

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Behandling av laterale epikondylitter

Jeg har inntrykk av at denne tilstanden er økende i min pasientpopulasjon – eller er det slik at siden jeg selv har hatt det, er jeg mer oppmerksom på denne diagnosen?

Tilstanden er i alle fall hemmende for mange, enten de arbeider i manuelle yrker eller sitter med krum rygg foran en PC både i arbeidstida og på fritida. De fleste er 40+, nesten ingen er over 55, men man ser det også hos de unge, da er det intens PC-bruk som peker seg ut som utløsende faktor hos nesten alle. Noen har så intense smerter at de får ødelagt nattesøvnen og må ha et «skikkelig» behandlingstilbud der og da. Fysikalsk behandling eller kortisoninjeksjon er da alternativene.

Mange har imidlertid mindre uttalte symptomer, de klarer å fungere både i yrket og på fritida med tilstanden, men vil gjerne bli kvitt problemet sitt. Da har jeg de siste årene, spesielt etter at jeg fikk denne tilstanden sjøl, valgt å behandle mindre aggressivt.

For det første tror jeg man skal tenke pedagogisk: Pasienten skal informeres om at denne tilstanden høyst sannsynlig vil brenne ut i løpet av 1 (–2) år uansett hvilke behandlingstiltak vi setter i gang. Utfordringen er hvordan hun eller han skal leve med den mens den gir symptomer. Videre er det nok lurt å prøve å forhindre at det bli kronisk ved å endre noe på bruken av underarmsmuskulene.

Pasienten bør tenke over om de tillater seg å sitte foran PC-en eller gjøre annet mekanisk arbeid uavbrutt over lang tid med muskulaturen på spenn – det gjør vi vel alle mer eller mindre! Ved å bli gjort oppmerksom på dette kan pasienten prøve å senke spenningsnivået i muskulaturen ved å ta jevnlige pauser med følgende øvelser:

Stå på gulvet i avslappet hvilestilling med begge hender hengende rett ned, føler du deg anspent? Løft på skuldrene og slipp dem ned et par ganger, rist eventuelt på hele skulder/armpartiet. Massér så relativt kraftig med den friske arms tommel på tvers av underarmsmuskulaturen der den har sitt utspring på laterale epikondyle og i muskelbuen nedenfor, slipp hendene ned igjen. Rist løs. Knytt så neven uten å spenne for hardt med håndflaten vendt bakover, vri så den knyttede hånden med håndflaten vendt utover (pronasjon) og flekter i håndleddet. Du vil da oppdage en smerte i ekstensormuskulaturen i underarmene og dens feste på laterale epikondyle. Hold noen sekunder før du rister litt og strekker muskulaturen på nytt. Det hele bør avsluttes med å riste løs stram muskulatur i hele området: gå rundt på gulvet og løs opp fra nakken og ned til fingrene. Det hele tar tre til fem minutter og kan gjentaes tre ggr dgl.

En fysioterapeut har lært meg at pasienten i tillegg kan ha nytte av eksentrisk trening. Dette skal gjøres når tilstanden er bedret og pasienten kan bevege hånda fritt i alle retninger uten å få smerter. Sett deg på en stol og legg underarmen på et bord med hånda utenfor bordkanten,



Strekking av ekstensormuskulaturen

Ekstentriske øvelser



i ekstendert stilling får den affiserte hånda en brusflaske av den friske hånda. Sakte lar man så håndledet flekteres, ved maksimal fleksjon tar den friske hånda brusflaske og gir den tilbake til den syke hånda når den har maksimal ekstensjon igjen for ny, langsom fleksjon. Fire ganger tolv repeterte øvelser er anbefalt. Jeg er usikker på om mine pasienter holder ut dette trenings- opplegget særlig lenge, men det kan jo taes opp igjen hvis symptomene øker på! Dette er for øvrig omtalt i Tidsskrift for den norske Legeforening nr 19/2005, der fikk de pasientene til å fortsette med eksentrisk trening i seks måneder. Når klinisk erfaring er at denne tilstanden brenner ut i løpet av et år, kan man jo som djevelens advokat undres på om behandlingseffekten dels skyldes at tilstanden imens gikk over av seg selv!

Jeg har ingen EBM-kunnskap om dette, men for meg holder det at mange pasienter ved neste konsultasjon spontant sier at albuen er mye bedre og de færreste trenger ytterligere behandlingstiltak. Allikevel har jeg sikret meg en second opinion hos kollega Satya Sharma, leder av NSAMs referansegruppe for muskel og skjelettlidelser:

Jannike Reymert har beskrevet en praktisk håndtering av lateral epikondylitt i tråd med anbefalinger fra referansegruppen i muskel- og skjelettlidelser i NSAM (1). Det viktigste ved behandling av tennisalbu er: Informasjon til pasienten om tilstanden, dets forløp med forventede svingninger.

For noen er det nok å vite at tilstanden ikke er alvorlig men plagsom, og at den vil kunne variere med aktivitet. Videre er det viktig å legge fram for pasienten litt om diverse behandlingsopplegg, kortfattet; bl.a. at kortisoninjeksjon gir god effekt men vanligvis kortvarig og at residiv er vanlig. Det er påvist lite forskjell i fysioterapibehandling og vente og se politikk (2). Behandling med kortisoninjeksjon bør derfor komme inn bare hvis pasienten har invaliderende smerter og virkelig ikke er motivert til å vente etter at informasjonen er gitt. Hvis de har hatt problemer med å ta stilling der og da, ber jeg dem kontakte meg om to uker.

Hvordan pasienten kan hjelpe seg selv

Følg beskrivelsen fra Jannike Reymert med variasjon i arbeid, tverrfriksjonsmassasje ved lateral epikondylitt, tøyning av underarmsektensorer og eksentrisk trening.

Jannike Reymert

Referanser

1. <http://www.legeforeningen.no/?id=35930>
2. Smidt N, van der Windt D, Assendelft W, et al. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359: 657-662.



PREPARATOMTALE SAMIN

1.LEGEMIDLETS NAVN

Samin 625 mg tabletter

2.KVALITATIV OG KVANTITATIV SAMMENSETNING

1 tablett inneholder 750 mg glukosaminhydroklorid tilsvarende 625 mg glukosamin.

For hjelpestoffer se pkt. 6.1.

3.LEGEMIDDELFORM

Tabletter

4.KLINISKE OPPLYSNINGER

4.1 Indikasjoner

Lindring av symptomer ved lett til moderat artrose.

4.2 Dosering og administrasjonsmåte

Startdose: 1 tablett 2 ganger daglig. Klinisk effekt ses vanligvis innen 4 uker etter behandlingens start. Når symptomlindring er oppnådd kan dosen senkes til 1 tablett daglig. Hvis det ikke påvises effekt på smerte og/eller funksjon etter 2-3 måneder bør behandlingen avsluttes. *Eldre:* Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av eldre pasienter. *Nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon:* Det er ikke utført undersøkelser hos pasienter med nedsatt nyre- og/eller leverfunksjon. Doseringsanbefalinger kan derfor ikke gis. *Barn:* Samin tabletter bør ikke gis til barn og ungdom under 18 år.

4.3 Kontraindikasjoner

Kjent overfølsomhet overfor glukosamin eller overfor et eller flere av hjelpestoffene. Samin tabletter skal ikke gis til pasienter med allergi mot skalldyr siden det aktive innholdsstoffet fremstilles av skalldyr.

4.4 Advarsler og forsiktighetsregler

Vis forsiktighet ved behandling av pasienter med diabetes mellitus. Hyppigere kontroll av blodsukker- verdiene kan være nødvendig i begynnelsen av behandlingen. Samin tabletter bør ikke gis til barn og ungdom under 18 år siden effekt og sikkerhet ikke er undersøkt. Forsiktighet anbefales hvis glukosamin kombineres med andre legemidler siden interaksjonsdata mangler (se 4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon).

4.5 Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon

Ingen interaksjonsstudier er blitt utført. Eventuell effekt av glukosamin på andre legemidlers farmakokinetikk er ikke kjent. Da eventuelle interaksjoner ikke kan utelukkes, bør man derfor vise forsiktighet hvis Samin kombineres med andre legemidler.

4.6 Graviditet og amming

Graviditet: Det finnes ikke tilstrekkelige data på bruk av glukosamin hos gravide kvinner. Det er ikke gjort dyrestudier med hensyn på effekter på svangerskapsforløp, embryo/fosterutvikling og postnatal utvikling. Glukosamin skal ikke brukes under graviditet. *Amming:* Det er ukjent om glukosamin går over i morsmelk. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes. Preparatet skal derfor ikke brukes under amming.

4.7 Påvirkning av evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner

Ingen studier er utført. Samin tabletter forventes ikke å ha noen effekt på evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner.

4.8 Bivirkninger

Følgende bivirkninger er rapportert:

Nevrologiske sykdommer: Sjeldne (>1/10.000, <1/1.000): Hodepine, døsigheit. Gastrointestinale sykdommer: Sjeldne (>1/10.000, <1/1.000): Dyspepsi, diaré, forstoppelse, kvalme. Hud- og underhudssykdommer: Sjeldne (>1/10.000, <1/1.000): Utslett, pruritus, erytem.

4.9 Overdosering

Der er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

5. FARMAKOLOGISKE EGENSKAPER

5.1 Farmakodynamiske egenskaper

Farmakoterapeutisk gruppe: Andre antiinflammatoriske og reumatiske midler, ikke-steroider. ATC-kode: M01 AX05. Glukosamin er en endogen substans. Eksogen tilførsel av glukosamin til dyr kan øke proteoglykansyntesen og dermed hemme nedbrytningen av brusk. Langtidsstudier antyder at glukosamin kan ha en positiv innvirkning på metabolismen i brusk. I publiserte kliniske studier har glukosamin vist seg å gi smertelindring innen 4 uker, samt å forbedre bevegeligheten i de berørte ledd hos pasienter med lett til moderat artrose.

5.2 Farmakokinetiske egenskaper

Glukosamin er et relativt lite molekyl (molekylmasse 179), som er lettlopløselig i vann og oppløselig i hydrofile organiske løsningsmidler. Den tilgjengelige informasjonen om glukosamins farmakokinetikk er begrenset. Den absolutte biotilgjengeligheten er ukjent. Distribusjonsvolumet er ca. 5 liter og halveringstiden etter intravenøs tilførsel er ca. 2 timer. Ca. 38% av en intravenøs dose utskilles som uforandret substans i urinen.

5.3 Prekliniske sikkerhetsdata

Glukosamin har lav akutt toksisitet. Det foreligger ikke tilstrekkelige data fra dyrestudier angående generell toksisitet ved gjentatt administrasjon, reproduksjonstoksitet, eller gentoksiske og karsinogene effekter. Ett enkelt in vitro eksperiment i bakterier ga ikke holdepunkter for mutagene effekter av glukosamin. Resultater fra in vitro- og in vivo dyrestudier har vist at glukosamin kan interferere med glukosemetabolismen og inducere insulinresistens. Klinisk betydning er ikke kjent.

6.FARMASØYTISKE OPPLYSNINGER

6.1 Fortegnelse over hjelpestoffer

Hydroksypropylcellulose, lavsubstittuert hydroksypropylcellulose (L-HPC), mikrokrystallinsk cellulose, magnesiumstearat.

6.2 Uforlikeligheter

Ikke relevant

6.3 Holdbarhet

2 år

6.4 Oppbevaringsbetingelser

Skal ikke oppbevares over 30°C.

6.5 Emballasje (type og innhold)

PVC/PVDC blisterpakning. HDPE plastboks. Pakninger: 60 og 180 tabletter. Ikke alle pakningsstørrelser er pålagt markedsført.

6.6 Instruksjoner vedrørende bruk og håndtering

Ingen spesielle forholdsregler.

7.INNEHAVER AV MARKEDSFØRINGSTILLATELSEN

Weifa AS

Hausmannsgt. 6

P.O.Box 9113 Grønland

NO-0133 Oslo

Tlf. 22998600

8.MARKEDSFØRINGSTILLATELSESNUMMER (NUMRE)

04-2702

9.MT-DATO FOR FØRSTE GANG/SISTE FORNYELSE

2005-08-03

10.OPPDATERINGSDATO

2005-08-23

Pakninger og priser (01.11.05):

60 tabletter: Maks. utsalgspris kr 252,10

180 tabletter: Maks. utsalgspris kr 691,30

Referanser:

1. J.Y.Reginster et al: Long-term effects of glucosamine sulphate on osteo-arthritis progression, a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*, 2001; 357: 251-56
2. K.Pavelka et al: Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis. *Arc Intern Med* 2002; 162: 2113-23
3. T.E. Towheed et al: Glucosamine therapy for treating osteoarthritis (Cochrane Review) in *The Cochrane Library* (2002) Issue 4, Oxford
4. F.Richy et al: Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis. *Arch Intern Med* 14 July 2003; 163: 1514-22