

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens

Lærerike kasuistikker

Dame, 76 år med vondt både her og der...

Hyperkolesterolemi, hypertensjon, diabetes mellitus type 2. Angina pectoris, ACB-operert 71 år gammel. Apoplexia cerebri 75 år, med forbigående hemiparese. Ofte smerter i mage og bringe (også etter ACB-operasjonen), i tillegg til stive muskler og vonde ledd. Ho har kjent kuler og assymetri ulike stader på kroppen, og vore plaga med svimmelheit.

På grunn av desse plagene har ho oppsøkt fleire legar og fått utallige undersøkingar, dei fleste med normale funn.

Dette er ein pasient som også opplever mykje biverknader av medisiner. Ho har hatt tendens til å autoseponere medikament, eller unnlate å starte opp med forskrivne piller etter først å ha lese heile biverknadslista.

Aktuell dag lyser namnet hennar i timeboka, og timen er avtalt som diabeteskontroll. Her er nok å ta tak i; hypertensjon, glukoseverdiar, livsstil, rett bruk av medikament ++. Dette sit i hovudet på legen i det pasienten kjem gåande inn døra.

Det fyrste dama nemner når ho kjem, er at ho fall på vegen til legen i dag, og har fått så vondt i høgre legg. Vi avtaler så å sjå på leggen til slutt i timen. Tida går fort, og leggen blir sett på i det vi er 10 minutt på overtid. Ho vil gjerne ha røntgen.

Det er ingen hevelse, ingen synleg hematom. God rørsleevne i ankelledd, god perifer sirkulasjon og sensibilitet. Litt øm ved palpasjon lateralt og posterior over leggmuskulatur.

Ho kan greitt belaste ekstremiteten. Konklusjonen blir kontusjon, ho er litt «forslått». Vi ser det an, og ho skal ta kontakt om det ikkje blir betre.

11 dagar seinare ringjer dama; det har ikkje blitt betre. Ho har framleis vondt i hø. leggen, vanskar med å gå, og vil no gjerne ha legen heim på besøk. Tida tilltet dette under

dagens legevakt, og eg reiser i sjukebesøk. Ho har no meir vondt når ho går, synest sjølv også leggen er blitt tjukkare.

Ved undersøking finn eg haltande gange, mogleg litt større omkrins på høgre legg enn venstre, men har ikkje med måleband, så vi får ikkje eksakte mål. Ingen rubor eller varmeauke. God fri rørsle i ankelledd. Homans teikn; negativ. Ikkje stukningssmerter.

Palpasjonsøm anteriort, lateralt for tibia heile vegen frå kneet til ankel. Finn ikkje mistanke om brot, trur heller det dreier seg om lettare kompartment-problematikk. Dama får NSAIDs og ny beskjed om å avvente.

Fire veker etter fyrste konsultasjonen ringjer ho att, framleis store smerter i leggen ved belastning. NSAIDs (det vesle ho prøvde) hadde ingen effekt. Ho får no medhald i si bøn om å få tatt ein røntgen av denne leggen. Ho trur ikkje ho klarer gå ned bratt gangveg frå huset sitt til bilveg, og ambulanse blir bestilt for å frakte henne via legekantoret til røntgen på lokalsjukehuset.

Ambulansen finn henne i bilvegen, då har ho likevel gått ned dit. Ho får røntgen-rekvisisjon på legekantoret og blir herifrå sendt i taxi til sjukehuset. Legen (underteikna) hadde på dette tidspunkt svært lita tru på at noko vart funne på røntgen.

To dagar seinare kjem svaret: Røntgen høyre legg viser proximal fibula-fraktur, spiralforma, stabil.

Uff. Eg kjenner ubehaget i det eg les svaret, kva no? Dama har oppsett time om ikkje lenge. Den brukar eg til å beklage og prøver rette opp att lege-pasient-forholdet som har fått seg ein knekk. Grunngeve at eg ikkje sendte henne på røntgen straks med at ho hadde vage symptom, og forklarar at me ikkje sender folk til undersøkingar utan god grunn. Ho meiner opplagt at eg må vere ein middelmådig doktor som ikkje forsto at noko var «hakkande gale» frå fyrste stund. Vel, det går seg til, og ho held fram utan å byte fastlege.

No framover er eg svært oppmerksam, vil ikkje gå i same fella fleire gonger, nei! Etter nokre år har no fastlegelista bytt hender, og etterfølgjaren min har tatt arbeidet med å lage ei liste over alle undersøkingar denne dama har hatt dei siste åra. Det vart tankevekkjande lesnad, fleire undersøkingar gjekk også att mange gonger, kanskje årleg. Ikkje berre frå undererteikna, men også under sjukehusopphald og av turnuslegar har ho fått tilvisingar.

Eg har nok lært at ein som doktor alltid bør lytte til pasienten, og deretter gjere vurderingar og setje i verk tiltak på fagleg grunnlag. Samstundes vil menneskelege faktorar både hjå doktor og pasient alltid kunne påverke handtering. Utfordringa blir å finne ballansen. Ein annan ting eg har lært: Ved ankelskader: palpør alltid proximale fibula!

Frodis Gullbrå

C Levitra Bayer Middel mot erektil dysfunksjon.

ATC-nr.: G04B E09 TABLETTER, flimdraserte 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneh: Vardenafilhydrokloridtrihydrat tilsv. vardenafil 5 mg, resp. 10 og 20 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Indikasjon: Behandling av erektil dysfunksjon, som er manglende evne til å oppnå eller opprettholde en penil ereksjon tilstrekkelig for tilfredsstillende seksuell aktivitet. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk til kvinner. Dosering: Anbefalt dose er 10 mg og tas ved behov ca. 25-60 minutter før seksuell aktivitet. Basert på effekt og toleranse kan dosen økes til 20 mg eller reduseres til 5 mg. Maks. anbefalt dose er 20 mg. Maks. anbefalt dosering er 1 gang daglig. Kan tas sammen med eller uavhengig av mat. Innsettende virkning kan forsinkes tatt sammen med måltid med høyt fettinnhold. Eldre: 5 mg bør brukes som første dose. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild og moderat reduksjon («Child-Pugh» grad A-B), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og siden 20 mg. Nedsatt nyrefunksjon: Ved mild til moderat reduksjon er dosejustering unødvendig. Ved sterk reduksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt), bør en startdose på 5 mg vurderes. Avhengig av effekt og toleranse kan dosen økes til 10 mg og 20 mg. Ikke indisert for bruk til personer under 18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vardenafil eller noen av hjelpestoffene. Samtidig bruk av nitrater eller NO-donorer som amylnitritt. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av PDE5-hemmere eller ikke. Bør generelt ikke brukes av menn der seksuell aktivitet ikke anbefales (f.eks. pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom som ustabil angina pectoris eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III eller IV)). Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir). I tillegg er ketokonazol og itraconazol (oral form) kontraindisert hos menn >75 år. Intill ytterligere informasjon foreligger: Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C), sluttstadium av nyresykdom som krever dialyse, hypotensjon (blodtrykk <90/50 mmHg), nylig gjennomgått slag eller hjerteinfarkt (siste 6 måneder), ustabil angina og kjente arvelige degenerative retinasykdommer som retinitis pigmentosa. Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse bør utføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og bestemme mulige underliggende årsaker, før behandling vurderes. Pasientens kardiovaskulære status bør vurderes før behandling, da det er en viss kardial risiko forbundet med seksuell aktivitet. Vardenafil har vasodilatoriske egenskaper som gir mildt og forbigående blodtrykkssjall. Pasienter med venstreventrikulær utstrømningsobstruksjon, f.eks. aortastenose og idiopatisk hypertrofisk subaortisk stenose, kan være følsomme overfor virkningen av vasodilatorer inkl. PDE5-hemmere. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med anatomiske deformasjoner av penis som knøkkdannelse, kavernas fibrose eller Peyronies sykdom, eller hos pasienter med lidelser som kan predisponere dem for priapisme som sigdcelleanemi, multipelt myelom eller leukemi. Kombinasjoner av vardenafil med andre behandlinger for erektil dysfunksjon er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Legemidler som kan forlenge QTc-intervallet, inkl. vardenafil, bør helst unngås til pasienter med relevante risikofaktorer, f.eks. hypokalemi, medfødt QT-forlengelse, samtidig administrering av antiarytmika klasse IA (f.eks. kinidin, prokainamid) eller klasse III (f.eks. amiodaron, sotalol). Pasienten bør rådes til å avbryte behandlingen og kontakte lege umiddelbart dersom plutselige synsforstyrrelser skulle oppstå. Vardenafil bør bare gis til pasienter med blødningsforstyrrelser eller aktivt mavesår etter vurdering av fordel/risiko. Pasienter bør gjøre seg kjent med hvordan de reagerer på vardenafil før de kjører bil eller bruker maskiner. Interaksjoner: Samtidig administrering med potente CYP 3A4-hemmere (ritonavir, indinavir, itraconazol og ketokonazol (oral form)) bør unngås, da dette gir sterk økning i konsentrasjoner av vardenafil. I kombinasjon med erytromycin (CYP 3A4-hemmer) kan dosejustering av vardenafil være nødvendig. Dosen bør her ikke overstige 5 mg. Samtidig bruk av vardenafil med alfablokkere kan føre til symptomatisk hypotensjon hos noen pasienter. Samtidig behandling skal bare startes hvis pasienten er stabilisert på alfablokkerbehandling, og vardenafilbehandling startes med laveste anbefalte startdose på 5 mg. Vardenafil kan gis når som helst med tamsulosin. Med andre alfablokkere bør en tidsseparasjon av doseringen vurderes ved samtidig forskrivning. Pasienter som allerede tar en optimalisert dose av vardenafil, bør starte alfablokkerbehandling med laveste dose. Trinnsvis økning av alfablokkerdosen kan være forbundet med ytterligere blodtrykkssenkning. Nicorandil har potensiale til å gi alvorlige interaksjoner med vardenafil pga. nitratkomponenten. Grapefruktjuice kan gi moderat plasmakning av vardenafil. Kombinasjoner bør unngås. Ved samtidig bruk av depotformulering med nifedipin til hypertensive pasienter er det sett ytterligere reduksjon av blodtrykk målt liggende, samt en liten økning i hjertefrekvens. Bivirkninger: Vanligst er rødme og hodepine. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme. Luftrøir: Nesetetthet. Sentralnervesystemet: Svimmelhet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Unormale leverfunksjonsprøver, økt GGTP (gamma-glutamyltranspeptidase). Hud: Fotosensitivitetsreaksjoner, ansiktsødem, utslett. Luftrøir: Dyspné, epistakse. Metaboliske: Økt kreatininkinas, myalgia, ryggsmarter. Sentralnervesystemet: Somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon, hypotensjon, postural hypotensjon, takykardi, hjertebank. Syn: Synsforstyrrelser, inkl. økt lyfølsomhet, kromatopsi, rennende øyne, konjunktivitt, tåkesyn. Sjeldne (<1/1000): Luftrøir: Larynksødem. Neurologiske: Synkope. Muskel-skjelettsystemet: Muskelstivhet. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Angina pectoris, myokardischemi. Syn: Økt intrakulært trykk. Urogenitale: Priapisme, økt ereksjon (forlengede eller smertefulle ereksjoner). Øvrige: Hypersensitivitet. Ukjent frekvens: Non-arteriell iskemisk fremre optikusneuropati, hjerteinfarkt. For en annen PDE5-hemmer er det sett alvorlige kardiovaskulære hendelser, inkl. cerebrovaskulær blødning, plutselig hjertedød, forbigående iskemisk anfall, ustabil angina og ventrikulære arytmier. Overdosering/Forgiftning: 80 mg tolerert uten alvorlige bivirkninger. Symptomer: Ved høyere og hyppigere doser enn anbefalt (40 mg 2 ganger daglig) er det rapportert tilfeller av sterke ryggsmarter (ikke forbundet med noen muskel- eller neurologisk toksisitet). Behandling: Symptomatisk ved behov. Egenskaper: Klassifisering: Potent og selektiv hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5), den viktigste PDE i human corpus cavernosum. Virkningsmekanisme: Øker kraftig effekten av endogent nitrogenoksid i corpus cavernosum ved å hemme PDE5. Når nitrogenoksid frigjøres som følge av seksuell stimulering, fører hemning av PDE5 til økte cGMP-verdier i corpus cavernosum. Dette fører til avslapning av glatt muskulatur som gir økt blodtilstrømning til penis. Innen 25 minutter får de fleste menn tilstrekkelig ereksjon for samleie. Ved erektil dysfunksjon oppnådde 68% (5 mg), 76% (10 mg) og 80% (20 mg) tilstrekkelig ereksjon til samleie, og evnen til å opprettholde ereksjon ble angitt som 53% (5 mg), 63% (10 mg) og 65% (20 mg). Effekt av vardenafil er sett hos pasienter med psykogen erektil dysfunksjon, blandet erektil dysfunksjon, organisk erektil dysfunksjon, iskemisk hjertesykdom, hyperlipidemi, kronisk lungesykdom, depresjon, diabetes mellitus, prostataektomerte pasienter, pasienter med ryggmargsskade, pasienter på samtidig behandling med antihypertensiva og hos eldre. Absorpsjon: Raskt. Ved faste oppnås maks. plasmakonsentrasjon etter 30-120 minutter. Kan tas sammen med mat, men svært fettrik måltid (57% fett) reduserer absorpsjonshastigheten. Proteinbinding: Ca. 95% for vardenafil og hovedmetabolitten. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady-state» er 208 liter. Halveringstid: 4-5 timer. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4, til en viss grad via CYP 3A5 og CYP 2C. Hovedmetabolitten viser en fosfodiesteraseselektivitetsprofil tilsvarende vardenafil, og utøver ca. 7% av effekten. Utskillelse: 91-95% hovedsakelig som metabolitter via feces. 2-6% via urin. Clearance av vardenafil er redusert hos eldre >65 år og hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Pakninger og priser: 5 mg: Enpac: 4 stk. kr 298,70. 10 mg: Enpac: 4 stk. kr 337,80. 12 stk. kr 944,80. 20 mg: Enpac: 4 stk. kr 378,00. 12 stk. kr 1065,20. Sist endret: 05.03.2007