

C Imigran "Glaxo Wellcome"
Migrenemiddel. ATC-nr.: N02C C01
T INJEKSJONSVÆSKJE 12 mg/ml: 1 ml inneholder: Sumatriptan, succin. aeqv. sumatriptan, 12 mg, natr. chlorid, 7 mg, aqua ad iniectionem, 1 ml.
T NESESPRAY 20 mg/dose: Hver dose inneholder: Sumatriptan, 20 mg, const. q.s.
T STIKKPILLER 25 mg: Hver stikkpille inneholder: Sumatriptan, 25 mg, const. q.s.
T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablett inneholder: Sumatriptan, succin. aeqv. sumatriptan, 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 100 mg: Titandioksid (E 171).
Egenskaper: Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT₁-reseptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₃-reseptorer. 5HT₁-reseptorer er funnet i hovedsak i om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Raskt og fullstendig. Klinisk effekt etter 10-15 minutter. Biotilgjengelighet: 96 %. Nesepress: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15 %. Stikkpiller: Raskt. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 19 %. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14 %. Proteinbinding: 14-21 %. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et carotissirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Selv indoleddiksyredrikket av sumatriptan uten 5HT₁- eller 5HT₂-aktivitet. Utskillelse: I urinen.
Indikasjoner: Injeksjonsvæske: Akutte anfall av migrene med eller uten aura. Cluster hodepine. Nesepress: Stikkpiller og tabletter: Akutte anfall av migrene med eller uten aura.
Kontraindikasjoner: Hypersensibilitet for innholdsstoffene. Tidligere hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, Prinzmetals angina/koronar vasospasme, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på iskemisk hjertesykdom. Cerebrovaskulær sykdom eller transitoriske iskemiske anfall (TIA). Ukontrollert hypertensjon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Samtidig bruk av preparater som inneholder ergotamin eller ergotaminderivater. Samtidig bruk av monaminoksidasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling.
Bivirkninger: Injeksjonsvæske: Den mest vanlige bivirkningen er forbigående smerte på injeksjonsstedet. Stikkpiller/brennende følelse, opphovning, erytem, merke og blødning har også vært rapportert. Nesepress: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesepressen er sprøyens smak. Mindre hyppig er lett, forbigående irritasjon eller brennende følelse i nese/svelg, eller neseblødning. Hyppig (> 1/100): Gastrointestinale: Kvalme og oppkast. Neurologiske/Psykiske: Svimmelhet, sirkulatoriske: Forbigående blodtrykkstigning (10 mm Hg). Rødme. Øvrige: Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller stramminger i deler av kroppen, inkl. bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Trethet, døsighet og matthet. Mindre hyppig: Hud: Utslett. Endringer i leverfunksjonsparametre. Sjeldne (< 1/1000): Neurologiske/Psykiske: Epileptiforme anfall. Sirkulatoriske: Blodtrykkstall, bradykardi, takykardi og hjertebank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. Spasmer i koronararteriene, iskemisk kolitt, Raynaud fenomener. Syn: Flimrer, dobbeltsyn, nystagmus, scotoma, nedsatt syn. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Sumatriptan har vært assosiert med forbigående symptomer som brystmerter og stramminger, også i halsregion. Disse kan føles intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller være forårsaket av koronarvasospasme. Nødvendige undersøkelser må foretas dersom symptomene tyder på iskemisk hjertesykdom. I ekstremt sjeldne tilfeller (< 1/10 000) har det vært rapportert arytmier, forbigående iskemiske EKG-forandringer eller hjerteinfarkt ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbigående tap av syn vært rapportert. Syntetiseretser kan også skyldes selve migreneanfallet.
Forsiktighetsregler: Skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene eller cluster hodepine. Ved tvil bør pasientene henvises til neurolog. Sumatriptan er ikke indisert ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene. Som ved annen akutt migrenebehandling, bør alvorlige neurologiske tilstander utelukkes før man behandler en nydiagnostisert migrene eller migrenepasienter med atypiske symptomer. Migrenepasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan mistenkes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høyt blodtrykk (kontrollert), da blodtrykkstigning og økt vaskulær motstand er rapportert hos et fåtall pasienter. Det har vært rapportert slapphet, hyperrefleksi og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv serotoninreopptakshemmer (SSRI) og sumatriptan. Pasienten bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indisert. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampetærskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Det er begrenset informasjon om slike kryssreaksjoner, men forsiktighet bør utvises før bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan oppstå som et resultat av migrene eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises ved bilkjøring, betjening av maskiner o.l. Pga. begrenset erfaring, bør sumatriptan inntil videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsk innen normal spontan forekomst er rapportert.
Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Erfaring med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos mennesker og doser som har gitt fosterdød i dyreforsk. Bruk under svangerskap fra rådes derfor. Overgang i morsmelk: Utskilles i morsmelk. Amning bør unngås de første 24 timer etter behandling.
Interaksjoner: Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og SSRI (se Forsiktighetsregler). Dosering: Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. Cluster hodepine: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske: Dosering, se tabell. Migrene: Voksne (18-65 år): Injeksjonsvæske, nesepress, stikkpiller og tabletter: Dosering, se tabell. For tabletter er anbefalt startdose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesepress kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved bivirkninger. Injeksjon eller nesepress bør brukes hvor raskt innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Det anbefales å starte behandlingen ved de første tegn på migrenehodepine. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfallet har vart når behandlingen starter. Dersom symptomene lindres av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for tid mellom dosene. Dersom effekt av første dose uteblir, er det lite sannsynlig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migreneanfallet. Imigran kan imidlertid forskrives ved neste anfall. Injeksjonsvæske: Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan. Tabletter: Tabletten svelges hele med et 1/2 glass vann.

	Vanlig dosering	Maks. døgndose	Tid mellom dosene
Injeksjonsvæske:			
Migrene:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodepine:	1 sprøyte (6 mg) s.c.	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesepress:	1 dusj (20 mg) i det ene neseboret	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
Stikkpiller:	1 stikkpille (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	1 tablett à 50 mg ev. 100 mg	300 mg	Min. 2 timer

Oppbevaring og holdbarhet: Injeksjonsvæsken beskyttes mot lys. Nesepressen og stikkpiller oppbevares ved 2-30°C.
Pakninger og priser: Injeksjonsvæske: Med GlaxoPen: 2 x 0,5 ml kr 528,60. Refill: 2 x 0,5 ml kr 581,20, 6 x 0,5 ml kr 1341,60. Nesepress: Endosebeholdere: 6 doser kr 610,40, 18 doser kr 1762,80. Stikkpiller: 6 stk. kr 334,60. Tabletter: 50 mg: Enpac: 6 stk. kr 340,80, 12 stk. kr 647,50. 100 mg: Enpac: 2 stk. kr 247,10, 6 stk. kr 615, 18 stk. kr 1804,70.
T:36

Priser av 12.02.2001 Preparatomtale: Imigran 29.02.2000



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 Telefaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

Jo-da, og vi har selv bidratt til å fremme forskning og metodeutvikling på dette område. Det har foregått mye bra utviklingsarbeid på det pedagogiske området i Legeforeningens regi, men endringsarbeid tar tid, og mye av ansvaret for kurs, etter- og videreutdanning er desentralisert. Vi må være klar over at dette arbeidet gjøres på fritid uten store honorarer. Å endre kurs som kanskje har vært arrangert på samme måte i mange år, kan være vanskelig.

Det verkar som om kurs og konferansar enno står sterkt i etter- og vidareutdanninga, kan det vere slik at ein del er meir opptekne av at kurs blir gjennomførte og at timar vert talde enn av innhaldet i undervisninga?

Fortsatt mener vi at mange kurs er gode og har livets rett, forøvrig er det nok slik at det er lettere å forsette med de gamle kjente metodene enn å prøve seg fram med nye. Nybrottsarbeid krever mye energi.

Når det er kjent at kurs der forelesningar og einvegskommunikasjon er hovudingrediens ikkje har særlig effekt, kvifor held då Legeforeninga framleis på med dette i så utstrakt grad?

Vi prøver stadig å gi ny input til kursledere og komiteer – blant annet arrangerte vi en konferanse (nok eit kurs...) for spesialitetskomiteene og andre som arbeider med legers videre- og etterutdanning i januar i fjor med temaet «Alternativ til tradisjonelle kurs i spesialistutdanningen». Her tok vi for oss kursens rolle i forhold til andre elementer i spesialistutdanningen og vi så på sammenhengen mellom valg av undervisningsmetode, læringsmål og innholdet i det som skal læres. Dette ble utdypet i flere arbeidsgrupper som bl.a. jobbet med internett i spesialistutdanningen, kolleganettverk som læringsmetode og bruk av simulering og modeller i spesialistutdanningen.

OK – ta dette siste. Legeforeningen var jo godt i gang med noko av dette gjennom etablering av «Kompetansesenter for kliniske ferdigheter blant allment praktiserende leger» i Bergen. Kvifor blei dette nedlagt når det var positivt evaluert og godt i gang?

Vi så dette kvalitetsprosjektet som et nyttig tiltak, der det skjedde mye bra metodeutvikling. Hensikten var dog at kursene som ble utviklet i Bergen skulle kunne spres til flere fylker og kurskomiteer. Det skulle lages kurspakker som andre kunne ta over og bruke. Dette skjedde i for liten grad, og så gikk Kvalitetsfondet tomt for penger og Universitetet i Bergen var ikke interessert i å ta over prosjektet. Jeg tror forøvrig at mye av det som har vært gjort de siste årene både fra SATS og Kompetansesenteret har funnet veien til ulike aktiviteter i videre- og etterutdanningen, ikke i rein form, men integrert i andre kurs og andre aktiviteter.

Mange meiner at «Mester-Svenn-læring» er ein god metode for å lære praktiske teknikkar, også i allmenmedisin. Er denne metoden innlemma i spesialistutdanninga?

Til en viss grad kan denne form for veiledning benyttes – gjennom gjensidige praksisbesøk og obligatoriske veiledningsgrupper brukes denne formen – om enn på en noe tilpasset måte. I sykehus er dette mer satt i system gjennom opplæring i kirurgi og andre ferdighetskrevede spesialiteter. Men etter mitt syn har metoden også sin svakhet, helst bør det være slik at svennen går forbi mesteren i kunnskap og ferdigheter når man kommer til et visst nivå. Kandidaten må derfor også benytte andre metoder for å utvikle seg, og til kritisk å kunne reflektere over egen praksis. Veiledning må ta utgangspunkt i det som er relevant for kandidaten. EØS tilpasningen vil sannsynligvis gjøre det nødvendig at alle leger inngår i et system med 1 til 1 veiledning i 3 år før man får anledning til å praktisere selvstendig på trygdens regning fra år 2006. Ett av disse årene må være i sykehus.

Allmennmedisin er den første spesialiteten som har innført resertifisering – kan vi regne med at dei andre kjem etter på dette området?

Jeg tviler på det. Årsaken er igjen at vi må tilpasse oss EU-systemet. I Europa går det mer mot å se på det reelle innholdet i tjenesten, enn å stille formelle krav for godkjenning. Spesialistutdanningene tar utgangspunkt i de læringsbehovene spesialistkandidaten har. En norsk spesialist i allmennmedisin kan godkjennes i Sverige. En svensk spesialistgodkjenning blir godkjent i Norge. Sverige har ingen planer om å innføre resertifisering – på den måten kan i dag en norsk spesialist i allmennmedisin også unngå dagens formelle krav.

Har du nokon visjonar for etter- og vidareutdanninga i Norge?

Jeg ser lyst på framtida. Dagens leger blir utdannet fra universiteter som bruker helt andre pedagogiske metoder enn for få år siden. De vil ikke godta passive kurs som læringsform i spesialistutdannelsen heller. Vi prøver å påvirke, men som kjent kan man bare lede hesten fram til brønnen – man kan ikke tvinge han til å drikke. Allmennmedisinsk etter- og videreutdanning er i fronten på metodesida i Norge. Olav Rutle var en foregangsmann på dette feltet, og sporene etter han er fremdeles tydelige. Legeforeningen arbeider videre etter mange av de samme ideene. I dag kan vi også tilby interaktive kurs for allmennleger på nettet. Disse kan tas når man har tid og anledning, og teller fullt ut i utdannelsen.

Og Utposten er samd i at det er vel vert eit forsøk. Dei fire aktuelle kursa er:

- **Informasjonssøking ved hjelp av Internett** (godkjent kurs tellende 6 timer til samtlige spesialiteter)
- **Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger** (godkjent kurs tellende 5 timer/ poeng til samtlige spesialiteter)
- **Spirometri** (godkjent kurs tellende 5 timer til spesialiteten allmennmedisin og 6 timer til spesialiteten arbeidsmedisin)
- **24-timers blodtrykksmåling** (godkjent kurs tellende 5 poeng til spesialiteten allmennmedisin, 6 timer i indremedisin, og 7 timer i hjertesykdommer)

Gå inn på www.legeforeningen.no og klikk på Utdanning og kurs, og vidare i venstre marg på LUPIN, så kjem du til rett adresse.

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN
Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed

