

Flutikasonpropionat är minst lika säkert i rekommenderade doser

Baserat på två fallbeskrivningar diskuterar Eva Rask och medarbetare i Läkartidningen 40/97 risken för systembiverkningar vid behandling med inhalationssteroider. Båda patienterna hade erhållit doser av flutikasonpropionat som ligger avsevärt över den rekommenderade maximala dosen vid underhållsbehandling. Vi instämmer med författarna att patienter som behandlas med doser överstigande normaldosering bör kontrolleras av läkare med allergologisk kompetens och att man alltid bör eftersträva minsta effektiva dos.

Att enstaka individer kan vara känsliga för kortisonexponering är känt, speciellt när höga doser används. Det kan också finnas en interindividuell variation i känsligheten för kortisol-suppression av olika inhalationssteroider. Komplexerande faktorer som t ex dosering och tid för administrering, duration av behandlingen, tidigare peroral steroidbehandling kan påverka tolkningen av en kortisol-suppression. Idag finns det tyvärr ingen säker metod i kliniken att hitta de patienter som är mest steroidkänsliga.

Ny dokumentation visar att när flutikasonpropionat administreras tar det längre tid att nå steady-state jämfört med en mindre fettlöslig inhalationssteroid eftersom detta styrs av halveringstiden. Koncentrationen av läkemedlet i plasma när steady-state är uppnått styrs däremot av preparatets systemiska clearance. Koncentrationen av flutikasonpropionat i plasma är ej högre än för andra inhalationssteroider [1].

Skiltnad

Det har visat sig att det föreligger en klar skillnad i absorptionsmönstret för flutikasonpropionat från lungvävnaden till cirkulationen mellan friska individer och astmatiker. Falcoz och medarbetare har visat att plasmakoncentrationerna av flutikasonpropionat förefaller vara ca två ggr högre hos friska individer [2]. Derom och medarbetare anger i en korttidsstudie på milda astmatiker att det inte förelåg någon större skillnad i kortisol-suppressio-

nen mellan flutikasonpropionat och budesonid administrerat som pulverberedning [3].

Det finns idag en mängd dokumentation där man studerat säkerheten med flutikasonpropionat på astmatiker i alla åldrar. Exempelvis visade Agertoft och Pedersen att flutikasonpropionat inte gav någon påverkan på längdtillväxten hos barn i åldern 4–11 år mätt med en känslig metod (knemometri). Det förelåg heller ingen skillnad mellan flutikasonpropionat och budesonid i samma dosering [4].

I en nyligen presenterad studie undersöktes nytta/riskförhållandet mellan olika steroider. 120 svåra astmatiker med höga doser (mediandos före studien 2 400 µg/dygn) inhalationssteroider (budesonid, beklometasondipropionat) följdes under sex månader. Patienterna randomiserades till att behålla tidigare inhalationssteroider eller att få flutikasonpropionat i halva dosen. Resultatet visade att flutikasonpropionat i halva dosen var lika effektivt och gav dessutom mindre påverkan på kortisol- och osteokalcinnivåerna. Antalet blåmärken minskade också signifikant i den flutikasonbehandlade gruppen. Detta indikerar att flutikasonpropionat kan ge en ökad nytta/riskkvot jämfört med tidigare inhalationssteroider [5].

Den samlade dokumentationen av långtidsstudier på astmatiska patienter ger belägg för att flutikasonpropionat i rekommenderade doser är lika säkert som övriga inhalationssteroider.

Göran Karlsson
docent, medicinsk direktör,
Claxo Wellcome AB
Mölnådal

Joakim Lund
biträdande produktchef,
sektionen för behandling av
astma och allergi,
Glaxo Wellcome AB,
Mölnådal

Referenser

1. Derendorf H. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic properties of inhaled corticosteroids in relation to efficacy and safety. *Resp Med* 1997; 91: (suppl A), 22-8
2. Falcoz C, Mackie AE, Moss J, Horton J, Ventresca GP, Brown A et al. Pharmacokinetics of fluticasone propionate inhaled

from the Diskhaler and the Diskus after repeated doses in healthy subjects and asthmatic patients. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 1: 99: S 505.

3. Derom E, Van Schoor J, Vincken W, Huybrechts M, Remgard Remgård P, Persson M et al. A Comparison of the systemic activity of two doses of inhaled fluticasone propionate and budesonide in asthmatic patients. *Eur Respir J* 1996; 9 (Suppl 23): 162.
4. Agertoft I, Pedersen S. Short term knemometry and urine cortisol excretion in children treated with fluticasone propionate and budesonide: a dose response study. *Eur Respir J* 1997; 10: 1507-12.
5. Berend N on behalf of a Collaborative Research Group of the Australian Lung Foundation; Thoracic medicine, Royal North Shore Hospital, Sydney, Australia. A six month comparison of the efficacy of high dose fluticasone propionate (FP) with beclomethasone dipropionate (BDP) and budesonide (bud) in adults with severe asthma. *Eur Respir J* 1997; 10 (Suppl 25): 105.

Anmälningar till HSN borde avgiftsbeläggas

Antalet anmälningar till Ansvarsnämnden har under senare år ökat och domineras lokalisationsmässigt av sådana kommande från Stockholmsregionen. Då ett flertal fall inte ledde till någon åtgärd från nämndens sida mot den anmälda måste det ifrågasättas om inte ett antal anmälningar är helt omotiverade och snarast uttryck för en form av anmälningshysteri från den anmälande patientens sida. Jag finner det därför vara helt oacceptabelt att anmälan får ske på lösan grund utan någon som helst motprestation/kostnad från anmälarens sida.

Jag vill därför föreslå en anmälningssavgift på 1 000–2 000 kr som skall återbetalas till anmälaren under förutsättning att han ges rätt av Ansvarsnämnden, dvs att den anmälda blir fälld; om ej erhåller den anmälda läkaren/tandläkaren detta belopp för sitt annars oavlönade arbete att besvara onödiga anmälningar. Det är helt uppenbart att det måste finnas någon form av bättre an-

mälningssavgift och rättviseskippande åtgärder än det nuvarande systemet ger utrymme för.

Minnsar antalet anmälningar

Den föreslagna anmälningssavgiften borde medföra att en alltför anmälningssglad patient tänkte sig för lite extra och torde också reducera det psykiska trauma som många helt oförvitligt och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet arbetande kolleger utsätts för, vid en fullständigt ogrundad anmälan från en missnöjd men av anmälningssmani präglad patient vars problem ofta kan ligga på det psykiska planet.

En anmälan innebar exempelvis för mig en genomgång av en lunta på 8 hg, och besvarandet av en skrivelse samt en replik tog sammantaget 8 timmar, vilket med en kostnad av 710 kr i timmen gav en totalförlust på 5 680 kr för min klinik. Ytterligare en effekt var att denna tid annars hade kunnat användas till att hjälpa andra patienter på vår kölista.

Med hänvisning till ovanstående torde en reformering av det nuvarande systemet vara nödvändig då det är alltför anmälatillvänt och ej tar hänsyn till någon kompensation för den som anmäls helt i onödan.

Göran Agerberg
docent, övertandläkare,
klinikchef, bettfysiologi,
S:t Eriks sjukhus,
Stockholm

Ansvarsnämnden skyddar läkarna

I artikeln »Sjukvårdens egen 'domstol' faller sällan någon läkare» (Läkartidningen 38/97) talas inledningsvis om orsaken till att anmälningarna till HSN – som nu är ca 3 000 om året – ökar hela tiden och nu med 10 procent per år. I vanlig ordning kommer representanter för HSN med sina standardförklaringar. Ökningarna beror på massmedierna eller på att folk blivit mer kritiska. Aldrig någonsin får man höra att de ökade felanmälningarna faktiskt skulle kunna bero på sjukvårdens kvalitet. Det ger ett intryck av att sjukvårdspersonalen hela tiden måste skyddas på allmänhetens bekostnad.

Går vi sedan till skälet till