



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Blodplatehemming og mageproblemer

I Tidsskriftet nr. 21/2006 var det en artikkel av Maren Johansen fra RELIS Øst om behandling av pasienter som får magesår eller «mageplager» når de behandles med acetylsalisylsyre (1). Hun konkluderer bl.a. med at acetylsalisylsyre kombinert med protonpumpehemmer gir lavere risiko for reblødning enn klopido-grel alene, og at acetylsalisylsyre + protonpumpehemmer er rimeligere enn klopido-grel alene. Konklusjonene er dels basert på dokumentasjon, dels på antakelser. Artikkelen inneholder feil om forskrivnings- og refusjonsregler for klopido-grel og mangler informasjon om refusjonsregler for protonpumpehemmere.

Det er ikke overraskende at protonpumpehemmere har effekt hos pasienter med magesyreproblemer som følge av behandling med acetylsalisylsyre. Den artikkelen Johansen omtaler (2), kan imidlertid ikke gi et fullgodt svar på hva som er det klokkeste medikamentvalget, fordi kombinasjonen klopido-grel + esomeprazol ikke er undersøkt. Dette etterlyses også i en kommentar-artikkel forfatterne bruker som referanse (3). I prissammenlikningene er det brukt en annen dosering (40 mg esomeprazol $\times$ 1) enn i referanseartikkelen (20 mg $\times$ 2), der dosering to ganger i døgnet ble valgt for å holde en konstant høy serumkonsentrasjon (3). At 40 mg esomeprazol er klinisk ekvivalent med 20 mg $\times$ 2, er en antakelse, som lett kan oppfattes som dokumentert. Hvis referanseartikkelens dosering benyttes, er acetylsalisylsyre + esomeprazol dyrere enn klopido-grel alene.

Johansen skriver at behandling med klopido-grel innebærer unødig bruk av ressurser fordi leger må henvise til sykehus for at pasienten skal få resept fra indremedisiner. Dette er feil. Klopido-grel kan forskrives av alle leger. Vi antar at Johansen har ment at sykehus må kontaktes for at pasienten skal få refusjon. For å få refusjon for klopido-grel ved intoleranse overfor acetylsalisylsyre må det sendes §10a-søknad, som må skrives av spesialist i indremedisin. Videre forskrivning kan skje ved fastlege (4).

Refusjonsreglene for protonpumpehemmere ved medikamentindusert ulcus er identiske (5), men er ikke omtalt i artikkelen (1). Påstanden om at bruk av klopido-grel er unødig bruk av ressurser, er derfor feil. Ressursbruken for å få resept og/eller refusjon er lik for de to alternativene. Den

anbefalte kombinasjonen av acetylsalisylsyre + protonpumpehemmer kreves dessuten forsøkt for at §10a-søknad kan innvilges (4). Johansens anbefaling er derfor allerede et krav fra NAV.

De pasientene som får reblødning på tross av kombinasjonen acetylsalisylsyre + protonpumpehemmer, får klopido-grel. Det er ønskelig med en vurdering fra RELIS om disse bør få protonpumpehemmer i tillegg.

Øyvind Arnesen
Bristol-Myers Squibb

Jon Sigurd Riis
Sanofi-aventis

Litteratur

1. Johansen M. Platehemmerbehandling ved tidligere gastrointestinal blødning forårsaket av acetylsalisylsyre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2802–4.
2. Chan FKL, Ching JYL, Hung LCT et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole to prevent recurrent ulcer bleeding. N Engl J Med 2005; 352: 238–44.
3. Doggrell SA. Aspirin and esomeprazole are superior to clopidogrel in preventing recurrent ulcer bleeding. Expert Opin Pharmacother 2005; 6: 1253–6.
4. Folketryktdoven §5-14. Vedlegg 1/Klopido-grel.
5. Folketryktdoven §5-14. Vedlegg 1/Esomeprazol.

M. Johansen svarer:

Utgangspunktet for å skrive artikkelen var en konkret henvendelse fra en lege som hadde erfart at pasienter som fikk mageproblemer ved acetylsalisylsyrebehandling, fikk medisineringsen endret til klopido-grel uten at tillegg av protonpumpehemmer var forsøkt. Vårt formål var derfor å belyse at dette kanskje ikke er det gunstigste alternativet for pasienten.

Det er riktig at ved å bruke 20 mg $\times$ 2 istedenfor 40 mg $\times$ 1 esomeprazol vil kombinasjonen acetylsalisylsyre og esomeprazol bli dyrere enn klopido-grel. Det er imidlertid vist at det ikke er nødvendig å dele dosen (1). Johnsson og medarbeidere konkluderer med at det ikke er noen fordel knyttet til å bruke 20 mg $\times$ 2 fremfor 40 mg $\times$ 1. Det er også usikkert om 40 mg esomeprazol er nødvendig (2). I Lai og medarbeideres studie der acetylsalisylsyre 100 mg + esomeprazol 20 mg ble sammenliknet med klopido-grel 75 mg hos pasienter med tidligere acetylsalisylsyreindusert magesår var resultatet etter 52 uker at ni pasienter i klopido-grelgruppen hadde fått gjentatt gastrointestinal blødning mot ingen i acetylsalisylsyre + esomeprazolgruppen.

For å få refusjon for esomeprazol og

andre protonpumpehemmere må behandlingen være instituert av spesialist. Dette ble ikke nevnt i artikkelen, men antas å være kjent blant forskrivere. Jeg vil også presisere at artikkelen ikke anbefaler en spesiell protonpumpehemmer.

Øyvind Arnesen & Jon Sigurd Riis ønsker en vurdering av samtidig behandling med klopido-grel og esomeprazol. Det er det ikke plass til her. Det kan imidlertid nevnes at en kontrollert klinisk studie på 129 pasienter med endoskopiske funn viste at klopido-grel kombinert med esomeprazol ikke var bedre enn acetylsalisylsyre kombinert med esomeprazol (3).

Maren Johansen
RELIS Øst

Litteratur

1. Johnsson F, Hatlebakk JG, Klintenberg A-C et al. Symptom-relieving effect of esomeprazole 40 mg daily in patients with heartburn. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 347–53.
2. Lai KC, Chu KM, Hui WM et al. Esomeprazole with aspirin versus clopidogrel for prevention of recurrent gastrointestinal ulcer complications. Clin Gastroenterol Hepatol 2006; 4: 860–5.
3. NG F-H, Wong B C-Y, Wong S-Y et al. Clopidogrel plus omeprazole compared with aspirin plus omeprazole for aspirin-induced symptomatic peptic ulcers/erosions with low to moderate bleeding/re-bleeding risk – a single-blind, randomised controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 359–65.

Betraktninger fra en ikke-spesialist i psykiatri

Jeg arbeider som sosionom ved en psykiatrisk poliklinikk og har med stor interesse lest artiklene i Tidsskriftet nr. 21/2006 om de distriktskykiatriske sentrene (1–3). Da jeg begynte for tre år siden, var jeg svært skeptisk til psykiatrien. Etter nesten tre års arbeid har jeg fått et mer nyansert syn – mer kunnskap om legemidler og dets virkning på serotonin-, dopamin- og noradrenalinreseptorer og om hva som kan hjelpe ved tilstander som F19.1, F31, F41, F60, F90 og andre diagnosekategorier i ICD-10. Jeg er likevel trygg i min helhetstenkning og «sosionomske» måte å tenke på.

Hva gjør vi ikke-leger ved en psykiatrisk poliklinikk? Hadde psykiatrien vært bedre tjent med bare legespesialister? Er det dere som sitter med løsningen og svarene på spørsmålene om menneskesinnets uutgrunnelige univers? Hvis vi tenker oss et scenario hvor vi høyskoleutdannede ikke var der, ville det da strømme på med nok spesialister for å opprettholde et godt tjeneste-