

mulig skal få sin diagnose. Vi tror at mange flere ville velge å gjennomgå undersøkelsen dersom de visste at de kunne få bedøvelse. Det er ikke lett å be om det. Er man syk, blir man lett sårbar. Noen frykter de ikke takler å få nei. Vi vet at noen leger tilbyr bedøvelse, andre gir bare litt spray i svelget. Hvis vi i Norsk Cøliakiforening kunne fortelle at alle som ønsker det kan få bedøvelse ved undersøkelsen, ville det vært en stor hjelp for mange til å ta det nødvendige skritt for å få sin cøliakidiagnose. Hva skal til for at alle pasienter kan få tilbud om bedøvelse?

Wenche Hoel Røine
Norsk Cøliakiforening

Somadril er tilgjengelig etter 1. mai 2008

Når Somadril trekkes fra markedet 1. mai 2008 (1), trer det en ordning i kraft som gir leger mulighet å søke «spesielt godkjenningsvedtak» for sine pasienter slik at de kan fortsette med midlet. Denne ordningen er mulig så lenge det finnes et land (f.eks. USA) der Somadril er et godkjent legemiddel. En liknende ordning finnes også i EU. Der ble Somadril avregistrert i mars 2008.

Kriteriet for å søke «spesielt godkjenningsvedtak» er, ut fra en samtale med Statens legemiddelverk, at leger bare skal søke når de kan dokumentere at alt annet er prøvd og bare Somadril har en tilfredsstillende effekt. Hva Legemiddelverket mener med «alt», kan vi bare spekulere i, men en kvalifisert gjetning er: Har pasienten prøvd alle relevante medikamenter? Har pasienten vært til behandling hos fysioterapeut/manuellterapeut og eller kiropraktor? Har pasienten vært hos spesialist, ev. smerteklinikk, og fått en tverrfaglig undersøkelse?

Mange leger har sterke meninger om Somadril, og det har medført en del stigmatisering rundt bruken av midlet. Noen leger har pasienter som har hatt veldig god effekt av det, mens andre har nektet å skrive det ut. På grunn av stigmatiseringen er det en del leger som vil nøle med å sende inn søknad for sine pasienter. Til disse må man si at ordningen for å søke «spesielt godkjenningsvedtak» er ment som en siste instans hvis alt annet er prøvd. For mange pasienter er det snakk om sterke smerter og vesentlig forskjell i livskvalitet ved å ta Somadril kontra det ikke å ta Somadril.

Det må også sies at ordningen med å søke «spesielt godkjenningsvedtak» begrenser – om ikke umuliggjør – misbruk, siden det hindrer pasienten å gå fra lege til lege for å få resept flere steder. Du som fastlege får god kontroll med pasientens ukentlig inntak av Somadril. Anbefalt dose er en tablett å 350 mg 3–4 ganger daglig.

Karisoprodol er kjemisk nær beslektet

med meprobamat og besitter de samme farmakologiske egenskapene (2). Karisoprodol metaboliseres i leveren, med biologisk halveringstid på rundt to timer. Hovedmetabolitten i serum hos mennesker er meprobamat, som når maksimal serumkonsentrasjon etter omtrent fire timer. Meprobamat har en biologisk halveringstid på 6–17 timer. Halveringstiden og dermed akkumuleringstendensen øker ved langvarig bruk (2). Det anbefales derfor å råde pasienter til å la være å føre motoriserte kjøretøyer. Hvis dette ikke kan unngås, bør man vente i minst ti timer etter siste inntak av Somadril før man kjører. Det har vært saker for retten hvor tiltalte har hatt høye verdier av relevante stoffer i blodet og vedkommende har hevdet at det har gått mer enn seks timer siden siste Somadril-tablett.

Ordningen med å søke «spesielt godkjenningsvedtak» trer i kraft 1. mai 2008. Vi venter fremdeles på informasjon fra Legemiddelverket om hvor man skal søke og med hvilket skjema. Når dette foreligger, vil det bli lagt ut på nettstedet til Foreningen Somadril i Norge (3). Leger og legekontorer/legesentre kan informere aktuelle pasienter om deres interesseorganisasjon Foreningen Somadril i Norge (3).

Ole-Christian Henriksen
Foreningen Somadril i Norge

Litteratur

1. Buajordet I, Madsen S. Somadril trekkes i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1397.
2. Reiestad F, Fagerlund B. Er karisoprodol berettiget som muskelrelakserende medikament? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2041–2.
3. Henriksen O-C. Foreningen Somadril i Norge. www.somadril.no/infoleger.html [11.3.2008].

Syke hus er ut

Leger og psykiatere som taler varmt for kognitiv terapi, skulle bidra til endring av den negative betegnelsen «sykehus»! Hvem kan bli frisk i syke hus? Hvis kognitive prinsipper har noe for seg, kunne for eksempel «hospital» erstatte betegnelsen sykehus. «Hospitalis» betyr «gjestfri», ifølge Kunnskapsforlages leksikon, en hyggeligere assosiasjon enn det å være pasient eller syk!

I debatten om kognitiv terapi ved kronisk tretthetssyndrom (også kalt kronisk utmattelsessyndrom) har psykiatere forklart at slik terapi skal endre pasientens negative tankemønstre slik at katastrofetanker, for eksempel om at man er alvorlig syk, erstattes med mer positive og rasjonelle tanker. Betegnelsene «helsehus», «friskhus» eller «hospital» kan stimulere pasientens kognitiv til bedre helse allerede ved innleggelsen! Men en slik navneendring er kanskje ikke rasjonell nok?

Liv Serine Helgesen
Oslo

Endovaskulær behandling ved hjerneinfarkt

I en nyttig artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2008 (1) gir Eva A. Jacobsen en god oversikt over status for endovaskulær behandling ved hjerneinfarkt. Om disse lovende teknikkene skulle vise seg å være til nytte, vil det føre til betydelig omorganisering av slagbehandlingen i Norge. Som anført i en leder av Jan C. Frich i samme nummer er metodene i dag å regne som eksperimentelle (2).

Med referanse til Sacco og medarbeidere (3) anslår Jacobsen at 8–10% av alle hjerne slag skyldes intrakranial aterosklerose (1). I dette materialet var det imidlertid store forskjeller mellom grupper av ulik etnisk bakgrunn. Hos kun én av i alt 82 hvite ikke-spanskstammede (white non-Hispanics) med iskemisk hjerneslag skyldtes slaget intrakranial aterosklerose. Tallene kan derfor ikke overføres til den norske populasjonen.

I artikkelen understreker Jacobsen at vi mangler studier som dokumenterer nytten av nevrointervensjonsprosedyrene. I den eneste randomiserte studien om slik intervensjon er effekten av intraarteriell trombolytisk behandling undersøkt (4). Her ble det brukt prourokinase, som ikke anvendes i Norge. Likevel konkluderer Jacobsen i sammendraget med at angioplastikk med eller uten stent, intraarteriell trombolytisk behandling eller mekanisk trombektomi bør overveies og tilbys raskt i enkelte tilfeller ved slag (1). Jeg savner en drøfting av om det er riktig å åpne opp for et slikt tilbud basert på dagens kunnskap. Etter mitt skjønn er det mye som taler for at slik intervensjon, som ikke er uten risiko for alvorlige bivirkninger, kun bør gjøres i kliniske studier slik at vi får sikker kunnskap om slike prosedyrer virkelige er til gagn for pasientene. Jeg minner om en parallell: Ekstraintrakranial arteriell bypass som profylakse mot iskemisk slag var i utstrakt bruk i noen miljøer inntil en prospektiv studie viste at inngrepet faktisk gjorde mer skade enn nytte (5).

Nils Jakob Brautaset
Sykehuset i Vestfold
Tønsberg

Litteratur

1. Jacobsen EA. Hjerneinfarkt – endovaskulære behandlingsteknikker. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 698–702.
2. Frich JC. Slagkraftig ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 679.
3. Sacco RL, Kargman DE, Gu Q et al. Race-ethnicity and determinants of intracranial atherosclerotic cerebral infarction. The Northern Manhattan Stroke Study. Stroke 1995; 26: 14–20.
4. Furlan A, Higashida R, Wechsler L et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The Proact II study: a randomized controlled trial. Prolyse in Acute Cerebral Thromboembolism. JAMA 1999; 282: 2003–11.
5. The Extracranial-Intracranial Bypass Study Group. Failure of extracranial-intracranial bypass to reduce risk of ischemic stroke. Results of an international randomized trial. N Engl J Med 1985; 313: 1191–2000.