

## Befarade risker med kalciumantagonister kan inte avfärdas

Lars Lindholm och Ola Samuelsson redovisade i *Läkartidningen* 7/98 de studier som indikerar att diuretika och betablockerare kan skydda mot slaganfall och hjärtinfarkt, att denna nytta förefaller överstiga riskerna, och att dessa läkemedel därför bör vara förstahandsmedlen vid hypertoni.

Man påpekade att det finns en randomiserad studie, Syst-Eur, som visat preventiv effekt gentemot hjärt-kärlsjukdom med en kalciumantagonist. Emellertid: Syst-Eur jämförde en kalciumantagonist (nitrendipin) med placebo, inte med vedertagen terapi. Syst-Eur visade således inte om kalciumantagonister har fördelar framför diuretika och betablockerare. Redan därför finns det skäl att vara restriktiv med kalciumantagonister. Till detta kommer alltför många riskrapporter, och den eventuella nyttan står inte i rimlig proportion till de risker som dessa studier indikerar.

### Förlänger överlevnaden hos maligna celler

Apoptos (programmerad celledöd), som är beroende av ett intakt inflöde av kalciumjoner och därmed kan hämmas

av kalciumantagonister, är en viktig mekanism i kroppens försvar mot cancer [1]. Studier från NEPI och kirurgiska kliniken i Malmö talar för att kalciumantagonister förlänger överlevnaden hos maligna celler: inkubation av humana koloncancerceller med en kalcium-antagonist respektive en kalcium-agonist hämmar respektive främjar apoptosen i dessa celler. Därmed finns det förutsättningar för att de via apoptoshämning gör det möjligt för redan befintliga cancerceller att tillväxa och sprida sig. Epidemiologiska studier tyder också på en ökad cancer risk med kalciumantagonister [2, 3].

Nyligen har det också visats att hyperglykemi- och hyperproinsulinemiinducerad apoptos bidrar till avlägsnandet av skadade endotelceller [4]. Följaktligen skulle kalciumkanalstängning kunna motverka endotelreparationer, och detta kan vara en förklaring till varför diabetiker med hypertoni har mångdubbelt högre hjärtinfarktrisk vid behandling med kalciumantagonister än med ACE-hämmare [5, 6].

Andra problem med kalciumantagonister kan också hänföras till kalciumka-

nalblockaden. Kalciumkanalöppning är central i neurotransmission, hormonsekretion, muskelkontraktion och, via apoptos, renhållning i kärlendotelet. Detta kan förklara ökad risk för depression [7], suicid [8], minnesförsämring [9], mag-tarmblödningar [10], hjärtsvikt [11], nedsatt glukostolerans [12] och, i randomiserade studier, ökad risk för hjärtinfarkt jämfört med ACE-hämmare [5, 6]. Det har även visats att en kalciumantagonist är sämre än en tiazid i att förebygga kardiovaskulär sjukdom [13].

Tillsammans talar dessa observationer för att kalciumantagonister skall undvikas vid behandling av okomplicerad hypertoni.

*Gunnar Lindberg*

docent och klinisk epidemiolog vid NEPI (Nätverk för läkemedels-epidemiologi)

*Arne Melander*

professor i läkemedelsepidemiologi, chef för NEPI

*Antoni Zawadzki*

leg läkare, kir klin, Universitets-sjukhuset MAS, Malmö

*Bengt Jeppsson*

professor i kirurgi, Universitets-sjukhuset MAS, Malmö

## Nyttan av geriatrik

När medierna översvämmas av krisrapporter om sjunkande kvalitet i äldre vården undrar man – Vad gör geriatrikerna?

Ett förtydligande är på plats. I och med Ädelreformen 1992 övertog kommunerna ansvaret för äldreomsorgen, medan sjukvården och läkarresurserna kvarstannade i landstinget. Geriatriker/primärvårdsläkare på sjukhem och i särskilda boenden är medicinskt ansvariga för konsultinsatser för enskilda patienter, men har inget ansvar för omvårdnadsinsatserna.

Sjukhemsvård och vård i kommunens särskilda boendeformer är ej längre »bara» boende. Vårt intryck är att personer som nu vårdas där är mycket sjukare och mer vårdtunga än förr. Dessutom läggs patienter in på sjukhemmen på grund av allmän försämring och med behov av utredning och rehabilitering, dvs geriatrisk vård. Sjukhemsläkare är oftast primärvårdsläkare

eller geriatriker. Dock är det vår bestämda uppfattning att den geriatriska kompetensen behöver öka på alla nivåer på sjukhemmen och att det geriatriska arbetssättet med teamarbete och vårt nätverk är mycket värdefulla.

### Specialister på äldre människors sjukdomstillstånd

*Geriatriner är specialister på äldre människors sjukdomstillstånd. Vi vill göra patienter, anhöriga, berörda beslutsfattare och massmedier uppmärksamma på att våra kunskaper och vårt arbetssätt bör användas i större utsträckning för att upprätthålla geriatrisk kompetens på alla nivåer i äldre vården.*

För styrelsen i Geriatriska föreningen i Stockholms län  
*Marianne Knaust*  
ordförande,  
Stockholm

### Referenser

1. Martin JS, Green DR. Apoptosis and cancer: the failure of controls on cell death and cell survival. *Crit Rev Oncol Hematol* 1995; 18: 137-53.
4. Du XL, Sui GZ, Stockklauser-Färber K, Weiss J, Zink S, Schwippert B et al. Induction of apoptosis by high proinsulin and glucose in cultured human umbilical vein endothelial cells is mediated by reactive oxygen species. *Diabetologia* 1998; 41: 249-56.
6. Estacio RO, Jeffers BW, Hiatt WR, Biggerstaff SL, Gifford N, Schrier RW. The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with non-insulin-dependent diabetes and hypertension. *N Engl J Med* 1998; 338: 645-58.
8. Lindberg G, Bingfors K, Ranstam J, Råstam L, Melander A. Use of calcium channel blockers and risk of suicide: ecological findings confirmed in a population-based cohort study. *BMJ* 1998; 316: 741-5.
13. Borhani NO, Mercuri M, Bohani PA, Buckalew VM, Canossa-Terris M, Carr AA et al. Final outcome results of the multicenter Isradipine diuretic atherosclerosis study (MIDAS). *JAMA* 1996; 276: 785-91.

*Fullständig referenslista kan fås av författarna, adress Universitetssjukhuset MAS, 205 02 Malmö.*