

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



Bivirkninger og diabetes

– om ikke å se skogen for bare trær

Selv om sammenhengen mellom årsak og virkning kan være ganske innlysende, er det ikke alltid lett å få øye på den med en gang. Det er fordi man som regel fortaper seg i detaljer eller på annen måte lar seg avlede. Et lærerikt eksempel er fra egen legepraksis og omhandler bruk av et potensielt diabetogen legemiddel.

JULI 2007: Bjørg (72 år) tilbringer mesteparten av dagen i rullestol. Hun har hemiplegi og afasi etter to tidligere hjerneblødninger, og hun behandles for diabetes og moderat hypertensjon. Fraværet av språk samt en beskeden grad av kognitiv svikt gjør at hun er prisgitt andres beslutninger om egen helse og behandling. I realiteten er hun en pleiepasient, men hun klarer fortsatt å bo hjemme – takket være en frisk ektemann som ser det som en livsoppgave å ta hånd om sin hjelpetrengende kone. Han har mye kunnskap om diabetes og styrer Bjørgs insulinbehandling på en forbillig måte. I de to årene jeg har vært hennes lege, har vi hatt kvartalsvise avtaler på legekantoret eller sykebesøk i hjemmet. Ved hver kontroll er jeg like imponert over diabetesdagboken som ektemannen fører med nitid korrekthet.

Foruten insulin, behandles Bjørg med et blodtrykksmiddel og statiner. Hun får også det stemningsstabiliserende legemidlet olanzapin (Zyprexa) – en medisin som hun har brukt fast i mange år, på grunnlag av en tidligere psykiatrisk diagnose. Til tross for regelmessig blodsuktermåling og ditto justering av insulin dosene, har Bjørgs HbA1c-verdier det siste året vært ustabile og svingt mellom 7- og 10-tallet. Dette har jeg foreløpig valgt å avvente ut fra en vurdering av hennes totalsituasjon: sammensatte helseplager, passivitet, overvekt og et marginalt funksjonsnivå. Hennes generelle helsetilstand er jo uforandret og øvrige metabolske parametre

er tilfredsstillende. Et visst slingringsmonn på langtids-sukkeret må man iblant bare akseptere, tenker jeg – inntil jeg en sommerdag blir konfrontert med et våkent spørsmål fra ektemannen: «Kan blodsukkeret ha noe med Zyprexa å gjøre, doktor? Hun har brukt medisinen i over 10 år. Den virket nok bra den gang hun gikk hos psykiateren – men jeg lurte på om hun egentlig trenger den?»

Han hadde nylig lest at bruk av dette legemidlet kan gi forhøyede glukosenivåer. Nå foreslo han å gjøre et forsøk med å trappe ned olanzapindosen fra 10 til 5 mg daglig – og se om dette kunne gi utslag på Bjørgs HbA1c-verdier, og kanskje også hennes allmenntilstand. Hvis dosereduksjon hadde effekt, var tanken hans å kutte ut medisinen helt. Han ville konferere med meg før han foretok seg noe.

Jeg kjente også til faren for høyt blodsukker forbundet med bruk av olanzapin og visse andre psykofarmaka. Imidlertid hadde jo Bjørg i årevis brukt Zyprexa uten at det hadde ført til metabolske problemer. Så hvorfor skulle hyperglykemien komme først nå? På den annen side kunne jeg ikke annet enn applaudere et fornuftig forslag fra ektemannen, og jeg erkjente samtidig at jeg kanskje hadde sovet i timen. Hadde jeg – i stedet for å overveie en farmakologisk årsak – stirret meg blind på insulinbehandling og metabolske forklaringsmekanismer? Og ikke sett skogen for bare trær?

AUGUST 2007: Mannen fikk rett. Bare noen uker etter halvering av olanzepindosen, begynte Bjørg å kvikne til. Jeg hadde aldri sett henne trekke på smilebåndet før, men det var nettopp et smil jeg fikk da hun kom til legetime seks uker etter dosereduksjonen. Og endatil ga hun meg et håndtrykk. Til min forundring kunne hun nå reise seg og



ILLUSTRASJONSFOTO: OSCAR WILLIAMS

stå på beina uten nevneverdig hjelp. Da vi tok laboratorieprøver, viste det seg at HbA1c-verdien hadde falt for første gang på mange måneder: fra 8- til 7-tallet. Vi besluttet å seponere olanzepin.

OKTOBER 2007: Etter ytterligere noen måneder kunne diabetesdagboken attestere penere morgensukkerverdier enn tidligere. Ut på høsten krøp HbA1c-verdien ned til 6,5 og den holdt seg under 7-tallet i tiden som fulgte. Bjørg var ikke til å kjenne igjen; hun var mer våken og kommunikatív og ga også språklig kontakt. Hun hadde til og med gått litt ned i vekt.

Effekten av seponering var frapperende. Nå, snart ett år etter seponering, er Bjørgs vedvarende hyperglykemi en saga blott. Hennes funksjonsnivå er fortsatt preget av slagsekvele, men hun og mannen har fått bedre livskvalitet. Og jeg er blitt mer oppmerksom på diabetogene bieffekter av legemiddelbruk.

SPC – en nyttig informasjonskilde

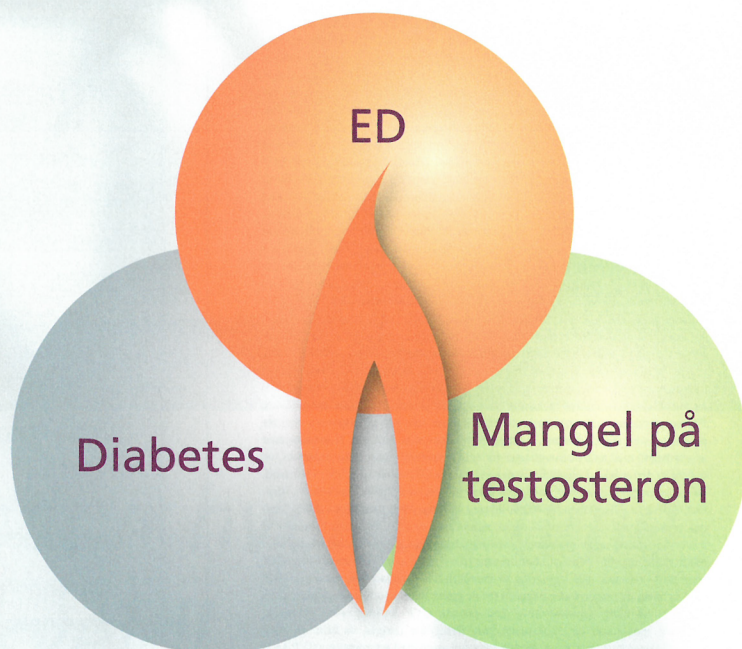
Legemidler og naturlegemidler som gis markedsføringstillatelse i Norge får en preparatomtale eller SPC (Summary of Product Characteristics) som beskriver preparatets karakteristika, effekt, bivirkninger m.m. For Zyprexa gjelder følgende advarsler og forsiktighetsregler:

Hyperglykemi og/eller utvikling eller forverring av diabetes, av og til assosiert med ketoacidose eller koma, inkludert enkelte fatale tilfeller, er sett i meget sjeldne tilfeller. I noen tilfeller er forutgående vektøkning rapportert, hvilket kan være en disponerende faktor. Hensiktsmessig klinisk overvåkning spesielt av diabetikere og pasienter med risikofaktorer for utvikling av diabetes mellitus anbefales... Uønskede lipidendringer er sett hos olanzapinbehandlede pasienter placebokontrollerte studier. Lipidendringer bør behandles klinisk relevant.

Tom Sundar

 **LEVITRA**[®]
(VARDENAFIL HCI)

For mannens helse



- **Erektile dysfunksjon (ED)**
er ofte markør for annen sykdom¹
- **LEVITRA** - dokumentert effekt hos menn med diabetes²
- **LEVITRA** virker på 10 minutter for noen menn og innen 25 minutter for de fleste³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

¹ Vinik et al, Diabetes reviews, Vol.6, Number 1, 1998

² Goldstein i et al., Diabetes Care 2003;26:777-783

³ Montorsi F et al. J.Sex Med 2004;1:168-178

For preparatomtale, se side 48