula, vackra saffransbullar med russin i? Har du rentav bakat några lussebullar själv? Då vet du att saffran är dyrt. Det tillhandahålles i små kuvert i livsmedelsaffärens kassa som om det vore stöldbegärliga diamanter eller illegal narkotika.

Saffran är världens dyraste krydda. Äkta saffranskrokus odlas framför allt i Iran och i flera av länderna runt Medelhavet. Från Spanien importeras en hel del saffran till Sverige. För att få ett kilo saffran måste man för hand plocka

150.000 blommor av saffranskrokus, *Crocus sativus*. Det är blommans märken som användes. Dessa innehåller mer än 150 doft- och aromämnen. Den typiska saffranssmaken kommer från en eterisk olja, safranal.

Liksom det mesta som är dyrt, svåråtkomligt eller på annat sätt exotiskt har det också använts som läkemedel. Saffran har ansetts vara uppiggande och har ingått i flera beredningar både på apotek och inom folkmedicinen. Det har ordinerats mot ögonsjukdomar, magbesvär, alkoholförgiftning och me-

lankoli men sådan användning har inte varit riskfri. I höga doser är saffran giftigt, t.o.m. livsfarligt. 10 gram saffran är dödlig dos för en vuxen och så lite som 0,2 gram (ett tredjedels saffranspaket) kan innebära förgiftningsrisk för ett barn. Hundar är extra känsliga och skall inte ha några lussekatter.

Men den mängd saffran som finns i julbrödet är helt ofarlig för människor. Så passa på och njut och tag en lussekatt till!

Kerstin Asplund

Redaktionen för JÄMTmedel vill tillönska alla läsare



**God Jul
och
Gott Nytt År**

