

## TNF-hemmere i behandlingen av barneleddgikt

Gunstig virkning av adalimumab er bekreftet i ny studie, men tilleggs-effekten av metotreksat var mindre overbevisende.

De siste 10–12 år har bruken av biologiske medikamenter som hemmer effekten av tumornekrosefaktor (TNF) representert et stort fremskritt i behandlingen av ulike typer barneleddgikt. Som på andre områder av pediatrien har legemidlene ofte vært tatt i bruk på grunnlag av lovende resultater hos voksne, men uten tilstrekkelig dokumentasjon for bruk hos barn.

Adalimumab er et humant monoklonalt anti-TNF-antistoff. Nylig er det gjennomført en kontrollert studie av legemidlet hos 4–17 år gamle barn med leddgikt i USA (1). Siden andre TNF-hemmere tidligere har vist gunstig effekt, var hensikten også å se på betydningen av adalimumab i kombinasjon med metotreksat.

– Studien er gjort av en gruppe som har foretatt flere liknende studier med samme design av TNF-hemmere hos barn, sier barnelege Gudmund Marhaug ved St. Olavs Hospital. – Måten det er gjort på er komplisert, men dette er et godt eksempel på at

man kan trekke rimelig sikre konklusjoner ut fra studier med relativt få deltakere.

Dette er viktig i et fagfelt hvor det ikke er lett å rekruttere deltakere, sier han.

– Resultatene bekrefter utfallet av tidligere studier av barn med leddgikt. Adalimumab hadde effekt og ga remisjon, og effekten holdt seg så lenge medikamentet ble gitt. Det var antydning en viss tilleggseffekt av metotreksat, men denne forskjellen var ikke signifikant. For andre TNF-hemmere er denne kombinasjonen blitt standard.

Adalimumab til dette formålet har vært i bruk i mange år. Resultatene var ikke oppsiktsvekkende, men bekrefter at medikamentet er et alternativ innen gruppen TNF-hemmere både når det gjelder effekt og bivirkninger. Dessuten er det utvilsomt en fordel med en subkutan injeksjon gitt annenhver uke sammenliknet med andre TNF-hemmere, som må gis opptil to ganger per uke eller intravenøst, sier Marhaug.

**Geir Jacobsen**

geir.jacobsen@ntnu.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S et al. Adalimumab with or without methotrexate in juvenile rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2008; 359: 810–20.

## Magnesium mot cerebral parese

Det var færre tilfeller av cerebral parese hos svært premature hvis moren fikk magnesiumsulfat før fødselen. Det viser ny studie.

Det er antatt at inntak av magnesium før fødselen kan redusere faren for cerebral parese hos for tidlig fødte. Nå er dette undersøkt i en multisenterstudie fra USA som omfattet over 2 200 kvinner. De ble innlagt med truende for tidlig fødsel og randomisert til enten å få magnesiumsulfat intravenøst eller placebo (1).

Den neonatale mortaliteten var den samme i de to gruppene, men ved to års alder var det signifikant færre barn med moderat til alvorlig cerebral parese i gruppen som hadde fått magnesiumbehandling antenatalt (RR 0,56; 95 % KI 0,33–0,97).

Magnesiumbehandlingen syntes å ha hatt en nevroprotektiv effekt på den immature hjernen, mener forfatterne.

– Undersøkelsen er svært solid metodologisk og bekrefter resultater fra tidligere, mindre studier som viser en mulig nevroprotektiv effekt av antenatal magnesiumsul-

fatbehandling hos for tidlig fødte barn, sier professorstipendiat Jon Skranes ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

– Resultatene viste at magnesiumsulfat reduserte forekomsten av moderat til alvorlig cerebral parese, men ikke totalforekomsten av cerebral parese hos for tidlig fødte barn. Virkningsmekanismen for den beskyttende effekten er foreløpig uklar. Det var ingen redusert forekomst av de viktigste årsakene til cerebral parese hos premature, nemlig hjerneblødning og hjerneinfarkt, i gruppen som hadde fått magnesiumsulfat.

Det gjenstår mye forskning før man kan anbefale magnesiumsulfatinntak som rutinebehandling ved truende for tidlig fødsel. Det er viktig å avklare spørsmål om hvilke barn som kan profitte på behandlingen, hva som er riktig dosering og når behandlingen bør gis for å ha best protektiv effekt, sier Skranes.

**Geir Jacobsen**

geir.jacobsen@ntnu.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *N Engl J Med* 2008; 359: 895–905.

## Blåmerker og beinbrudd hos barn

Etter mishandling er det sjelden synlige blåmerker ved brudd i ribbein, armer og bein hos barn, det er mer sannsynlig å finne blåmerker der det er hodeskader. Det viser en studie (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162: 877–81).

Studien omfattet 192 barn med påførte skader. Ingen blåmerker ble funnet hos 111 (58 %), men 40 (21 %) hadde blåmerker i nærheten av minst ett brudd. Blåmerker var vanligst nær hodeskader (43 %). Blåmerker nær brudd i ribbein, armer og bein var vesentlig mer sjeldent.

## Kombinert behandling ved revmatoid artritt

Et års behandling med metotreksat og etanercept kan føre halvdelen av pasientene med moderat til alvorlig revmatoid artritt i remisjon. Det er nesten dobbelt så mange som etter monoterapi med methotreksat, viser en randomisert undersøkelse i *The Lancet* (2008; 372: 375–82).

Studien omfattet 542 voksne pasienter fra 70 behandlingssentre. De hadde hatt moderat til alvorlig leddgikt i 3–24 måneder. De ble randomisert til monoterapi med methotreksat eller til methotreksat og etanercept.

Av dem som fikk kombinasjonsbehandling oppnådde 50 % klinisk remisjon etter ett år, mot 28 % i monoterapigruppen. 80 % i intervensjonsgruppen hadde ikke radiologisk progrediering av sykdommen, mot 59 % i kontrollgruppen.

## Aggressiv behandling mot tuberkulose

Et aggressivt og omfattende behandlingsprogram er effektivt mot en ny variant av tuberkulose som normalt anses som praktisk talt umulig å behandle (extensively drug-resistant tuberkulose, XDR-TB). Det er konklusjonen i en ny artikkel i *New England Journal of Medicine* (2008; 359: 563–74). Denne tuberkuloseformen er siden 2006 blitt rapportert i 45 land.

Studien omfattet 651 pasienter fra Peru, hvorav 48 hadde den omtalte tuberkuloseformen. De fikk individualiserte behandlingsregimer med minst fem preparater og ble også henvist til kirurgisk behandling ved behov. Behandlingen varte i to år og var effektiv hos 60 % av dem med denne tuberkulosevarianten.