

Tvåkomponentgel ger bäst effekt vid psoriasis i hårbotten

I septembernumret av Journal of the American Academy of Dermatology publicerades resultatet av den i särklass största kontrollerade studien hittills av behandling av psoriasis i hårbotten. I en 8-veckors studie kontrollerades klinisk effekt och säkerhet vid behandling av hårbottenpsoriasis en gång om dagen. Studien jämförde Xamiol, en ny lipidbaserad tvåkomponentgel bestående av kalcipotriol och betametasondipropionat, dels med endera komponenten i samma bärare, dels med enbart bäraren.

Psoriasis är en folksjukdom som drabbar 2–3 procent av befolkningen, och förekomsten är ungefär lika stor hos kvinnor som hos män. Orsaken till psoriasis är komplex, och sjukdomen har ett kroniskt förlopp som kräver behandling under lång tid. Hårbottenpsoriasis förekommer hos ca 50–70 procent av psoriatikerna. Symtomens utbredning kan variera, alltifrån några spridda plack till massiv fjällbildning som täcker hela hårbotten. Att få psoriasis i hårbotten skapar ofta problem i patienternas vardag, och symtomens psykiska och sociala påverkan avspeglas i patienternas livskvalitet.

Behovet av nya topikala behandlingsformer vid psoriasis i hårbotten har upplevts som stort, då nuvarande alternativ upplevs ha för låg effektivitet och dålig ordinationsföljksamhet. Kombinationen

av kalcipotriol och betametasondipropionat i en tvåkomponentsalva (Daivobet) har i tidigare studier visat sig vara säker och effektiv mot psoriasis vulgaris i upp till åtta veckor. En 52-veckors studie pekar också på att denna kombinationsbehandling är väl tolererad, antingen som enda behandling eller alternerande med kalcipotriol.

I den aktuella dubbelblindade studien deltog 1 505 patienter, rekryterade från 101 centra i åtta länder. Patienterna randomiserades till fyra olika behandlingsregimer: tvåkomponentgel (n=541), betametasondipropionat (n=556) eller kalcipotriol (n=272) i samma bärare eller enbart bäraren (n=136). Patienterna var 18 år eller äldre och hade symtom som omfattade mer än 10 procent av hårbotten. Deras psoriasis bedömdes som i huvudsak moderat till svår. Medicinering skedde en gång per dag med läkarbesök varannan vecka under åtta veckor.

Tvåkomponentgruppen hade en signifikant större andel symtomfria eller med mycket lindriga symtom (71,2 procent) än betametasongruppen (64 procent; $P=0,011$), kalcipotriolgruppen (36,8 procent; $P<0,0001$) och bärargruppen (36,8 procent; $P<0,0001$). Tvåkomponentbehandlingen var också signifikant mer effektiv än de andra tre behandlingarna från vecka 2 och framåt.

Avhopp på grund av oacceptabel be-



Foto: P. Marazzi/SPL/IBL

Patienter med hårbottenpsoriasis bör behandlas med den nya tvåkomponentgelen.

handlingseffekt var mer frekvent i kalcipotriol- och bärargrupperna (7,0 respektive 11,8 procent) än i tvåkomponentgruppen (0,4 procent). Avhopp på grund av biverkningar var också mer vanligt förekommande i kalcipotriol- och bärargrupperna.

Sammanfattningsvis är det viktigt att föra ut att den nya tvåkomponentgelen är mer effektiv än de enskilda komponenterna var för sig och själva bäraren.

Birgitta Stymne

överläkare, hudkliniken,

Universitetssjukhuset i Linköping

Leif Nordin

hudläkare, Läkarhuset, Göteborg

Jemec GB, et al. A new scalp formulation of calcipotriene plus betamethasone compared with its active ingredients and the vehicle in the treatment of scalp psoriasis: a randomized, double-blind, controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(3):455-63.

Ökad mortalitet av antipsykotika

Äldre patienter med Alzheimers sjukdom som behandlas med antipsykotika löper ökad risk att avlida. Det visar en studie som presenteras i tidskriften *Lancet Neurology*. Antipsykotika brukar ha relativt god effekt mot neuropsykiatriska symtom hos alzheimerpatienter. Många drabbas dock av biverkningar. På kort sikt ses ofta parkinsonism och trötthet. Långtidseffekterna av behandlingen har studerats endast i begränsad omfattning.

Den aktuella studien genomfördes i Storbritannien och omfattade 128 patienter i åldrarna 67–100 år med alzheimer. Studiedeltagarna behandlades alla med antipsykotika, såsom exempelvis klorpromazin, haloperidol eller risperidon,

vid studiens början. De lottades till att antingen fortsätta behandlingen eller gå över till placebo. Primärt effektmått var mortalitet efter ett år.

Av de individer som fortsatte behandling med antipsykotika hade 30 procent avlidit efter ett år, vilket ska jämföras med 23 procent i placebogruppen. Skillnaderna i mortalitet tilltog över tid. Efter två år hade 54 procent av antipsykotikapatienterna avlidit, vilket ska jämföras med 29 procent i placebogruppen. Efter tre år hade 70 respektive 41 procent av patienterna avlidit i antipsykotika- respektive placebogruppen.

Författarna konstaterar att studien understryker vikten av att hitta alternativa farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingar vid sidan av antipsy-

kiatika för behandling av neuropsykiatriska symtom hos patienter med alzheimer. Sådan alternativ behandling kan vara behandling med SSRI-preparat.

Forskarna anser dock att antipsykotika har en plats i behandlingsarsenalen för patienter med alzheimer och neuropsykiatriska symtom, t ex om man prövat andra behandlingsalternativ utan framgång. Det är dock viktigt att riskerna noga vägs mot fördelarna i varje enskilt fall och att man undviker att skriva ut preparaten rutinmässigt, skriver de.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist

anders.hansen@sciencecap.se

Lancet Neurol. doi:10.1016/S1474-4422(08)70295-3

Trauma i barndomen kopplat till kroniskt trötthetssyndrom

Amerikanska forskare tror att trauma i barndomen ökar risken för s k kroniskt trötthetssyndrom. Rönen presenteras i tidskriften Archives of General Psychiatry. Kroniskt trötthetssyndrom (chronic fatigue syndrome, nedan kallat CFS), kännetecknas av trötthet sedan minst sex månader utan känd orsak. Ofta förekommer muskel- och ledvärk samt infektionskänsla samtidigt. Orsaken är okänd.

Författarna har utgått från 113 individer med diagnostiserat CFS. Dessa har jämförts med 124 friska kontroller. Samtliga studiedeltagare och kontroller kommer från den amerikanska delstaten Georgia, boende såväl i städer som på landsbygden. Studiedeltagarna fick själva uppge om de drabbats av något trauma i barndomen, såsom fysisk eller psykisk miss-handel eller sexuellt övergrepp. Även emotionellt ointresse från föräldrarnas sida har räknats som trauma. Därtill mättes kortisolhalterna på deltagarna. Proven togs på morgonen i samband med uppvaknande.

Det visade sig att en betydligt större andel av individerna med CFS hade utsatts för trauma i barndomen än de i kontrollgruppen. Bland individerna med CFS uppgav 61 procent att de utsatts för trauma i barndomen, vilket ska jämföras med 24 procent bland kontrol-

lerna. 33 procent av CFS-individerna uppgav att de utsatts för sexuella övergrepp i barndomen jämfört med 11 procent i kontrollgruppen. Barndomstrauma sammantaget ökade risken för CFS med i storleksordningen sex gånger.

Intressant nog noterades även skillnader i kortisolnivåer. Lägre kortisolhalter noterades nämligen hos individer med CFS som utsatts för trauma i barndomen än hos kontrollerna. Men för individer med CFS som inte utsatts för trauma noterades inte några skillnader jämfört med kontrollgruppen när det gäller kortisolhalterna.

Genesen till kroniskt trötthetssyndrom är inte klarlagd. Författarna konstaterar att studien visar att trauma i barndomen tycks öka risken för CFS men betonar också att trauma sannolikt bara är en av flera orsaker. En potentiell mekanism bakom kopplingen är hormonell påverkan och att individen blir sämre på att »svara på« stress i vuxen ålder till följd av det trauma han eller hon utsatts för som barn.

Diagnosen kroniskt trötthetssyndrom ställs främst genom utslutande av andra orsaker. Prevalensen av kroniskt trötthetssyndrom varierar kraftigt i olika studier, och prevalenssiffror mellan 0,2 och 2,5 procent av den vuxna befolkningen har angivits. Diagnosen har dock kritiserats, och av vissa kritiker har CFS kallats för en »slaskdiagnos«.

Anders Hansen
läkare, frilansjournalist

Arch Gen Psychiatry. 2009;66(1):72-80.

»Barndomstrauma ökade sammantaget risken för CFS med i storleksordningen sex gånger.«



Att förändra ätbeteendet är en möjlig väg till viktminskning.

Foto: Radius/Scanpix

Äta snabbt och bli ordentligt mätt typiskt vid övervikt

Ätbeteendet är givetvis centralt för våra försök att bättre förstå och finna åtgärder för överviktiga. Snabb äthastighet har ibland förknippats med större födointag och övervikt. Att inte avsluta måltiden förrän man är rejält mätt i stället för bara lagom mätt är också en variation av intresse. Maruyama med kolleger vid Osakauniversitetet har i en studie undersökt dessa aspekter i en japansk population på 3 287 personer.

Resultaten, som är publicerade i BMJ, är intressanta såtillvida att man sett att det är just kombinationen av de två aspekterna, snabb äthastighet och att äta tills man är fullständigt mätt, som utmärker överviktiga. Som författarna konkluderar hade dessa beteenden en additiv effekt vid övervikt. Grupperna med ingendera eller endast ett av dessa beteenden hade lägre vikt. Tilläggas bör att det handlar om normalvariationer i ätandet och inte om ätstörningar, som innebär något mer än att enbart äta snabbt och tills man är riktigt mätt.

Bristerna med studien inkluderar att information om äthastighet och mätnad var självrapporterad och därmed i hög grad subjektiv, det förenklade dikotoma måttet ja/nej samt att inga definitiva slutsatser kan dras om orsak och verkan på grund av tvärsnittsupplägget.

Trots det är resultaten intressanta. Kunskap om denna typ av beteendenaspekter öppnar också möjligheter att med interventioner åstadkomma förändringar i beteenden som kan ha betydelse för viktutvecklingen, där individen själv inte är hjälplös inför sin biologi utan i stället kan påverka sin situation.

Kristina Elfhag

leg psykolog, med dr, överviktsenheten, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Maruyama K, et al. The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey. BMJ. 2008;337:2002.

Prenumerera på Läkartidningen!

Ring 08-790 33 41

Utmanande saklig **Läkartidningen**

