

## Behandling vid "chronic fatigue syndrome"

Birgitta Evengård och Anthony L Komaroff har i Läkartidningen 26-27/99 sammanställt nya rön om »chronic fatigue syndrome» (CFS/ME). Det är glädjande att forskarna äntligen klarar att det handlar om en allvarlig och invalidiserande somatisk sjukdom.

Jag vill tillägga att vissa patienter kan få symtomlindring av Mekobalamin i de fall där det föreligger behandlingsbar B<sub>12</sub>-brist i centrala nervsystemet, trots normala serumnivåer [1]. Mekobalamin 5 mg/ml, 2x2 ml per vecka intramuskulärt under ett år kan föreslås enligt beprövad erfarenhet.

Långtidsbehandling med magnesium kan ibland lindra muskelvärk och nedstämdhet. Inte heller här är serumvärdet tillförlitligt [2] L-carnitin (som kan beställas ex tempore) och amantadin har i vissa fall visat sig hjälpa [3]. I Tyskland är det självklart att läkare skriver ut B<sub>12</sub> och magnesium till CFS-patienter, men det bygger på beprövad erfarenhet, inte på vetenskaplig dokumentation.

Som Evengård och Komaroff nämner har Ampligen i en korttidsstudie gett god effekt vid CFS. Nu finns längre uppföljning och den europeiska läkemedelskommissionen prövar för närvarande om medlet kan tillåtas i EU. Det finns fler lovande forskningsprojekt [4].

Det blir allt tydligare att CFS är ett samlingsbegrepp för olika störningar i immunsystemet, hypofys-binjurebark-, hypofys-gonad- och hjärna-tarm-axeln. Därför vore det önskvärt om infektionsläkare, endokrinolog och gastroenterolog tillsammans svarade för utredning och uppföljning av patienterna. Provtagningen bör kompletteras med självskattningsskalor såsom »CFS impairment index» respektive »CFS severity index» [3]. På så sätt uppmärksammas de som riskerar att utveckla ett autoimmuntillstånd [5]. Självskattningsskalorna lyfter också fram de svårast sjukas problem att klara sin dagliga livsföring.

Sjukdomens påverkan spänner över hela fältet, dvs vissa patienter klarar av att arbeta och vilar under fritiden, medan andra blir helt invalidiserade. Rekommendationen att utöka den fysiska aktiviteten verkar befängd när man har sett patienter misslyckas med både varsamma dagliga promenader och hård

styrketräning. Mitt råd till CFS-patienter är att respektera kroppens signaler och planera in vila mellan dagens aktiviteter i stället för att försöka töja på gränserna. Coping-strategier kan utvecklas och prövas med hjälp av kognitiv terapi, som dock inte påverkar själva sjukdomen.

Susanne Merz  
socioonom, Solna

### Referenser

1. Regland B, Andersson M, Abrahamsson L, Bagby J, Dyrehag LE, Gottfries CG. In-

creased concentrations of homocysteine in the cerebrospinal fluid in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Scand J Rheumatol* 1997; 26: 301-7.

2. Cox IM, Campbell MJ, Dowson D. Red blood cell magnesium and chronic fatigue syndrome. *Lancet* 1991; 337: 757-60.
3. Plioplys AV, Plioplys S. Amantadine and L-carnitine treatment of chronic fatigue syndrome. *Neuropsychobiology* 1997; 35(1): 16-23.
4. Komaroff AL, Buchwald DS. Chronic fatigue syndrome: an update. *Annu Rev Med* 1998; 49: 1-13.
5. Hilgers A. Das Chronische Müdigkeitssyndrom. Differentialdiagnostik im Immunlabor. *Arztezeitschrift für Naturheilverfahren* 1999; 40(4): 208-12.

### Kommentar:

## Varierande effekt av B<sub>12</sub>-injektioner

Susanne Merz kommentar är på sin plats men vi vill modifiera uttalandet när det gäller behandlingen med Mekobalamin: Vi har aldrig gått ut med någon rekommendation med avseende på Mekobalamin. I den refererade artikeln (hennes referens 1) visades att samtliga kvinnor, som uppfyllde kriterier för både fibromyalgi och kroniskt trötthetsyndrom, även hade förhöjt homocystein i likvor jämfört med friska kontroller. Orsaken till detta är oklar men kan tala för behandlingsförsök med vitamin B<sub>12</sub> kombinerat med folat. Några vetenskapligt utvärderade behandlingsresultat med vitamin B<sub>12</sub> finns tyvärr ännu inte för den höga dosering som förespråkas.

Icke desto mindre har även vi intrycket att många patienter med sådan sjukdom reagerar gynnsamt på injektioner av vitamin B<sub>12</sub>. För en del räcker det med cyanokobalamin, för andra är metylkobalamin (som kan förskrivas ex tempore och tillverkas vid Produktionsenheten i Umeå under namnet Mekobalamin) en fördel. Metylkobalamin kan vara av värde för de patienter som har svårt att själva bilda metylgrupper, och dessutom kan den höga koncentrationen i preparatet Mekobalamin ha sin egen betydelse. Vår erfarenhet är att många patienter reagerar påfallande gynnsamt men att de kan behöva fortsatta injektioner 1-2 gånger per vecka.

Hos andra är den gynnsamma reaktionen av övergående natur och hos ytterligare ett fåtal uteblir reaktionen helt. Vi tror att den varierande effekten av B<sub>12</sub>-injektioner åtminstone delvis beror på vilken enzymvariant individen är utrustad med i avseende på MTHFR (metylentetrahydrofolat-reduktas) som är ett folatberoende enzym. Vi har således funnit att de som har den optimala formen av detta enzym (vilket gäller för knappt 50 procent av befolkningen) får den bästa effekten av vitamin B<sub>12</sub>. Tillskott av folsyra kan förbättra situationen för de resterande.

Detta betyder inte att patienterna har någon direkt brist på vitamin B<sub>12</sub> men att ett tillskott under vissa omständigheter tycks kompensera för en rubbning av metabolismen, som manifesteras i ökade koncentrationer av homocystein i likvor och vars orsaker är okända.

Björn Regland  
docent, överläkare,  
Institutionen för  
klinisk neurovetenskap  
Sahlgrenska universitetssjukhuset/  
Mölndal

### Alltid dubbelt radavstånd!

Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.