

Metylkobalamin och kronisk trötthet

Jag läste med intresse replikskiftet mellan Susanne Merz och Björn Regland om metylokobalamin och kronisk trötthet [1, 2]. Metylkobalamin är enligt rådande åskådning den biologiskt aktiva formen av vitamin B₁₂. De preparat som är registrerade i Sverige är varianter av cyanokobalamin och en preparation med hydroxikobalamin (Behepan injektionsvätska).

Hydroxikobalamin i den nämnda formen är så rent och vävnadsvänligt att det kan injiceras subkutant av sjukvårdspersonal, patient eller anhörig. Så beskrivs det också av somliga läkare. Den vanligaste uppfattningen i läkarkåren synes vara att cyanokobalamin och hydroxikobalamin utgör prodroger som i kroppen metaboliseras till biologiskt aktivt metylokobalamin.

Den av Merz och Regland (?) rekommenderade dosen av metylokobalamin, 20 mg i veckan, ett gram per år, genom patientens kropp verkar häftig. Vilken omfattning har den här verksamheten i patientår och preparatkostnad (miljoner kr per år)? Vilka är de superspecialister som använder denna regim? Hur är den »beprovade erfarenhet» som man refererar till kontrollerad och validerad? Hur ser tillverkaren på de här problemen? Hur ser kontrollmyndigheten på problemen? En klassisk invändning mot injektionsbehandling med vi-

tamin B₁₂ är att det mesta av dosen omgående utsöndras i urinen. Nu har ledande neurologer accepterat att tablettbehandling av B₁₂-brist är lika effektiv som injektionsbehandling [3]. Under de senaste åren synes tendensen närmast ha varit en övergång till peroral behandling med B-vitaminer [jfr 4]. Jag skulle välkomna en djup och bred debatt i det här ämnet. Min arbetshypotes tills vidare är att Susanne Merz kloka avslutningsord om anpassning, att lyssna till kroppens signaler, är det bästa budskapet man kan ge den trötta patienten.

Bo Norberg

docent,
medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus,
Umeå

Referenser

1. Merz S. Rehabilitering vid »Chronic fatigue syndrome». *Läkartidningen* 1999; 96: 4409.
2. Regland B. Kommentar: Varierande effekt av B₁₂-injektioner. *Läkartidningen* 1999; 96: 4409.
3. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH, Stabler SP, Lindenbaum J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood* 1998; 92: 1191-8.
4. Hankey G, Eikelboom JW. Homocysteine and vascular disease. *Lancet* 1999; 354: 407-13.

Kommentar:

Samarbete behövs med patienten

Bo Norberg ställer viktiga frågor i sitt debattinlägg om B₁₂-behandling vid kronisk trötthet. Det är svårt att få forskningsanslag för klinisk prövning av naturliga substanser såsom vitaminer och mineraler – preparaten kan inte patenteras och läkemedelsföretagen blir inte ensamma om sina forskningsframgångar. Beprovad erfarenhet i arbetet med patienter är sällan lika väldokumenterad som forskarnas vetenskapliga studier. Likväl är den en viktig medicinsk princip.

Mig veterligen finns inga undersökningar om oral B₁₂-behandling vid »chronic fatigue syndrome» (CFS). Det

vore intressant att i en studie jämföra hur B₁₂ metaboliseras vid tablett- respektive injektionsbehandling samt variera doseringar och behandlingslängd. För injektioner talar att det preparat jag förespråkar (Mekobalamin) är fritt från tillsatser; CFS-patienter är mycket ofta överkänsliga. Fördelen med oral behandling skulle vara att den är enklare och billigare.

Den som drar slutsatsen att ingen behandling alls är det billigaste alternativet bör dock tänka till. Svårt sjuka patienter som inte anser sig bli hjälpta söker vidare... och vidare.

Vi bör sträva efter att förbättra vården för dessa människor. I dag kan vi inte bedöma om tidiga insatser förbättrar prognosen eller hur patienter med långvarig sjukdom svarar på behandling. I *Läkartidningen* 41/99 har jag gett exempel på mediciner som kan prövas vid »chronic fatigue syndrome» och som kan förbättra patienternas livskvalitet. Jag hoppas att den diskussion vi nu för om B₁₂ skall utvidgas till en debatt om kvalificerad behandling för en patientgrupp som i dag inte kan tala för sig – patientföreningen ligger nere på grund av sjukdom.

Kroniskt sjuka patienter ställer höga krav på läkarens förmåga att bemöta lidande och att acceptera sina egna begränsningar. Här behövs samarbete med patienten som är expert på sin kropp. De få läkare som behandlar CFS-patienter är ofta väl insatta i både den aktuella internationella forskningen och komplementär medicin. Jag tror att det är denna kombination av ödmjukhet och yrkeskunskap som får patienten att känna sig väl omhändertagen.

Susanne Merz
socioonom, Solna

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

delsverket. Förhoppningsvis kommer dessa råd att ges i en mer nyanserad och analyserande form än vad som ges utrymme för i ett pressmeddelande.

Verket diskuterar för närvarande med företaget vad som skall tillföras produktresumén.

Slutligen: Det känns bra att veta att vi har ögonen på oss.

Arne Victor

klinisk handläggare för obstetrik och gynekologi,
Läkemedelsverket

Referenser

1. Weiderpass E, Baron LA, Adami HO, Magnusson C et al. Low-potency oestrogen and risk of endometrial cancer: a case-control study. *Lancet* 1999; 353: 1824-8.
2. Beerman B. Östriotabletter ökar risken för endometriskancer. Uppsala: Information från Läkemedelsverket 1999; 10(4): 3.