

Brev fra en Utpost i Sør-Sudan

Pibor/MSF des. 2005

Hun er høy – ca 180 – og atletisk. Hun bærer en ettåring i et geiteskinn på ryggen. Hun folder kappen sin for å sette seg på gulvet i konsultasjonsrommet – men plasserer seg forsiktig og uvant i stol på signal fra min tolk. Hun hekter av geiteskinns-selen og plasserer en velfødd fornøyd splitter naken pjokk på fanget og han forsyner seg av et slunkent bryst som allerede har vært kilde for ni søsken.

Vi registrerer navn. Alder? Hun ler og slår ut med armene..ingen aning. Det kan da vel ikke være særlig interessant! Tolken og jeg foreslår 32, og hun nikker helt uengasjert.

Hun har murlenes typiske «tatoeringer» i ansikt og på kroppen ellers: keloider etter risp i huden, og hun har fjernet to fortenner i underkjeven. Tennene forøvrig er perfekte. Hun er «motebevisst» ved at hun ikke som tradisjonen krever har fått regulert fortennene i overkjeven ut «på tørk» og fått piercing med en liten hvit plastpinne i overleppa og en plastplate på utsiden og innsiden av underleppa – som en mansjettknapp. Fjerning av to tenner i underkjeven gjøres ved pubertet for å gi beskyttelse mot tetanus, eller; om sykdommen og trismus rammer, gi en åpning for tilførsel av mat.

Hun bærer tradisjonelle smykker, selvlaget av små plastperler i sprakende farger, rundt livet, armene, halsen og i ørene. Fargene signaliserer hvilken generasjon hennes mann tilhører. Generasjonstilhørighet er viktig her. Ingen bryr seg om eksakt alder, men alle menn vet hvilken av ni generasjoner de tilhører. De bærer stolt sin generasjons farger. Generasjonstilhørigheten markeres ved sang og dans – og med *generation fights*! Det kjempes med tradisjonelle våpen: stokker og skjold, det går ofte på livet løs – og det dreier seg selvfølgelig først og fremst om yngre generasjoner som utfordrer de eldre.

Jentene og kvinnene tilhører sin fars, sin «forlovede»s eller sin manns generasjon. En småjente kan godt bære fargene til 40-åringens generasjon når hun er lovet bort og betalt for.

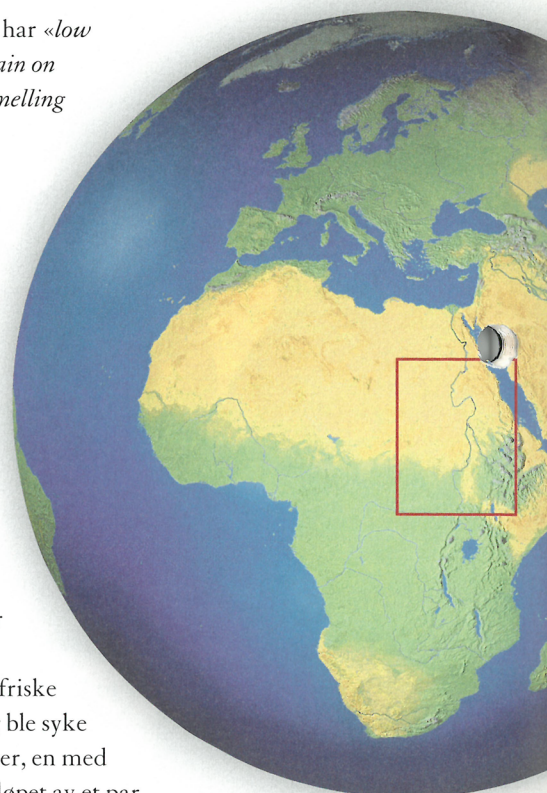
Lechingai klager over «*aotsji*» – smerte, og hun peker på hodet, nakke, skuldre og rygg – og med ord, miner og gester understreker hun alvorligheten av sine plager. På spørsmål

om hun også har «*low abdominal pain, pain on urination og foulsmelling white vaginal discharge*» nikker hun bekræftende.

Hun er en av fem koner – den første. Hun har født ti barn hvorav seks fortsatt lever. Fire døde mens de var små og hun viser med hånden hvor små de var – alle mindre enn fem, friske inntil de plutselig ble syke – tre med høy feber, en med diare – de døde i løpet av et par dager. Dette forteller hun uten å vise sorg – som den naturligste ting av verden. Dette er en erfaring hun deler med praktisk talt alle mødre her omkring.

På spørsmål om hun er sliten, om hun har hardt og tungt arbeide – ser hun uforstående på oss. Men etter å ha tenkt seg om – jo, hun arbeider hardt: hun passer barn, hun er vant til enten å ha en liten på ryggen og/eller en i magen. Hun bærer vann og ved – avstandene er lange – hun bygger «*tukuls*» – hytter av pinner, strå og jord. Regntiden er såvidt over, tukulene har fått ille medfart og trenger vedlikehold. Hun bringer og lager mat. Bare det å stampe *shorgum* (maisligende korn) til familiens daglige grøt krever sin kvinne fullt ut! Og snart skal hun og familien avgårde på «*cattle-camp*». Det lokale beitet er i ferd med å tørke opp og folk og fe vandrer nordover der det fortsatt er vann og fôr. De går i dagevis, slår leir om natta og sover under trærne.

På spørsmål om hvor lenge hun har hatt smerter må hun tenke seg om: tre år er det vanlige svaret. Vi klemmer på ømme nakke- og ryggmuskler. Hun er sterk og atletisk –



som et anatomisk atlas! Ikke et gram overflødig fett! Men hun har vondt – skjærer grimaser når vi kniper i trapezius. Hun vil ha medisiner, aller helst *injections*.

Hun har gått langt for å komme til vår klinikk – en hel dag. Klinikken er ny, og før MSF etablerte seg her for seks måneder siden, har ikke Pibor hatt annen helsetjeneste enn den tradisjonelle. Dette gjelder praktisk talt for hele Sør-Sudan – et av de mest avsidesliggende områder i hele Afrika med kontinentets lengstvarende borgerkrig såvidt overstått.

Ikke mer enn rimelig at hun så for seg at turen fra landsbyen hit til Pibor som er fylkeshovedstaden, skulle være bryet verd – med sine sykepleiere og leger og sitt ufattelige lager av *kawaya* – medisiner! Heller ikke rart at hun ser enda mer uforstående på oss da vi forsiktig forsøker å forklare henne at de fleste av hennes plager ikke lar seg helbrede ved medisiner og at vi rett og slett ikke har god hjelp å tilby henne. Smertene henger sammen med arbeid og strev og en hard hverdag! Hun slår oppgitt ut med armene – skuffet og sinna. Hele den lange turen forgyves!

Men kanskje vi kan hjelpe henne med underlivsplagene? Hun har rikelig utflod, såre og vonde slimhinner. Vi har ingen mulighet for å stille en eksakt diagnose. Vi må anvende «*the syndromic approach*». Hun har ikke og har heller ikke hatt veneriske sår, så vi behandler for klamydia, gonorrhoe og trichomonas. Vi forteller henne at hennes mann og alle hans koner og eventuelle kjæresten også bør komme for undersøkelse og behandling, og at hun ikke bør ligge med sin mann før alle er behandlet. Hun mottar informasjon og medisiner uten videre og allerede et par dager etter kommer hennes mann sammen med sine fire øvrige koner.

Murlene nyter åpenbart sitt seksualliv og *Lechingai* slår slett ikke blikket ned når vi er inne på dette temaet. Noen vil hevde at promiskuitet er typisk for stammen. I alle fall er veneriske sykdommer av alle slag meget hyppig forekommende – bortsett fra HIV/AIDS. Isolasjon, bl.a. som følge av borgerkrigen, har gjort at viruset enda ikke har erobret dette folket – men det er åpenbart at det her kun er et tidsspørsmål før HIV/AIDS-epidemien gjør sitt inntog her. Freden gjør det mulig å reise, og ikke minst gjelder



det hjemreise

for tusener av internt fordrevne flykninger.

Noen av disse vil helt sikkert bringe med seg smitten og muligheten for rask spredning er nærmest ideelle. Enn så lenge har vi ikke sett et eneste tilfelle (men vi har heller ikke muligheten for å teste). Den kommende HIV/AIDS-epidemi er kanskje den aller største trusselen og den vanskeligste utfordringen i Sør-Sudan og murlerland i årene som kommer.

Vi forsøker å gi vårt bidrag: gi informasjon og opplæring til den nasjonale staben på klinikken og informasjon til våre pasienter. Men her kreves det innsats av et helt annet omfang enn det vi kan tilby, og arbeidet må være støttet og fulgt opp av lokale myndigheter – og enn så lenge har de mer enn nok med å stable seg på bena og etablere en slags infrastruktur som gjør det mulig å binde dette enorme landet sammen!

Lechingai rister på hodet når vi spør henne om HIV/AIDS. Hun har aldri hørt om viruset eller sykdommen og heller ikke om hvordan man kan beskytte seg mot den og mot andre veneriske sykdommer. Kondom? – ingen aning. Vi benytter anledningen til å gi litt informasjon, og vi følger opp under konsultasjon med mann og de øvrige koner. Vi deler ut et antall kondomer og demonstrerer bruk. Alle virker skeptiske til en slik innretning som rett og slett forhindrer befruktning. Barn kan man aldri få nok av – man må jo regne med at man mister mange.

Vi kan tilby hjelp også når det gjelder hennes barns helse. Vi inviterer alle hennes barn til vaksinerings. Hun setter pris på det. Hun har sett tetanus hos nyfødte og hun har opplevd

meslinger – hun kjenner flere som er blinde etter å ha hatt meslinger. Det er også mennesker med lammelser etter polio i landsbyen hennes.

Og vi forteller henne at hun ikke må vente med å oppsøke vår klinikk dersom noen av hennes barn blir syke med feber. Vi har god medisin for malaria. Hun er smertelig klar over at det er malaria som tar de aller fleste små barneliv.

Og – barn er rikdom – på alle måter, også bokstavelig talt her omkring. Det gjelder spesielt jentebarn. En jente kan allerede ved fødsel selges på ekteskapsmarkedet. Prisen er rundt regnet 40 kyr. Rikdom regnes i antall døtre, koner og kyr. Guttebarn representerer en utgift – 40 kyr fra flokken for å få hver av dem gift! Man trenger egentlig kun en sønn, for det ligger nemlig i en sønns lodd å ta seg av foreldrene hvis og når de blir gamle.

Kveg kan man også skaffe seg ved å stjele fra nabostammene. *Cattleraiding* er fortsatt en yndet og anerkjent sport blant murlene, og det hender nok fortsatt at de også kan ta med seg jentebarn fra sine raids hos nabostammene. Deres «dyktighet» har medført at mange rykter, myter og historier om deres styrke og deres grusomhet som røvere og krigere.

Nomadelivet er strevsomt for alle og vandringene med kvegflokkene er ikke for gamle folk på min alder (rundt de 60). Når tørketiden kommer i november/desember drar ungdommet avgårde på *cattlecamp* og gamlingene etterlates i landsbyen sammen med mødre med nyfødte barn. Det kan bli knapt med mat og drikke fram til ny regntid i juni/juli. Vi er på vei inn i denne perioden i skrivende stund og vi forbereder oss på nye utfordringer: eldresomsorg i murlerland. Våre «homevisitors» har gjort noen små enkle opptellinger som viser at 70–80 prosent av dødsfallene blant voksne skjer i tørketiden og at få blir eldre enn 60 (så selv er jeg et særtillfelle på mer enn en måte her!).

Vi forbereder oss også på et liv med usikkerhet når det gjelder henvisning av pasienter som trenger spesialist og sykehustjenester. Vi har 14 senger her som betjenes av en lege og tre sykepleiere. Vårt lokalsykehus ligger i Lokichokio i Nord-Kenya, halvannen time med fly når vær og forholdene ellers tillater. Kriteriene for henvisning, «greenlig



thing», er meget strenge:

alvorlige, akutte, livstruende, først og fremst kirurgiske sykdommer. Sykehuset drives av INCR og er bygget opp under krigen fortrinnsvis for å ta seg av krigsskadde. Det er nå under avvikling og vi ser oss om etter alternativer.

Men – pasienter med sykdommer som kreft, alvorlige infeksjoner osv. er vant med at slikt ikke lar seg behandle og de har forsonet seg med manglende behandlingstilbud og også med at en liten klinikk som vår heller ikke har muligheter for å hjelpe dem. Alvorlig sykdom og død hører selve livet til – slik har det alltid vært.

Men folket her bør kunne forvente en forandring, et lettere, mindre strevsomt og lengre liv! Sør-Sudan er nemlig et av de rikeste områder i Afrika med et enormt potensiale for økt matproduksjon og med enorme mengder olje og andre råstoffer – så med mindre det typisk afrikanske vanstyret også får prege dette landet med velfylte lommer for makt-haverne og kun smuler til befolkningen ellers – så bør murlene og de andre stammene i området kunne forvente seg at flere barn passerer fem års alder og at flere 50-åringar passerer 70. Bare ikke HIV/AIDS forstyrrer det hele, her som ellers i det Subsahariske Afrika, og bare ikke borgerkrigen blusser opp igjen!

Etter nok en gloheit arbeidsdag med utetemperatur på vel 40 og innetemperatur (i anleggstelt made in Molde) på vel 45, smaker det godt med en Tusker (utmerket kenyansk øl)

på vanntårnet. Rundt oss ser vi savanne så langt øyet rekker. Noen kvinner med store vedbunter eller vannkanner på hodet haster hjem til kveldsmat og kveldsstell. Et par gutter jager geiteflokkene tilbake til landsbyen for natta – hilser smilende: «owarejumaifrend» i forbifarten. Sprakende solnedgang før det plutselig er mørkt. En og annen «bush-fire» lyser opp langt unna, og så kommer stjernene, hele den afrikanske stjernehimlen, like fantastisk hver eneste kveld og natt! Etter middag og småprat i messa: oppsummering av dagens hendelser og opplevelser, og mens hermetikkmaten inntas: fantasier om overdådige måltider og fråsing i den hviteste fisk, de grønne grønnsaker, de krispeste salater og den friskeste frukt ... for ikke å snakke om den kaldeste hvitvin ... før tilbaketrekking til telte. Og med bok og I-pod svettende under moskitonet, kommer gjerne tankene: Har mitt lille bidrag, vår lille dråpe helsetjenester, i dette veldige, ukjente, fantastiske og utrolige landet med et hav av all verdens sykdom, noen betydning? Så teller jeg: i dag har vi behandlet 40 barn med malaria og vi har vaksinert vel 30. Vi har liggende et par smårollinger i sykehuset: en liten en på en mnd. som så vidt overlevde natta med pneumoni, men som nå ser ut til å klare seg, og en annen to-åring med alvorlig malaria som også er i ferd med å komme til hektene. I forrige uke mistet vi en annen to-åring som kjempet et par døgn etter å ha blitt bitt av en slange mens en ung mann med fulminant hepatitt (?) og leverkoma på mirakuløst vis kviknet til. Og – vi har akkurat hatt ukens undervisning med den lokale stab, emne: TB. Vi starter nemlig opp TB-program allerede neste måned, og alle parter trenger påfyll av kunnskaper og innøving av nye ferdigheter. Og tross alt: Lechingai og hennes familie er kanskje noe bedre stilt etter dagens konsultasjon.

Så alt i alt: vi har da gjort noe nytte for oss – i dag også – og selv om temperaturen fortsatt er >30 er det slett ikke umulig å få seg noen timers søvn før første hanegal ... det kommer gjerne ved fem-tiden!

Med hilsen
Trisla Schmidt

PS. Du som tok deg bryet med å lese hele mitt reisebrev, hvorfor ikke vurdere et oppdrag med MSF. Du kommer neppe til å angre! DS.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert.ntebb.no

Ciprallex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramoksalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopramoksalat tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. **Depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Generalisert angstlidelse:** Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. **Eldre >65 år:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom <18 år:** Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetring anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metabolerere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidal tanker), og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell adferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. I tillegg foreligger det ikke langtidssikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer på signifikant bedring inntre. Siden bedring kanskje ikke inntre de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være en økt risiko for selvmordsadferd ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordsadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utlittrekkelige data angående risiko for selvmordsrelatert adferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nøye oppfølging bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndes. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evenen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonerg syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonerg syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetterskelen (f.eks. andre antidepressiva (tricykliske, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tiokantener og butyrofenoner), mellokin og bupropion. Det foreligger rapporter for forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metabolerises via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP-2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamin, lansoprazol, tiklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metabolerises via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metabolerises via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmamålene for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrensede kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-føtotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponeringsyndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. **Overgang i morsmelk:** Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amning anbefales derfor ikke under behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkyrmoser, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utlittrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddssmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampet, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonerg syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnlens, bevisstløshet, krampet, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, raddomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyst 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i yttermerballasjen for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: **Tabletter: 5 mg:** Enpac: 28 stk. kr. 133,10, **10 mg:** Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60, **Dråper:** 28 ml kr. 283,60. T: 18b).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: Januar 2006

Referanser:

- Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. *Pharmacology & Toxicology* 2001; 88: 282-286
- Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2003; 7: 259-268
- Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 115-120