

## Syrehemmer beskytter mot residiv av blødende ulcus

En protonpumpehemmer kombinert med celekoksib er sikrere enn celekoksib alene for smertelindring blant artrittpasienter med høy risiko for utvikling av blødning i øvre del av mage-tarm-kanalen. Det er konklusjonen i en randomisert og placebo-kontrollert undersøkelse publisert i *The Lancet* (2007; 369: 1621–6).

Ingen av de 137 pasientene som fikk kombinasjonsbehandlingen, utviklet blødende ulcus 13 måneder etter randomiseringen. Blant de 136 pasientene som fikk placebo sammen med celekoksib, oppsto 12 (8,9 %) tilfeller av et nytt blødende ulcus.

Celekoksibbehandlingen besto av 200 mg to ganger daglig, mens i kombinasjonsgruppen brukte man esomeprazol 20 mg to ganger daglig i tillegg. Det var ingen vesentlige forskjeller på etterlevelse eller bivirkningsprofil mellom gruppene.

Med henblikk på COX-2-hemmernes bivirkningsprofil burde forskerne også ha undersøkt en tredje gruppe, nemlig en kombinasjon av et ikke-selektivt NSAID-preparat pluss protonpumpehemmeren, ifølge en kommentar i *Ugeskrift for Læger* (2007; 169: 2292).

## Zoledronsyre reduserer risikoen for ryggfrakturer

Zoledronsyre er et nytt bisfosfonat, der behandlingen består i en årlig infusjon. Midlet ser ut til å redusere risikoen for vertebrale frakturer og hoftefrakturer hos postmenopausale kvinner i en treårsperiode. Dette er konklusjonen i en multisen-terstudie publisert i *New England Journal of Medicine* (2007; 356: 1809–22).

Studien omfattet over 7 700 kvinner i alderen 65–89 år. De ble randomisert til enten placebo eller infusjon med 5 mg zoledronsyre én gang i året i tre år.

Etter tre år var insidensen av vertebrale frakturer 3,3 % i intervensjonsgruppen, mot 10,9 % i placebogruppen. Risikoen for hoftefraktur ble også redusert (1,4 % mot 2,5 %). Pasientene i zoledronsyregruppen hadde imidlertid en høyere risiko for atrieflimmer (1,3 % mot 0,5 %).

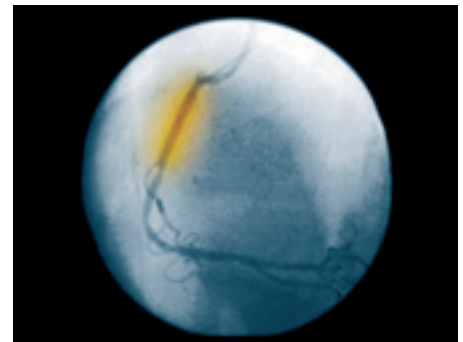
## Biologiske koronarstenter – lovende resultater

Stenter laget av et materiale som brytes ned, kan gi færre komplikasjoner på sikt. Men foreløpig fungerer de ikke godt nok.

Implanterte stenter i koronararteriene er laget av metall. Disse forblir i arterieveggen, noe som krever behandling med medikamenter over lang tid og gir risiko for sen trombose. Stenten kan dessuten gi problemer ved senere kirurgiske inngrep i arteriene.

I en ny studie er det for første gang brukt biologisk nedbrytbare stenter i en koronararterie hos mennesker (1). 63 pasienter fikk implantert magnesiumstenter, som løses opp etter 2–4 måneder. Alle implantasjonene var vellykket, med god åpning av arterien. Etter fire måneder var det bare rester etter stentmateriale under intima, men halvparten av pasientene hadde fått restenose, og etter ett år hadde 45 % gjennomgått ny revaskularisering.

– Dette kan være fremtidens stenter, sier overlege Harald Vik-Mo ved Hjertemedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital. – Men foreløpig er vi ikke i mål: Nesten halvparten fikk restenose med behov for ny behandling, og det er flere enn ved ballongdilatasjon alene. På den annen side viser studien at stentene lar seg plassere i arterier med høyt trykk uten å ta skade eller gi kom-



Implanterte stenter i koronarkarene hindrer ny stenose. Foto Photo Researchers/GV-Press

pplikasjoner, og at de oppløses fullstendig uten at fragmenter løsrives i sirkulasjonen.

– Biologiske stenter må modifiseres slik at de gir støtte til arterien i lengre tid. Senere kan det også bli aktuelt å korte ned tilhelingsprosessen med medikamenter, sier Vik-Mo.

**Ragnhild Ørstavik**  
ragnhild.orstavik@fhi.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Erbel R, Di Mario C, Bartunek J et al. Temporary scaffolding of coronary arteries with bioabsorbable magnesium stents: a prospective, non-randomised multicentre trial. *Lancet* 2007; 369: 1869–75.

## Serologisk testing ved mistanke om cøliaki

Testing av antistoffer mot vevstransglutaminase i kombinasjon med typiske symptomer fanger opp alle cøliakitilfellene.

Underdiagnostisering av cøliaki er et betydelig problem. Gullstandarden for å stille diagnosen er påvisning av totteatrofi i biopsi fra tynntarm. Mange som får påvist cøliaki, har tidligere vært undersøkt med gastroskopi uten at det er blitt tatt tynntarmsbiopsi. Hvordan bør pasienter som henvises til gastroskopi med tanke på cøliaki utredes?

I en britisk studie var sensitiviteten 100 % for påvisning av sykdommen hos pasienter med vekttap, diaré eller anemi (høy risiko) samt positiv test for antistoffer mot vevstransglutaminase ved en retrospektiv analyse (1). Dette funnet ble verifisert i en prospektiv studie av 2 000 pasienter som ble henvist til gastroskopi, hvorav ca. 40 % hadde høy risiko for sykdommen og 3,9 % til slutt fikk påvist cøliaki. Positiv transglutaminasetest alene ga en sensitivitet

på 90 % for diagnosen, mens slik test i kombinasjon med biopsi av alle i høyrisikogruppen fanget opp alle cøliakitilfellene.

– Resultatene viser at blant pasienter som er henvist til gastroskopi, er det trygt å unnlate å ta tynntarmsbiopsi med tanke på cøliaki hos dem med lav risiko samt negativ vevstransglutaminasetest, sier professor Ludvig M. Sollid ved Immunologisk institutt, Rikshospitalet-Radiumhospitalet.

– Det er verdt å merke seg at tynntarmsbiopsi er nødvendig for å stille cøliakidiagnosen blant pasienter med høy risiko og positiv vevstransglutaminasetest. Ca. 40 % av pasientene i denne kategorien viste seg ikke å ha cøliaki når de ble undersøkt med biopsi, sier Sollid.

**Trine B. Haugen**  
trine.b.haugen@hf.hio.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Hopper AD, Cross SS, Hurlstone DP. Pre-endo-scopy serological testing for coeliac disease: evaluation of a clinical decision tool. *BMJ* 2007; 334: 729–32.