

---

# Astmapatienten med andra sjukdomar – farmakologiska problem

Brita Stenius-Aarniala

---

*Astmapatienten har ofta samtidigt också andra sjukdomar, som kan fordra farmakologisk behandling. Denna kan förorsaka problem då vissa läkemedel inte passar för astmatiker, eller då det förekommer oönskade interaktioner mellan olika läkemedel. I översikten nedan har tonvikten lagts på klinisk praxis.*

En patient med hyperreaktiva luftrör och pågående behandling med kanske flera olika läkemedel ställer den behandlande läkaren inför flera frågor, som kan vara svåra att finna svar på i en hast. För att åtminstone delvis råda bot på detta har jag sammanställt nedanstående artikel. Som bas för den har jag mestadels använt mig av rapporter och fallbeskrivningar i de senaste årens medicinska litteratur, men i vissa fall refererar jag endast till Pharmaca Fennica, där även uppgifter från läkemedelsindustrins interna arkiv noteras. Om inga referenser är givna grundar sig mina påståenden på egen klinisk erfarenhet.

## Astma och kardiovaskulära problem

För behandling av astmatikernas kardiovaskulära problem passar kalciumblockerare bäst. Angiotensin-II-antagonister av typen losartan har visat sig ge mindre hosta än ACE-hämmare [1] och verkar kliniskt lämpa sig för astmatiker. I en prospektiv studie där patienterna på förhand var ställda på regelbunden och tillräcklig astmabehandling gav ACE-blockerare inte biverkningar [2]. Å andra sidan har tusentals fall av hosta och kraftigare astmasymtom, relaterade till be-

handling med ACE-hämmare, anmälts till biverkningsregistren i Sverige och WHO [3].

Behandling med betablockerare bör helst undvikas. En astmatiker kan visserligen tåla en selektiv betablockerare (t. ex. bisoprolol eller betaxolol) när astman är i balans, men vid förändringar i betareceptorbalansen och hyperreaktiviteten, t.ex. vid en akut luftvägsinfektion, kan betablockeraren ändå accentuera astmasymtomen [4, 5]. Om man blir tvungen att använda betablockerare måste astmamedicineringen i allmänhet intensifieras och patientens tillstånd följas mycket noga med täta kontroller och peak flow-mätning. Celiprolol, esmolol och karvedilol verkar vara vältolererade [6, 7].

Adenosin hör till de aktiva mediatorerna vid astmans patogenes och kan förorsaka bronkospasm i terapeutiska doser [8].

## FÖRFATTAREN

*Brita Stenius-Aarniala är professor i lungsjukdomar vid Helsingfors Universitet och biträdande överläkare vid Kliniken för lungsjukdomar vid Helsingfors universitetscentralsjukhus.*

## Astma och glaukom

Lokalt använda betablockerare eller kolinerg medicinering kan förvärra astma. Man har till och med beskrivit dödsfall i astma i samband med användning av timolol [9]. Betaxolol är också i detta fall den tryggaste betablockeraren, men behandling med betablockerare och kolinerga preparat skall helst undvikas. Enligt en svensk undersökning verkar däremot behandling med med latanoprost, en prostaglandinanalogue, att vara risk för astmatiker med glaukom [10].

Stora doser orala eller inhalede glukokortikoider samt lokala nässteroider kan förvärra okulär hypertension [11].

## Astma och diabetes

Ibland blir man tvungen att sköta astma med systemsteroider under en period av förvärrad sjukdom. Detta medför vanligen att sockerbalansen försämras, och diabetesbehandlingen därför måste intensifieras. En astmatiker med diabetes skall inte ta steroidkurer på egen hand om inte en speciell kur och dess inverkan på sockersjukan är noggrant utprövad sedan tidigare. I allmänhet brukar man dosera systemsteroiderna som en engångsdos på morgonen. Då patienten har diabetes kan det vara skäl att fördela steroiddoser med tolv timmars mellanrum så, att kvälldosen utgör ungefär en tredjedel av morgondosen. På detta sätt uppnås en bättre diabeteskontroll. Om systemsteroidbehandling måste ske regelbundet, är det för diabetiker bättre att ge samma dos varje dag än att försöka genomföra intermitterande behandling, t.ex. varannandagsdosering. Inhalationssteroider ger lätt biverkningar i form av svampinfektioner i munhåla och svalg, och dessa kan accentueras vid diabetes. En noggrann sköljning av munhålan och svalget är viktig, och det kan vara skäl att pröva en metod som en av mina patienter rekommenderade: Ta först inhalationsmedicinen, skölj och gurgla därefter gärna i duschen, drick ett glas apelsinsaft och ät därefter. Borsta till sist ytterligare tänderna normalt. Det är också klokt att ge en diabetiker med astma recept på en fungicid att använda lokalt vid behov.

## Astmatiker med smärtor och värk

Tio procent av alla astmatiker lider av s.k. värkmedelskänslighet. Detta innebär att icke-steroida antiinflammatoriska smärtstillande

Tabell 1. Olämpliga preparat vid NSAID-känslighet

Acetylsalicylsyra	Diflunisal
Diklofenak	Meloxicam
Fenylbutazon	Metamizol
Ibuprofen	Mefenamisyra
Indometacin	Nimesulid
Ketoprofen	Nabumeton
Naproxen	Tiaprofensyra
Piroxicam	Tenoxicam
Tolfenamisyra	Ketorolac
Sulindak	

OBS ! Kontrollera texten i Pharmaca Fennica om den planerade behandlingen omfattar ett preparat som inte nämns i ovanstående lista!

medel (NSAID) kan ge svåra t.o.m. livshotande astmaanfall. Det är inte fråga om en allergi i vanlig bemärkelse, då man inte har kunnat påvisa några säkra antigen-antikroppsmechanismer. Troligen kan känsligheten förklaras med att nämnda medel hos vissa astmatiker kan framkalla en överproduktion av bronkospasmogena metaboliter av arakidonsyra. NSAID-känsligheten är förvärrad och hör vanligen ihop med den dogen astma (se Jouni Hedmans artikel i detta nummer). En noggrann anamnes är oftast tillräcklig för att klargöra överkänsligheten. Man bör nämna några vanliga värkmedel vid namn (Aspirin, Disperin, Burana, Litalgin etc.) och fråga om patienten har tyckt sig få astmasymtom av dessa. Vanligen är anamnesen mycket tydlig, men vissa patienter använder aldrig värkmedel, och bland dessa kan det teoretiskt finnas sådana astmatiker som skulle få astmasymtom om de gjorde det. Det gäller att använda sunt förnuft när anamnesen är oklar och vid behov konsultera specialklinik.

NSAID-känslighet kan behandlas enligt hyposensibiliseringsprincipen: man ger patienten mycket små doser av t.ex. acetylsalicylsyra och ökar efter hand. Detta måste göras på specialklinik, och man får bereda sig på att behandla ökade astmasymtom. Behandlingen är verksam endast om patienten sedan för all framtid tar ett NSAID-preparat dagligen. Emellertid har man nästan aldrig behov av en så drastisk behandling, det finns tillräckliga alternativ för behandling av även en NSAID-känslig patients smärttillstånd (Tabell 2).

En NSAID-känslig astmatiker bör alltid ha med sig information om sin belägenhet, så att inte misstag sker vid behandling av något till-

---

Tabell 2. Lämpliga preparat vid NSAID-känslighet.

---

Paracetamol  
Petidin (bör undvikas om astman inte är i balans)  
Oxikodon  
Dextropropoxifen  
Spasmolytika och antikolinergika, såsom atropinderivat  
Ergotamin  
5-HT<sub>1</sub>-receptorantagonister  
Centrala muskelrelaxantia

---

OBS! Kontrollera alltid sammansättningen av kombinationspreparat!

stånd där astman inte i första hand är problemet, t.ex. akuta gynekologiska situationer eller gallstensanfall.

De flesta astmatiker tål NSAID-gruppens läkemedel. Regelbunden behandling med dessa medför inte ökad risk för att känslighet ska uppstå, och en patient som utan besvär då och då tar ett värkpiller kan fortsätta med detta utan risk. De relativt nya migränmedicinerna, 5-HT<sub>1</sub>-receptorantagonisterna, är vältolererade vid astma [12].

### Astma och epilepsi

Teofyllin kan utlösa kramper och är därför inte lämpligt för epilepsipatienter.

### Astmatiker med depression eller psykos

I allmänhet är depressionsmediciner väl tolererade och försämrar inte astma. Före ordineringsen av depressionsmedicin bör man emellertid förvissa sig om att depressionen inte är en följd av astmasymtom. Dålig astmabalans med därtill hörande sömndeprivation och nedsatt allmän livskvalitet kan ge svår depression, som bäst sköts genom intensifierad behandling av astman. Vissa av de nya depressions- och psykosmedicinerna kan accentuera biverkningarna av sympatomimetika. Teofyllinbehandling bör utsättas dagen före behandling med elchock, på grund av teofyllinets konvulsiva egenskaper.

Systemsteroider kan som känt förorsaka eller accentuera psykos och depressioner och bör användas med stor försiktighet om patienten har dylika symtom i anamnesen.

### Astma och kronisk snuva

De flesta astmatiker har besvär med säsongbetonad eller kronisk snuva. Ofta behandlas dessa med lokala farmaka i näsan och innebär då vanligen inga problem (se under rubriken Glaukom och astma). Snuva av allergisk typ behandlas ibland med antihistamin eller med en kombination av antihistamin och vasokonstriktor. Vasokonstriktorkomponenten glöms ofta bort, och kombinationspreparaten uppfattas som vanliga antihistaminer. En peroral vasokonstriktor kan emellertid accentuera biverkningarna hos teofyllin och sympatomimetika, dvs. tremor, rytmstörningar och retlighet.

### Operativa ingrepp

Astmatiker borde alltid ha med sig uppgifter om eventuella värkmedels- och bedövningsmedelskänslighet samt om kortikosteroidbehandling.

Före ett elektivt kirurgiskt ingrepp bör astman evalueras extra noga. Det är ofta skäl att intensifiera astmabehandlingen och fortsätta den under konvalescensperioden. En patient med labil astma kan tas in någon dag på lungavdelning för observation och genomgång av behandlingen strax före ett större kirurgiskt ingrepp. På operationsdagen kan astmamedicinerna i allmänhet användas normalt. Strax före själva ingreppet ges eventuellt en extra dos bronkdilaterande medel. Kodein och morfin är histaminfrisättande och bör undvikas [13], liksom betablockerare och kolinergera preparat.

### Andra problem

Allergi mot läkemedel, t.ex. mot antibiotika och bedövningsmedel, är något vanligare hos astmatiker än hos befolkningen i övrigt. I allmänhet är det lätt att hitta ett lämpligt antibiotikum i stället för det patienten är allergisk mot. Överkänslighet mot lokalbedövningspreparat kan utgöra ett besvärligt problem och begränsar planeringen av kirurgiska ingrepp. I osäkra fall kan det vara skäl att remittera patienten till specialklirik för testning och utredning av lämpliga alternativ.

Vid behandling av Ménières sjukdom använder man betahistin. Detta stimulerar främst histaminreceptorer av typ H<sub>3</sub> men även H<sub>1</sub>-receptorerna reagerar i viss mån. Betahistin bör undvikas vid astma [8].

---

Osteoporos är ett vanligt problem som accentueras av både lokalt och systemiskt använda glukokortikosteroider. Bisfosfonater, som är effektiva vid behandling av osteoporos, tolereras ofta väl av astmatiker [14] men kan förvärra astmasymtomen hos vissa patienter. Försämringen inträffar enligt min personliga erfarenhet gradvis under den första veckan av behandlingen, men också akuta astmaanfall har beskrivits hos patienter med samtidig värkmedelskänslighet [15]. Mekanismerna vid detta är oklara.

Astmapatienterna följer som alla andra ofta med modeströmningar och vill pröva alternativ medicin och naturmedel. Atopiska patienter med pollenallergier bör emellertid vara medvetna om att naturmedel och naturkosmetik kan innehålla allergen såsom kamomilleextrakt, pollen, honung, äggprotein och mandelolja.

Patienten bör uppmuntras att läsa varudeklarationen noga och framför allt inte använda naturpreparat utan att rådfråga läkare eller Astma- och Allergiförbundets eller Lungskadeförbundets rådgivande telefon.

Brita Stenius-Aarniala  
Kliniken för lungsjukdomar  
Helsingfors universitetscentralsjukhus  
PB 340  
00290 HUS

## Referenser

1. Gavras I, Gavras H. Safety and tolerability of eprosartan. *Pharmacotherapy* 1999;19:102S-107S.
2. Riska H, Stenius-Aarniala B, Sovijärvi A. Comparison of the effects of an angiotensin converting enzyme inhibitor and a calcium channel blocker on blood pressure and respiratory function in patients with hypertension and asthma. *J Cardiovasc Pharmacol* 1987;10 (suppl. 10):S79-S81
3. Lunde H, Hedner T, Samuelsson O, Lötvalld J, Andrén L, Lindholm L, Wiholm B-E. Dyspnoea, asthma, and bronchospasm in relation to treatment with angiotensin converting enzyme inhibitors. *BMJ* 1994;308:18-21.
4. Hunt LW. Safety considerations in treating concomitant diseases in patients with asthma. *Drug Safety* 1998;18:357-68.
5. Palva E. Nya betablockare i biverkningsregistret. *TABU* 1995;5:22.
6. Zitnik RJ. Drug-induced lung disease: Cardiovascular agents. *J Resp Dis* 1996;17:293-6.
7. Pujet JC, Dubreuil C, Fleury B, Provendier O, Abella ML. Effects of celiprolol, a cardioselective beta-blocker, on respiratory function in asthmatic patients. *Eur Respir J* 1992;5:196-200.
8. Pharmacia Fennica 2000. V: Lääketietokeskus, West Point; 1999.
9. Salminen L: Paikallisten silmälääkkeiden imeytyminen ja systeemivaikutukset. *TABU* 1995;5:6-8.
10. Hedner J, Everts B, Ström Möller C : Latanoprost and respiratory function in asthmatic patients. *Arch Ophthalmol* 1999;117:1305-9.
11. Garbe E, LeLorier J, Boivin J-F, Suissa S. Inhaled and nasal glucocorticoids and the risks of ocular hypertension or open-angle glaukoma. *JAMA* 1997;277:722-27.
12. Lloyd DK, Pilgrim AJ. The safety of sumatriptan in asthmatic migraineurs. *Cephalalgia* 1993;13:201-4.
13. Popa V. Codeine-induced bronchoconstriction and putative bronchial opiate receptors in asthmatic subjects. *Pulm Pharmacol* 1994;7:333-41.
14. Gallacher SJ, Anderson K, Banham SW, Boyle IT. Bisphosphonate-induced bronchoconstriction in aspirin-sensitive asthma. *Lancet* 1994;343:92
15. Rolla G, Bucca C, Brussino L. Bisphosphonate-induced bronchoconstriction in aspirin-sensitive asthma. *Lancet* 1994;343:426-7.