

Etiologin bakom fibromyalgi fortfarande oklar

Karl Gösta Henriksson ger i detta nummer av Läkartidningen (sidorna 0000-0) en värdefull belysning av smärtmekaniserna hos en del patienter med diagnosen fibromyalgi. Den illustrerar värdet av forskning som den nya diagnosen stimulerat.

Det kan givetvis vara en tröst för patienter med diagnosen fibromyalgi att biokemiska och fysiologiska abnormiteter kan påvisas objektivt när det gäller starkt nedsatt smärtröskel och kronisk stressupplevelse.

Relatera upplevelsen till livssituationen

De av Henriksson angivna undersökningsmetoderna kan användas i forskningssammanhang, men knappast i t ex familjeläkarens praktik. Där måste man sätta tilltro till patientens verbala uttryck för smärt- och trötthetsupplevelsen, och bedöma denna i relation till hela livssituationen.

Etiologin är dock, som Henriksson påpekar, fortfarande oklar. Både arv (inte minst det kvinnliga könet) och miljö (konfliktupplevelser, psykisk och fysisk stress, trauman, infektion?) kan förmodas ligga bakom.

Fortfarande gäller att fibromyalgi knappast kan betraktas som en välavgränsad sjukdom utan som en del av ett spektrum av smärt- och trötthetsstillstånd i befolkningen.

Parternas önskemål spelar roll

Med min idéhistoriska essä om fibromyalgi (Läkartidningen 21/00, sidorna 2618-24) har jag velat visa, att sådana faktorer som läkarnas intresseinriktning och patienternas önskemål om distinkta somatiska diagnoser spelar en stor roll för acceptansen av vissa nya sjukdomsbenämningar. Sociala och

”Fortfarande gäller att fibromyalgi knappast kan betraktas som en välavgränsad sjukdom utan som en del av ett spektrum av smärt- och trötthetsstillstånd i befolkningen.”

kulturella faktorer kan bidra till deras gångbarhet.

Nytta av begreppet fibromyalgi

I en diskussion via Internet nyligen om fibromyalgibegreppets berättigande skrev reumatologprofessorn i Oregon, USA, Robert M Bennett: »The fibromyalgia construct is molded to be consonant with our concept of disease. Indeed as the new millennium approaches, few serious fibromyalgia researchers consider fibromyalgia to be a distinct clinical entity. But it has certainly proved to be a useful clinical construct that has focused increasingly sophisticated research on this common pain state» [1].

Detta uttalande bekräftar i mitt tycke väl hur begreppet fibromyalgi har tillfredsställt vissa läkares önskemål – medan andra, vilket också framgår av den refererade diskussionen, ställer sig skeptiska eller avvaktande.

Referens

1. Bennett RM. Cutting edge reports 19:17, 2000-05-06. http://www.rheuma21st.com/archives/cutting_edge.fibro.benett.html

COX-2-specifika hämmare är lika – och olika

Replikskiftet mellan Jan Håkansson och Frank Wollheim nyligen om COX-2-specifika hämmare återspeglar förhoppningar och fruktan vid introduktion av nya och dyrare läkemedel på marknaden [1, 2].

Är COX-2-hämmare dyra?

Att celecoxib och rofecoxib, de två hittills registrerade COX-2-specifika hämmarna, innebär ett värdefullt tillskott i behandlingsarsenalen står utom tvivel. Detta inte minst som för båda substanserna i nyligen presenterade studier den gastrointestinala säkerheten visats gälla inte enbart endoskopiska ulcerationer utan också kliniska »end points» såsom blödning och perforation.

Antalet allvarliga NSAID-relaterade gastrointestinala komplikationer kan halveras vilket betyder minskat lidande för patienter. En hälsoekonomisk beräkning indikerar att introduktionen av celecoxib i Sverige för behandling av artros och reumatoid artrit, jämfört med traditionella NSAID, är kostnadsneutral eller till och med kostnadsbesparande [3].

Hur är det med njuren?

Liksom traditionella NSAID kan de COX-2-specifika hämmarna medföra en ökad renal retention av natrium och vatten. Detta leder i den kliniska vardagen till en lätt ökad incidens av perifera ödem och blodtrycksstegring, men hos riskpatienter med t ex hjärtsvikt och hypertoni kan kliniskt allvarliga komplikationer uppträda.

Intressant i sammanhanget är att man vid de stora kliniska prövningarna med celecoxib inte har sett en ökande incidens av vare sig ödem, hypertoni eller hjärtsvikt jämfört med traditionella NSAID, även om celecoxib har givits i dubbel maximal dos (800mg/d) [4].

En liknande analys av rofecoxibdata visar att risken för blodtrycksstegring och ödem ökar på ett dosberoende sätt, och att risken vid dosen 50mg/d signifikant överstiger motsvarande risk under behandling med traditionella NSAID [5]. Enligt Läkemedelsverkets biverk-

Författare

TORE LEONHARDT

docent i praktisk medicin, f d klinikchef, medicinkliniken i Vänersborg–Trollhättan.

ningsinformation tycks äldre patienter reagera redan på en lägre dos [6].

Har andra effekter är ren COX-2-hämning

Detta indikerar att molekylen rofecoxib har andra effekter på njuren än ren COX-2-hämning. Om detta förklarar den ökade incidensen av hjärtinfarkt som man har sett under långtidsbehandling med rofecoxib (50 mg/d) jämfört med naproxen i den s k VIGOR-studien är tills vidare oklart.

Någon liknande effekt kunde man ej observera i den motsvarande s k CLASS-studien där celecoxib i dos 800 mg/d jämfördes med diklofenak och ibuprofen. Båda studierna presenterades nyligen på den europeiska reumatologkongressen i Nice.

Vilket preparat till vilken patient?

Jag håller med Frank Wollheim att man bör koncentrera användningen av COX-2-hämmare, i likhet med alla andra läkemedel, till de patienter som verkligen har behov av läkemedlet.

Problemet är att identifiera dessa patienter (jag har endoskoperat patienter med NSAID-relaterade blödningar som inte hade någon av de kända riskfaktorerna).

När man sedan överväger användning av COX-2-specifika hämmare, finns indikationer på skillnader i biverkningsspektret mellan dessa som bör tas i beaktande vid terapival för den enskilde patienten.

Andreas Aly

docent, klinikchef, Stockholms Sjukhem; medicinsk rådgivare på Searle Scandinavia under tiden september 1998–juli 2000

Referenser

1. Håkansson J. Okritiskt om COX-2-hämmare. *Läkartidningen* 2000; 97: 3414-5.
2. Wollheim F. Replik: Inte gratis förhindra ett 100-tal NSAID-relaterade dödsfall. *Läkartidningen* 2000; 97: 3415.
3. Svarvar P, Haglund U, Aly A, Peña BM. Modelling the health economic impact of introducing celecoxib in NSAID-taking rheumatoid arthritis and osteoarthritis populations in Sweden. *EULAR* 2000, abstr POS-936.
4. Whelton A, Maurath CJ, Verburg KM, Geis GS. Renal safety and tolerability of celecoxib, a novel cyclooxygenase-2 inhibitor. *Am J Ther* 2000; 7: 159-75.
5. Vioxx. Läkemedelsverket. Monografi.
6. www.mpa.se/biverkningar/biv00/vioxx

Angående förskrivning av injektionspreparaten Iscador och Helixor

Gunnar Eckerdal har nyligen ifrågasatt de nuvarande reglerna för de mistelpreparat som används av patienter som drabbats av cancer [1]. Han menar att de har en tveksam laglig ställning där de inte fullt ut godkänts som läkemedel men ändå måste skrivas ut av läkare på recept. Detta kan försvåra kontakten med den svårt sjuke patienten.

Socialminister Lars Engqvist svarar [2] att Läkemedelsverket hittills frilistat dessa medel och håller på med en genomgång av dokumentationen för dessa medel. Han framhåller att det är frivilligt för läkaren att skriva ut dessa recept på patientens/anhörigas begäran.

Tror jag på det jag gör?

Den grundläggande frågan är förstås om jag som läkare kan tro på det jag gör när jag fattar pennan och skriver ut ett recept på t ex Iscador. Jag vet inte om Gunnar Eckerdal har tagit del av någon dokumentation om dessa medel. Jag har läst en hel del rapporter framför allt på tyska med goda resultat, och en översikt över studier om Iscador har gjorts av Kiene: 46 studier med mistelterapi för cancersjukdomar är för närvarande tillgängliga. Nio av de studier som hade kontrollgrupper visade statistiskt signifikanta resultat.

De mest noggrant genomförda studierna gav klar evidens för förlängd överlevnad med mistelterapi [3]. På senare tid har man även börjat intressera sig för bra fallstudier och det finns många publicerade om Iscador. Jag har använt Iscador som komplementär eller ibland enda behandling för cancerdrabbade patienter i många år, och min erfarenhet är att de är till hjälp för de flesta av dem. Det är fler läkarkollegor, inte bara på Vidarkliniken utan även runt om i Sverige, som gör som jag.

Mer entydig ställning

Det är förstås angeläget att dessa medel får en mer entydig plats inom de svenska läkemedelsreglerna. Det vore fint med en dialog med Gunnar Eckerdal om hur detta skulle kunna lösas.

Som vi alla vet är det ju mycket svårt att ordna en prospektiv, dubbelblind, randomiserad studie när det gäller patienter som bär på en livshotande sjukdom. De vill inte slumpmässigt lottas

till olika behandlingar som man vill undersöka effekt av. De vill ha behandling som hjälpt andra och som doktorn tror på.

Tack till Lars Engqvist

Till sist vill jag tacka Lars Engqvist för att han som politiker och ansvarig minister påvisar att det finns en aspekt på detta som är politisk (dvs allmänmänsklig): människors rättighet att få tillgång även till medel och metoder som inte faller »inom ramen för gängse tolkning av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet»[2]. Jag tillhör dem som har en något vidare tolkning än det reduktionistiska vetenskapliga synsättet.

Kristian Holmberg,

allmänläkare på Vidarklinikens husläkarmottagning

Referenser

1. Eckerdal G. Naturmedel för injektion – finns det? *Läkartidningen* 2000; 97: 3296.
2. Engqvist L. Godtagbart medverka till förskrivning. *Läkartidningen* 2000; 97: 3296-7.
3. Kiene H. Klinische Studien zur Misteltherapie karzinomatöser Erkrankungen: Eine Übersicht. *Therapeuticon* 1990; 6: 347-353.

Replik:

Legitimerade läkare får inte rekommendera behandling med mistel- eller tymuspreparat!

Kristian Holmberg vill diskutera hur mistelpreparat skall hanteras i svenskt regelverk. Jag väckte frågan i mitt inlägg i LT [1], och fick ett »ickesvar» från socialministern [2]. Själv anser jag det självklart att de medel som ännu inte godkänts som läkemedel inte skall få försälas som sådana. Nu säljs mistel- och tymuspreparat utan godkännande medan Läkemedelsverket inväntar fab-