

Behandling vid "chronic fatigue syndrome"

Birgitta Evengård och Anthony L Komaroff har i Läkartidningen 26- 27/99 sammanställt nya rön om "chronic fatigue syndrome" (CFS/ME). Det är glädjande att forskarna äntligen klargör att det handlar om en allvarlig och invalidiserande somatisk sjukdom.

Jag vill tillägga att vissa patienter kan få symtomlindring av Mekobalamin i de fall där det föreligger behandlingsbar B12-brist i centrala nervsystemet, trots normala serumnivåer [1]. Mekobalamin 5 mg/ml, 2-2 ml per vecka intramuskulärt under ett år kan föreslås enligt beprövad erfarenhet.

Långtidsbehandling med magnesium kan ibland lindra muskelvärk och nedstämdhet. Inte heller här är serumvärdet tillförlitligt [2] L-carnitin (som kan beställas ex tempore) och amantadin har i vissa fall visat sig hjälpa [3]. I Tyskland är det självklart att läkare skriver ut B12 och magnesium till CFS-patienter, men det bygger på beprövad erfarenhet, inte på vetenskaplig dokumentation.

Som Evengård och Komaroff nämner har Ampligen i en korttidsstudie gett god effekt vid CFS. Nu finns längre uppföljning och den europeiska läkemedelskommissionen prövar för närvarande om medlet kan tillåtas i EU Det finns fler lovande forskningsprojekt [4].

Det blir allt tydligare att CFS är ett samlingsbegrepp för olika störningar i immunsystemet, hypofys-binjurebark-, hypofys-gonad- och hjärna-tarm-axeln. Därför vore det önskvärt om infektionsläkare, endokrinolog och gastroenterolog tillsammans svarade för utredning och uppföljning av patienterna. Provtagningen bör kompletteras med självskattningsskalor såsom "CFS impairment index" respektive "CFS severity index" [3]. På så sätt uppmärksammas de som riskerar att utveckla t ex autoimmuna tillstånd [5]. Självskattningsskalorna lyfter också fram de svårast sjukas problem att klara sin dagliga livsföring.

Sjukdomens påverkan spänner över hela fältet, dvs vissa patienter klarar av att arbeta och vilar under fritiden, medan andra blir helt invalidiserade. Rekommendationen att utöka den fysiska aktiviteten verkar befängd när man har sett patienter misslyckas med både varsamma dagliga promenader och hård styrketräning. Mitt råd till CFS-patienter är att respektera kroppens signaler och planera in vila mellan dagens aktiviteter i stället för att försöka töja på gränserna. Coping-strategier kan utvecklas och prövas med hjälp av kognitiv terapi, som dock inte påverkar själva sjukdomen.

Susanne Merz
socioonom, Solna

Referenser

1. Regland B, Andersson M, Abrahamsson L, Bagby J, Dyrehag LE, Gottfries CG. Increased concentrations of homocysteine in the cerebrospinal fluid in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Scand J Rheumatol* 1997; 26: 301-7.
2. Cox IM, Campbell MJ, Dowson D. Red blood cell magnesium and chronic fatigue syndrome. *Lancet* 1991; 337: 757-60.
3. Plioplys AV, Plioplys S. Amantadine and L-carnitine treatment of chronic fatigue syndrome. *Neuropsychobiology* 1997; 35(1): 16-23.
4. Komaroff AL, Buchwald DS. Chronic fatigue syndrome: an update. *Annu Rev Med* 1998; 49: 1-13.
5. Hilgers A. Das Chronische Müdigkeits-syndrom. *Differentialdiagnostik im Immunlabor. Ärztezeitschrift für Naturheil-verfahren* 1999; 40(4): 208-12.

Kommentar:

Varierande effekt av B12-injektioner

Susanne Merz kommentar är på sin plats men vi vill modifiera uttalandet när det gäller behandlingen med Mekobalamin: Vi har aldrig gått ut med någon rekommendation med avseende på Mekobalamin. I den refererade artikeln (hennes referens 1) visades att samtliga kvinnor, som uppfyllde kriterier för både fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom, även hade förhöjt homocystein i likvor jämfört med friska kontroller. Orsaken till detta är oklar men kan tala för behandlingsförsök med vitamin B12 kombinerat med folat. Några vetenskapligt utvärderade behandlingsresultat med vitamin B12 finns tyvärr ännu inte för den höga dosering som förespråkas.

Icke desto mindre har även vi intrycket att många patienter med sådan sjukdom reagerar gynnsamt på injektioner av vitamin B12. För en del räcker det med cyanokobalamin, för andra är metylkobalamin (som kan förskrivas ex tempore och tillverkas vid Produktionsenheten i Umeå under namnet Mekobalamin) en fördel. Metylkobalamin kan vara av värde för de patienter som har svårt att själva bilda metylgrupper, och dessutom kan den höga koncentrationen i preparatet Mekobalamin ha sin egen betydelse. Vår erfarenhet är att många patienter reagerar påfallande gynnsamt men att de kan behöva fortsatta injektioner 1-2 gånger per vecka. Hos andra är den gynnsamma reaktionen av övergående natur och hos ytterligare ett fåtal uteblir reaktionen helt. Vi tror att den varierande effekten av B12-injektioner åtminstone delvis beror på vilken enzymvariant individen är utrustad med i avseende på MTHFR (metyl-entetrahydrofolat- reductas) som är ett folatberoende enzym. Vi har således funnit att de som har den optimala formen av detta enzym (vilket

gäller för knappt 50 procent av befolkningen) får den bästa effekten av vitamin B12. Tillskott av folsyra kan förbättra situationen för de resterande.

Detta betyder inte att patienterna har någon direkt brist på vitamin B12 men att ett tillskott under vissa omständigheter tycks kompensera för en rubbning av metabolismen, som manifesteras i ökade koncentrationer av homocystein i likvor och vars orsaker är okända.

Björn Regland
docent, överläkare,
Institutionen för
klinisk neurovetenskap
Sahlgrenska universitetssjukhuset/
Mölnadal
(Källa: Läkartidningen - volym 96 - nr 41 -1999)