

Vind i seilene for allmennmedisinen

AV KARIN FRYDENBERG

Gode nyheter fra allmennlegene på Soria Moria i den første uka i mai!

Sola skinte og varmet. Det dampet fra granskogen der en elg tittet opp på oss som hadde forhandlinger på Soria Moria og understreket den positivt forventningsfulle stemningen som rådet under de to dagene med drøftinger om organisasjonen av de allmennmedisinske foreninger.

Fagforeningen, Aplf har fått ny drakt og nytt navn og heter nå Allmennlegeforeningen. NSAM og Aplf's fagutvalgt har lagt seg ned og en ny fagmedisinsk forening har stått opp; Norsk forening for allmennmedisin.

Gamle feider er bilagt. Fagmedisin og fagforening vandrer nå videre hånd i hånd. «De tre musketerer» (Gisle Roksund, Trond Egil Hansen, Jan Emil Kristoffersen) og deres sekretær (Kjell Maartmann-Moe) har stått i spissen for slutføringen av prosessen, som har født dette strålende barn. De ble behørig æret.

Et styre ble valgt til den nye Norsk forening for allmennmedisin og alle pustet lettet ut. Den største fagmedisinske foreningen i Legeforeningen er grunnlagt.

Vi har med dette fått to foreninger som har forpliktet seg til et nært samarbeid om fagmedisin og fagforening slik at vi får fagutvikling i tråd med allmennmedisinsk hverdag og faglige utfordring, og faget blir gitt den rette mulighet for kvalitet og utvikling i arbeidsbetingelsene.



Norsk forening for allmennmedisin ved leder og nestleder, Gisle Roksund og Trond Egil Hansen og Allmennlegeforeningen ved leder Jan Emil Kristoffersen.

Nytt styre i Norsk forening for allmennmedisin; f.v. Morten Laudal (vara), Gisle Roksund (leder), Trond Egil Hansen (nestleder), Marit Hermansen, Helen Brandstorp, Ståle Onsgård Sagabråten, Trine Bjørner og Karsten Kehlet. Ikke på bilde: Marte Kvittum (vara) og Arnfinn Seim (vara).





De kalte seg de tre musketerer, her får de litt assistanse under festmiddagen.

Feststemt leder av ny fagmedisinsk forening.



Inspira Pfizer

Aldosteronantagonist.

ATC-nr.: C03D A04

TABLETTER, filmrasjerte 25 mg og 50 mg: Hver tablett inneholder: Eplerenon 25 mg, resp. 50 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Som tillegg til standardbehandling, inkl. betablokkere, for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med stabil venstre ventrikkel dysfunksjon (LVEF $\geq 40\%$) og klinisk påvist hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt.

Dosering: Anbefalt vedlikeholdsdose er 50 mg 1 gang daglig. Behandlingen bør startes med 25 mg 1 gang daglig. Titreres til 50 mg 1 gang daglig, fortrinnsvis i løpet av 4 uker, basert på serumkaliumnivå (se tabell). Behandlingen bør vanligvis initieres innen 3-14 dager etter akutt hjerteinfarkt. Serumkaliumnivået bør måles før oppstart, i løpet av første behandlingsuke og 1 måned etter behandlingsstart eller dosejustering. Serumkaliumnivået bør deretter følges periodisk etter behov. Etter oppstart bør dosen justeres basert på serumkaliumnivået som vist i tabellen:

Serum kalium (mmol/l)	Tiltak	Dosejustering
< 5.0	Øke	25 mg annenhver dag til 25 mg 1 gang daglig 25 mg 1 gang daglig til 50 mg 1 gang daglig
5.0 - 5.4	Vedlikeholde	Ingen dosejustering
5.5 - 5.9	Redusere	50 mg 1 gang daglig til 25 mg 1 gang daglig 25 mg 1 gang daglig til 25 mg annenhver dag 25 mg annenhver dag til midlertidig opphold
≥ 6.0	Midlertidig opphold	25 mg annenhver dag når kaliumnivået har sunket til under 5 mmol/liter

Barn og ungdom: Ikke anbefalt pga. manglende data. **Eldre:** Ikke behov for initial dosejustering. Pga. redusert nyrefunksjon med økende alder, øker risikoen for hyperkalemi. Risikoen kan ytterligere øke ved samtidig sykdom som er assosiert med økt systemisk eksponering, spesielt mild til moderat nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen initial dosejustering er nødvendig ved svakt nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt leverfunksjon: Ingen initial dosejustering er nødvendig ved mild til moderat leversvikt. Ved samtidig behandling med milde til moderate CYP 3A4-hemmere, f.eks. amiodaron, diltiazem og verapamil, kan en starte med 25 mg 1 gang daglig og denne dosen bør ikke overstiges. Eplerenon kan tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Serumkalium > 5 mmol/liter ved oppstart. Moderat til alvorlig nyresvikt (kreatininclearance < 50 ml/minutt). Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» klasse C). Samtidig behandling med kaliumsparende diuretika, kaliumtilskudd eller sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir, nelfinavir, klaritromycin, telitromycin og nefazodon). Overfølsomhet for eplerenon eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Hyperkalemi: Kan gi hyperkalemi. Serumkalium bør følges ved behandlingsstart og ved doseendring. Periodisk monitorering anbefales hos pasienter med risiko for utvikling av hyperkalemi, spesielt (eldre) pasienter med nyresvikt og med diabetes. Dosereduksjon av eplerenon har vist å redusere serumkaliumnivået. I en studie hvor hydroklor-tiazid ble gitt i tillegg til eplerenon ble økningen i serumkalium oppveid. Nedsatt nyrefunksjon: Kaliumnivået bør kontrolleres regelmessig ved nedsatt nyrefunksjon, inkl. diabetisk mikroalbuminuri. Risikoen for hyperkalemi øker med avtagende nyrefunksjon. Det er observert økt forekomst av hyperkalemi hos pasienter med type 2-diabetes og mikroalbuminuri. Disse pasientene bør derfor behandles med forsiktighet. Eplerenon fjernes ikke ved hemodialyse. Nedsatt leverfunksjon: Det er ikke observert økning i serumkaliumnivået > 5.5 mmol/liter ved mild til moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse A og B). Elektrolyttnivået bør imidlertid følges. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. Eplerenon gir ikke søvnighet eller nedsatt kognitiv funksjon, men ved bilkjøring eller bruk av maskiner bør en være oppmerksom på at svimmelhet kan oppstå.

Interaksjoner: Se Kontraindikasjoner. Bør ikke brukes samtidig med kaliumsparende diuretika og kaliumtilskudd pga. økt risiko for hyperkalemi. Kaliumsparende diuretika kan øke effekten av antihypertensive midler og andre diuretika. Litiumforgiftning er rapportert ved samtidig bruk med diuretika og ACE-hemmere, og samtidig administrering av litium bør derfor unngås. Dersom likevel nødvendig, bør plasmakonsentrasjonen av litium følges. Samtidig bruk av ciklosporin eller tacrolimus bør unngås pga. økt fare for nedsatt nyrefunksjon og hyperkalemi. Dersom likevel nødvendig, er nyreoppløsing av serumkalium og nyrefunksjon anbefalt. Behandling med NSAIDs kan føre til akutt nyresvikt ved direkte påvirkning av glomerulær filtrasjon, særlig hos risikopasienter (eldre og/eller dehydrerte). Ved samtidig bruk må pasienten sikres tilstrekkelig hydrering, og nyrefunksjonen må kontrolleres før behandlingsstart. Samtidig bruk av trimetoprim øker risikoen for hyperkalemi. Serumkalium og nyrefunksjonen bør følges, særlig ved nedsatt nyrefunksjon og hos eldre. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering av ACE-hemmere eller angiotensin-II-reseptorantagonister. Kombinering med disse legemidlene kan føre til økt risiko for hyperkalemi ved risiko for nedsatt nyrefunksjon, f.eks. eldre. Nye oppløsing av serumkalium og nyrefunksjon er anbefalt. Klinisk oppløsing mht. postural hypotensjon er anbefalt ved samtidig behandling med alfa-1-blokkere. Samtidig administrering av trisykliske antidepressiva, neuroleptika, amifostine eller baktien kan potensielt øke den antihypertensive effekten og risikoen for postural hypotensjon. Samtidig administrering av glukokortikoider eller tetraokasid kan potensielt nedsatte den antihypertensive effekten (natrium- og væskeretensjon). Systemisk eksponering (AUC) for digoksin øker med 16% ved samtidig bruk av eplerenon. Forsiktighet må utvises når digoksin doseres nær øvre grense for terapeutisk område. Det er ikke observert klinisk signifikante farmakokinetiske interaksjoner med warfarin. Forsiktighet må likevel utvises når warfarin doseres nær øvre grense av terapeutisk område. CYP 3A4-substrater, f.eks. midazolam og cisaprid, har ikke vist signifikante farmakokinetiske interaksjoner med eplerenon. Interaksjoner kan oppstå ved samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere. En sterk CYP 3A4-hemmer (ketokonazol 200 mg 2 ganger daglig) har vist en økning i AUC på 441% for eplerenon. Samtidig administrering med milde til moderate CYP 3A4-hemmere (erytromycin, saquinavir, amiodaron, diltiazem, verapamil og flukonazol) har ført til økning i AUC fra 98% til 187%. Pga. muligheten for redusert eplerenoneffekt er samtidig bruk av sterke CYP 3A4-indusere (rifampicin, karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, johannesurt) ikke anbefalt. Det er ikke forventet signifikante interaksjoner når antacidia gis sammen med eplerenon.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra bruk til gravide er utilstrekkelig. Dyreforsøk har ikke avdekket direkte eller indirekte bivirkninger relatert til graviditet, fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amningene eller behandlingen med legemidlet bør derfor stoppes.

Bivirkninger: Hyppige ($> 1/100$): Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Metabolske: Hyperkalemi. Neurologiske: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Hypotensjon. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon. Mindre hyppige: Blod: Eosinofili. Gastrointestinale: Flatulens, oppkast. Hud: Huddøe, økt svettesekresjon. Luftveier: Faryngitt. Metabolske: Dehydrering, hyperkolesterolem, hypertriglyseridemi, hyponatremi. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmert, leggkramp. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Søvnløshet. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, hjerteinfarkt, venstresidig hjertesvikt, postural hypotensjon, arteriell leggtrombose. Øvrige: Asteni, ubehag, pyelonefritt. Laboratorieverdier: Økt urinstoff og kreatinin.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Mest sannsynlige tegn på overdosering antas å være hypotensjon eller hyperkalemi. Behandling: Kan ikke fjernes ved hemodialyse. Eplerenon har vist seg å bindes godt til medisinsk kull. Ved symptomatisk hypotensjon bør støttende behandling startes. Ved hyperkalemi bør behandling initieres.

Egenskaper: Klassifisering: Aldosteronantagonist. Virkningsmekanisme: Har en relativ selektivitet mht. binding til humane mineralokortikoidreseptorer, sammenlignet med binding til humane glukokortikoid-, progesteron- og androgenreseptorer. Har vist seg å gi vedvarende økning i plasmarenin og serumaldosteron, pga. hemming av den negative aldosteronreguleringen av reninsekresjonen. Den økte plasmareninaktiviteten og det sirkulerende aldosteronnivået overstiger likevel ikke effekten av eplerenon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet er ukjent. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 2 timer. Både C_{max} og AUC er proporsjonal med dosen fra 10-100 mg og mindre enn proporsjonal for doser > 100 mg. «Steady state» nås innen 2 dager. Absorpsjonen påvirkes ikke av mat. Proteinbinding: Ca. 50%, hovedsakelig bundet til alfa-1-syre-glykoproteiner. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 50 (± 7) liter. Bindes fortrinnsvis ikke til røde blodceller. Halveringstid: Ca. 3-5 timer. Plasmaclearance ca. 10 liter/time. Metabolske: Hovedsakelig via CYP 3A4. Ingen aktive metabolitter er identifisert i plasma. Mindre enn 5% av dosen gjenfinnes uendret i urin og fæces. Utskillelse: Ca. 32% av dosen utskilles i fæces og ca. 67% i urinen.

Pakninger og priser: 25 mg: Endose: 30 stk. kr 675,50, 100 stk. kr 2153,70. 50 mg: Endose: 30 stk. kr 677,50, 100 stk. kr 2153,70.

T: 12b)1.

Refusjon: Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsregitt, nedsatt glukosemetabolisme eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen. - Refusjonen er indikasjonsspesifikk og refusjonen omfatter kun behandling med eplerenon som tillegg til standardbehandling, inkludert betablokkere, for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med stabil venstre ventrikkel dysfunksjon (LVEF $\geq 40\%$) og klinisk påvist hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt. - Refusjon av legemidlet er begrenset oppad inntil 6 måneders behandling. - Inspira refunderes kun etter resept fra sykehus.

Sist endret: 02.05.2006



Partner for bedre helse

Pfizer AS - www.pfizer.no