

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneholder: Tolterodin L-tartrat 1 mg, resp. 2 mg, tilsv. tolterodin 0,68 mg, resp. 1,37 mg, hjelpestoff. Fargestoff: Titandisid (E171). Filmraster.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: Tolterodin har en avslappende effekt på blærens muskulatur, og fører til at vannlating skjer mer kontrollert. En av metabolittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologisk effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker. Absorpsjon: Raskt. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin 96%, 5-hydroksymetylderivatet 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Tolterodin: 2-3 timer. 5-hydroksymetylderivatet: 3-4 timer. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet når maks. serumkonsentrasjon etter 1-3 timer. "Steady state" nås innen 2 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ubundet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet enn målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylderivatet hovedsakelig ved cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6). Hos personer som mangler CYP2D6 deaktiveres tolterodin ved CYP3A4 til en ikke-aktiv metabolitt, og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77 % i urin og 17 % i feces. Mindre enn 1 % av dosen utskilles uendret og ca. 4 % som 5-hydroksymetylderivatet.

Indikasjoner: Overaktiv blære med symptomer som "hyppig vannlating", "urgency" eller "urge inkontinens".

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Akutt ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ukontrollert vinkelglaukom. Myastenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

Bivirkninger: Tolterodin kan forårsake milde til moderate sideeffekter som munntørrhet, dyspepsi og redusert tåreproduksjon.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørrhet, dyspepsi, obstipasjon, magesmerter.

Flattulens, brekninger.
Hud: Tørr hud.
Psykiske: Søvnless, nervøsitet.
Sentralnervesystemet: Parestesi.
Syn: Tørr øye.
Øvrige: Hodepine.
Mindre hyppige: Syn: Akkommodasjonsforstyrrelser.
Øvrige: Brystersmerter.

Sjeldne (<1/1000): Sentralnervesystemet: Forvirring.
Urogenitale: Urinretensjon.
Øvrige: Allergiske reaksjoner.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), hiatushernie, autonom neuropati, nyre- og lever sykdom. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antimykotika (ketokonazol, itraconazol og posakonazol), skal behandles med forsiktighet. Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsøvnheten kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved bilkjøring og presisjonsbetont arbeid.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Graviditet bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk av tolterodin hos ammende kvinner bør unngås.

Interaksjoner: Samtidig behandling med legemiddel som har antikolinerge effekter kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrasjon av muskarinreseptoragonister. Effekten av mobilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Farmakokinetiske interaksjoner er mulige ved samtidig behandling med andre preparater som metaboliseres ved eller hemmer cytokrom P-450 2D6 (CYP2D6) eller CYP3A4. Pasienter som får samtidig behandling med potente CYP3A4-hemmere som makrolider (erytromycin, klaritromycin) eller antimykotika (ketokonazol, itraconazol og mikonazol) skal behandles med forsiktighet. Ikke påvist interaksjoner med warfarin eller kontraseptiva i faste kombinasjoner (etinyloestradiol/levonorgestrel).

Dosering: Anbefalt dose er 2 mg 2 ganger daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon anbefales 1 mg 2 ganger daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan doseringen reduseres fra 2 mg til 1 mg 2 ganger daglig. Etter 6 måneder bør behovet for videre behandling vurderes. Ved lever sykdom må ikke dosen overstige 1 mg 2 ganger daglig.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlatingproblemer er sett ved doser på 12,8 mg. Behandling: Ev. ventrikelsykling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 2 mg: 500 stk. kr. 4501,00. Enpac. 56 stk. kr. 546,20. 1 mg: 500 stk. kr. 4501,00. Enpac. 56 stk. kr. 546,20.

EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.
Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg
Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037
E-mail: john.leer@isf.uib.no

Blir it-hverdagen i primærlege-tjenesten bedre, enklere og billigere?

Det er ikke små kronebeløp norske allmennpraktiserende leger har punget ut til selgere av edb-utstyr og programmer i løpet av de siste 10-20 årene. Kommer vi til et metningspunkt hvor investeringslysten avtar i takt med forventninger og sviktende utviklingsløfter?

Helsenett kan samle oss til en sterk brukergruppe med felles interesser og mål. Her kan den enkelte leges utstyr forenkles og standardiseres med mulighet for rabatter og innkjøpsordninger.

Imidlertid ser vi nå konturene av ytterligere kommersialisering av datatjenestene i primærhelsetjenesten. Telenor vil på banen med sentraliserte serverparker for å betjene legekantor over det ganske land og kanskje videre i Europa. Firmaene som selger elektroniske pasientjournalprogram bygger om programpakkene sine med nye og større spesifikasjonskrav for maskiner og nettverksprogram. Compaq vil etablere seg med helsenett-bånd i Tromsø. Nye investeringer står altså for døren mens Helsenett, henvisning- og epikriseutveksling og samkjøring lar vente på seg.

Jeg lukter en gryende frustrasjon.

Gamle dyder som enkelhet, funksjonalitet og stabilitet avløses av kompleksitet, spesialisering og kort varighet. Egentlig kunne vel primærlegetenesten løse it-behovene med relativt enkle edb-maskiner med Linux operativsystem, noenlunde standardiserte EPJ med oversettere og Helsenettløsninger via Internett.

Hvem styrer utviklingen?

Er markedet umettelig?

Vil nye generasjoner leger være like tålmodige som tidligere?

Det er fortsatt spenning i sikte og leger slutter visst aldri å være teknologikåte og opp-tatt av utvikling.

Tar jeg feil?

Askøy i april 2000.

John Leer