

var i gjennomsnitt bare 12 % av konsentrasjonen i 2 076 prøver fra pasienter som ikke brukte karbamazepin. Oppstart av karbamazepin hos en pasient som bruker quetiapin, vil dermed trolig redusere quetiapinkonsentrasjonen til så lite som 10–20 % av utgangskonsentrasjonen. Oppstart med quetiapin i vanlige doser hos en pasient som på forhånd bruker karbamazepin, vil gi tilsvarende lave quetiapinnivåer. Etter all sannsynlighet vil dermed den terapeutiske effekten av quetiapin bli svært mangelfull eller utebli helt.

Mekanismen bak interaksjonen er at karbamazepin induserer aktiviteten til leverenzymet CYP3A4, som bryter ned quetiapin. Den induserende effekten er så kraftig at ikke en gang en betydelig økning av quetiapindosen for å kompensere for dette vil gi tilstrekkelig høye serumkonsentrasjoner av quetiapin. Man skal også være oppmerksom på faren for en kraftig økning i serumkonsentrasjonen av quetiapin dersom man gir dette midlet i høye doser hos en pasient som bruker karbamazepin samtidig og karbamazepin av en eller annen grunn så blir seponert. Vår konklusjon er derfor at det ikke er rasjonell farmakoterapi å bruke kombinasjonen karbamazepin og quetiapin og at midlene følgelig ikke bør kombineres.

Ingrid Castberg

St. Olavs Hospital

Jan Øystein Berle

Haukeland Universitetssjukehus

Olav Spigset

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Berle JØ, Spigset O. Har stemningsstabiliserende legemidler noen plass i behandlingen av schizofreni? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1809–12.
2. Hasselstrøm J, Linnert K. Quetiapine serum concentrations in psychiatric patients: the influence of comedication. Ther Drug Monit 2004; 26: 486–91.
3. www.legemiddelverket.no/prpdata/spc/ Godkjente/Seroquel %2029.09.03.doc (2.8.2005).

Maharishi Ayurveda, fibromyalgi og blæreproblemer

Jeg leste med stor interesse Helge Stormorkens & Frank Brosstads artikkel om fibromyalgi og hyppig vannlating i Tidsskriftet nr. 1/2005 (1). Lederartikkelen i samme nummer var tankevekkende, og de som ennå ikke har hatt anledning til å lese den, burde gjøre det. Selv om det faglige miljøet kritiserer designet av studien, kan problemene i forbindelse med publikasjonen være et eksempel på at nyskapende hypoteser holdes nede fordi de utfordrer autoritetene (2). Jeg har i mange år holdt på med behandling av fibromyalgi ut fra Maharishi Ayurveda, som inkorporerer indisk tradisjo-

nell medisin, ayurveda («y» uttales «j»). Jeg har fulgt opp et utvalg av 11 pasienter som var smertefrie på tidspunktet for evaluering 13–36 måneder etter avsluttet behandling (3).

Den ayurvediske tankegangen baserer seg blant annet på ideen om tre grunnleggende prinsipper for styringen av en samlet psykofysiologi. Den viktigste av disse kalles vata-dosha og styrer blant annet all form for aktivitet. Et område for styring er aktiviteten under navleplanet, og denne omfatter blant annet funksjonen av blære og tarm. Ubalanse av denne doshaen fører ofte til nedre ryggsmarter, problemer med tarmfunksjonen med treg eller vekslende avføring og problemer med vannlating, oftest i form av hyppig vannlating. Jeg har sett gode resultater av de ayurvediske behandlingene på disse funksjonsforstyrrelsene.

Fibromyalgi er ifølge ayurveda en belastningstilstand som har ført til en ubalanse av vata-dosha og dannelse av «slaggstoffer» (3). Denne vata-ubalansen manifesterer seg ofte i form av en dysfunksjon av området under navleplanet. Dette er i samsvar med en teori om en dysfunksjonell stressreaksjon som omtales i den nevnte lederartikkelen (2). Innen ayurveda retter man altså behandlingen av så ulike problemstillinger mot en mer grunnleggende ubalanse.

Lars Bjørn Rasmussen

Maharishi Ayurveda Helsesenter
Mesnali

Litteratur

1. Stormorken H, Brosstad F. Hyppig vannlating – viktig diagnostisk markør ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17–9.
2. Wyller TB, Wyller VB. Fibromyalgi, vannlating og etablerte sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 14.
3. Rasmussen LB. Fibromyalgi på indisk vis. Utposten 2004; 33: 27–32. <http://www.uib.no/isf/utposten/2004nr6/utp04607.htm> (21.6.2005)

H. Stormorken svarer:

Jeg mangler kunnskap til å bedømme forfatterens behandlingsmodus. Men den må verifiseres på et stort og adekvat kontrollert materiale. Kan resultatene verifiseres, vil den bli ønsket velkommen av alle som sliter med denne miskjente lidelse. Det finnes rundt 200 000 av dem i landet.

Ettersom vårt materiale viste at denne lidelsen er dominant arvelig, er CIGENE, senteret for funksjonell genomforskning (FUGE) på Ås, klare til å gå i gang med DNA-prøvene. Prøvene er nå 13 år gamle pga. mangel på finansiering. Vi håper at det endelig skal lykkes å foreta disse undersøkelsene, slik at mulighetene til å finne den dypere årsak åpnes. Men i dette fattige landet er ikke optimismen overveldende.

Helge Stormorken

Sandvika

Er dette byråkratiet virkelig nødvendig?

Jeg har stått på for at B-grenkandidatene ved vår avdeling får utvidet sin tellende tjenestetid fra seks til 18 måneder. Det er ikke snakk å opprette noen ny stilling. I den forbindelse er saksgangen som følger: Min søknad skal attesteres av min klinikksjef, som igjen sender den videre til sykehusadministrasjonen. Herfra går den til det regionale helseforetaket, som sender den videre til Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister og legefördeling, som sender den videre til Legeforeningen, som igjen sender den til et bedømmelseutvalg bestående av spesialister. Fra disse spesialistene går søknaden via Legeforeningen tilbake til Nasjonalt råd, som igjen sender en ev. godkjenning videre til helseforetaket osv.

Ville det ikke være mer logisk at søknaden gikk direkte fra avdelingsoverlegen til spesialistene i Legeforeningen, som så kunne svare direkte tilbake til sykehuset? Det ville nok korte ned saksbehandlingstiden. Jeg kjenner ikke Nasjonalt råd for utdanning av legespesialister og legefördeling. Hva er deres funksjon? Har noen sett på nytteverdien av dette rådet?

Dag Berild

Aker universitetssykehus