

## Ingen effekt av infliksimab ved polymyalgi

TNF- $\alpha$ -hemmeren infliksimab er ineffektiv som supplement til steroider i behandlingen av polymyalgia rheumatica og kjempecelleartritt. Det er konklusjonen i to små randomiserte placebokontrollerte studier (Ann Intern Med 2007; 146: 621–30 og 2007; 146: 631–9).

Den ene studien omfattet 51 pasienter i Italia med nydiagnostisert polymyalgi. De ble først behandlet med prednisolon i avtrappende doser, samtidig som de fikk enten placebo eller infliksimab. Etter ett år var det ingen signifikant forskjell på residiv-raten mellom gruppene.

Den andre studien omfattet 44 pasienter med nydiagnostisert kjempecelleartritt. De ble behandlet med steroider sammen med enten placebo eller infliksimab. Etter 22 uker var det ingen signifikante forskjeller i antall residivfrie pasienter.

## Høyere infarktmortalitet i helgene

Pasienter som får akutt myokardinfarkt i helgen, har dårligere sjanser for å få utført invasive prosedyrer og har høyere mortalitet allerede dagen etter infarkt. Det viser en retrospektiv studie fra New Jersey (N Engl J Med 2007; 356: 1099–109).

Studien omfattet data fra 230 000 pasienter som ble innlagt i perioden 1987–2002 pga. et førstegangsinfarkt. De som ble innlagt i helgen, hadde mindre sannsynlighet for å få gjort en kateterisering, perkutan koronar intervensjon eller bypassoperasjon enn dem som ble innlagt på en hverdag. Oddsratio varierte prosedyrene imellom, men sjansen for f.eks. kateterisering var halvert (OR 0,52).

Blant de 60 000 pasientene som ble innlagt i perioden 1999–2002, var mortaliteten dagen etter innleggelsen høyere blant helgepasientene (3,3% mot 2,7%). Den forhøyede mortaliteten forble høyere etter 30 dager og etter ett år.

## Leukemioverlevende har økt kreftisiko etter 30 år

Barn og unge som overlever en akutt lymfatisk leukemi, har økt risiko for sekundære neoplasier – og risikoen øker med tiden. Det er konklusjonen i en retrospektiv studie fra Memphis, USA (JAMA 2007; 297: 1207–15).

Studien omfattet nesten 2 200 pasienter som ble behandlet i perioden 1962–98. Median oppfølgingstid var 19 år. Alle var i remisjon etter behandlingen.

123 pasienter utviklet en sekundær neoplasi. Etter 15 og 30 år var den kumulative insidensen av sekundære tumorer henholdsvis 4,2% og 10,9%.

## Medisinske nyheter

fra internasjonale tidsskrifter:  
Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes [erlend.hem@medisin.uio.no](mailto:erlend.hem@medisin.uio.no)

## Legers statinforskrivning er endret

Nesten alle som begynner med lipid-senkende medikasjon, får nå simvastatin. Det viser en ny studie fra Reseptregisteret.

Simvastatin skal være foretrukket statin, fordi det er billigere enn de andre. Dette ble bestemt av norske helsemyndigheter i 2005 og innebærer at alle skal behandles med simvastatin – dersom det ikke foreligger tungtveiende medisinske grunner til å bruke andre lipidsenkende legemidler.

Ved hjelp av data fra Reseptregisteret har vi analysert alle individer som fikk utlevert statiner ved norske apotek i perioden januar 2004–juni 2006 (1). Ett år før nye refusjonsvilkår for statiner var prevalensen av statinbruk 6,3% og 7,5% hos henholdsvis kvinner og menn. Prevalensen økte til henholdsvis 6,8% og 8,1% ett år etter nye refusjonsvilkår. Kostnader ble redusert med nesten 200 millioner kroner i samme periode.

Blant 131 000 atorvastatinbrukere byttet 39% til simvastatin etter at nye refusjonsvilkår ble innført. Andelen som byttet var noe lavere hos menn enn hos kvinner, henholdsvis 36% og 41%. Bytteandelen var

høyest blant dem som brukte 10 mg og 20 mg tabletter av atorvastatin. Valg av statin ved behandlingsstart hos 55 000 personer endret seg raskt etter innføring av nye refusjonsvilkår. I mai 2005 fikk 48% simvastatin, mens andelen økte til 68% måneden etter. I juni 2006 fikk 92% simvastatin ved behandlingsstart.

Undersøkelsen viser at nye refusjonsvilkår for statiner har hatt stor innvirkning på legenes forskrivningspraksis og har bidratt til å redusere legemiddelkostnadene. Fortsatt er det rundt 80 000 atorvastatinbrukere som ikke har forsøkt å bytte til simvastatin. Det er derfor viktig at leger og pasienter fortsatt ser viktigheten av å vurdere bytte til simvastatin.

### Solveig Sakshaug

[solveig.sakshaug@fhi.no](mailto:solveig.sakshaug@fhi.no)  
Avdeling for legemiddelepideologi  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

### Litteratur

1. Sakshaug S, Furu K, Karlstad Ø et al. Switching statins in Norway after new reimbursement policy – a nationwide prescription study. Br J Clin Pharmacol 2007, doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02907.x

## Hvor farlig er basehopping?

Faren for ulykke eller død ved basehopping er fem til åtte ganger så stor som ved vanlig fallskjermhopping.

Det viser en norsk studie som er publisert i maiutgaven av *Journal of Trauma*.

Utøvere av ekstremidrett kritiseres for å sette eget og andres liv i fare. Beregning av risiko har hittil ikke vært utført for basehopping. Vi har nå beregnet risiko ved alle hopp utført i perioden 1995–2005 ved Kjerag i Rogaland (1).

I månedene mai til august hvert år kommer hoppere fra hele verden for å oppleve nær 1 000 meter fritt fall mot Lysefjorden. Alle ulykker og skader er registrert av Stavanger basehopperforening, og dødsfall ble identifisert fra obduksjonsrapporter ved Stavanger universitetssjukehus. Behov for assistert redning med helikopter eller klatregruppe ble også registrert.

I tiårsperioden ble det utført i snitt rundt 2 000 hopp per år. Det var ni dødsfall (0,04% av alle hopp), som tilsvarer en rate på 1 per 2 300 hopp. I tillegg ble det registrert 82 ulykker (0,4%) – en rate på 1 per 250 hopp. Det var sammenheng mellom

antall hopp og forekomst av skader ( $r = 0,66$ ;  $p = 0,007$ ), men ikke med antall dødsfall eller behov for redningstjeneste. Antall skader korrelerte med behov for helikoptertjeneste ( $r = 0,76$ ;  $p = 0,007$ ), men ikke med behov for klatretjenester i redningsaksjonene. Helikoptertjenesten var involvert ved en tredel av alle ulykker. De fleste skadene var relatert til landing og var ikke alvorlige.

Basehopping er en lovlig aktivitet i Kjerag i motsetning til andre steder, som i Trollveggen. Preventive tiltak, Stavanger basehopperforenings lokale skolering av hopperne og fokus på sikkerhet bidrar til redusert risiko ved dette hoppstedet. Risikoen er betydelig større hvis hoppingen foregår ulovlig, i skumringstidene eller i påvirket tilstand.

### Kjetil Søreide

[ksoreide@mac.com](mailto:ksoreide@mac.com)  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Søreide K, Ellingsen CL, Knutson V. How dangerous is BASE-jumping? An analysis of adverse events in 20,850 jumps from the Kjerag massif, Norway. J Trauma 2007; 62: 1113–7.