

acceptabel för patient och vårdare. Då de nya medlen har från varandra helt skilda verkningsmekanismer kan man inte uttala sig om effekter eller bieffekter av ett medel innan patienten har provat det. Patienten bör därför prova de flesta, om inte alla, av de nya medlen som har indikation vid den aktuella epilepsiformen.

Monoterapi eftersträvas

De nya medlen för epilepsi får vid registrering indikation som tilläggsbehandling. Detta hindrar dock inte att man skall eftersträva monoterapi även med dessa läkemedel. Hos våra svårbehandlade patienter har de flesta (56/69 patienter) en kombination av minst två läkemedel. Det är en absolut strävan att öka antalet patienter med monoterapi, men en patient som nyligen blivit anfallsfri med en kombinationsbehandling efter många års sjukdom är svår-motiverad att minska denna medicineringen.

Som behandlande läkare vill man heller inte äventyra anfallsfriheten hos dessa patienter. Bland de anfallsfria patienterna hade 5/17 (29 procent) kombinationen lamotrigin och valproat. Detta anses av många som en effektiv kombination framför allt på grund av att nedbrytningen av lamotrigin hämmas av valproat. Lamotriginbehandling medför ibland att patienten mår allmänt bättre [8], vilket är gynnsamt särskilt för patienter som vistas på institution inom omsorgsvården eller äldreården.

För snäv tidsgräns

Målsättningen är numera att ställningstagande till epilepsikirurgi skall göras efter två år om medicinsk behandling inte givit anfallsfrihet [9-11]. Detta innebär att patienten inte hinner prova igenom alla tillgängliga läkemedel. I detta material har flera patienter med mångårig refraktär epilepsi erhållit en effektiv medicinsk behandling. Många av dessa patienter har haft en svår anfallsjukdom med täta anfall eller omfattande hjärnskador. Man kan därför ifrågasätta om tvåårsgränsen inte är alltför snäv.

Det krävs längre tid och flera behandlingsförsök innan man kan klargöra om patienten har en refraktär epilepsi. Därigenom behöver patienten inte utsätta sig för de risker som är förenade med epilepsikirurgisk utredning och behandling.

Operation kan undvikas med bättre mediciner

En förklaring till att behovet av kirurgisk behandling tycks ha minskat [12]

är att frihet från anfall och från biverkningar kan uppfyllas med medicinsk behandling i allt större utsträckning. Av 74 refraktära epilepsipatienter blev 17 (23 procent) anfallsfria och 12 (16 procent) fick en medicineringsomgång som de är nöjda med och inte ville byta ut. Även patienter med omfattande hjärnskador eller mer än tio års okontrollerad anfallsjukdom har blivit anfallsfria. Medicinsk behandling av refraktär epilepsi kräver tid och tålmod. Ställningstagande till epilepsikirurgi kan inte göras förrän patienten provat flertalet nya mediciner med indikation vid patientens epilepsiform. Med en bättre medicinsk behandling kan man många gånger undvika sådan operation.

Referenser

1. Olsson I, Chaplin J, Ekstedt J. Rehabiliteringsbehovet är stort vid epilepsi. Olika modeller för varierande behov. *Läkartidningen* 1997; 94: 2572-5.
2. Cockerell OC, Hart YM, Sander JWS, Shorvon SD. The cost of epilepsy in the United Kingdom: an estimation based on the results of two population-based studies. *Epilepsy Res* 1994; 18: 249-60.
3. Begley CE, Annegers JF, Lairson DR, Reynolds TF, Hauser WA. Cost of epilepsy in the United States: a model based on incidence and prognosis. *Epilepsia* 1994; 35: 1230-43.
4. Tomson T. Farmakoterapi vid epilepsi. Nya medel ännu ej förstahandsval. *Läkartidningen* 1996; 93: 3557-65.
5. Brodie MJ, Richens A, Yuen AWC. Double-blind comparison of lamotrigine and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy. *Lancet* 1995; 345: 476-9.
6. Brown S, Betts T, Chadwick D, Hall B, Shorvon S, Wallace S. An epilepsy needs document. *Seizure* 1993; 2: 91-103.
7. Patsalos PN, Duncan JS. New antiepileptic drugs. A review of their current status and clinical potential. *CNS drugs* 1994; 2: 40-77.
8. Smith D, Baker G, Davies G, Dewey M, Chadwick DW. Outcomes of add-on treatment with lamotrigine in partial epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 312-22.
9. Behandling av epilepsi – Rekommendationer. Uppsala: Information från läkemedelsverket, 1997: 13-41.
10. Intressepolitiskt vårdprogram. Stockholm: Svenska epilepsiförbundet, 1995.
11. Silander HC, Malmgren K, Uvebrant P. Kirurgisk behandling effektiv vid epilepsi. *Läkartidningen* 1997; 94: 2283-6.
12. Nilsson B. Ordföranden har ordet. *Svenska Epilepsia* 1998; 28: 3.

Månadens sjukhus

Astrid Lindgrens Barnsjukhus

I oktober är Astrid Lindgrens Barnsjukhus vid Karolinska sjukhuset »Månadens sjukhus» i Stockholm. Det nyligen invigda barnsjukhuset utgör en av höjdpunkterna i satsningen »Månadens sjukhus».

Här finns ett mycket rikt konstnärshav; sammanlagt har ett femtiotal konstnärer varit engagerade med olika utsmyckningsuppdrag, bl a Enno Hallek, Martin Hansson, Maria Ångqvist Klyvare, Roland Haerberlein och Rolf Steinberg, Kjartan Slettemark, Amalia Årfelt, Lizzie Olsson Arle, Åke Pallarp och Torsten Renqvist samt ett flertal barnboksillustratörer som Lasse Sandberg, Fibben Hald, Gunilla Bergström och Cecilia Torudd.

Kostnadsfria konstvisningar för allmänheten äger rum två gånger i veckan. Upplysningar, liksom bokning av visning på annan tid på telefon 08-737 31 10.

Ytterligare information lämnas av projektledare Ebba Gillbrand (08-373 50 52) eller konstnärsmrådets sekreterare Gudrun Nordström Stensson (08-737 31 08).

Fantasi och lekfullhet präglar konsten på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Här »Stol med groda», ett verk av Roland Haerberlein och Rolf Steinberg.

FOTO:
PEDER SJÖBERG