

Læknar COX?

Gífurleg aukning kostnaðar vegna bólgueyðandi lyfja og gigtarlyfja (M01A)

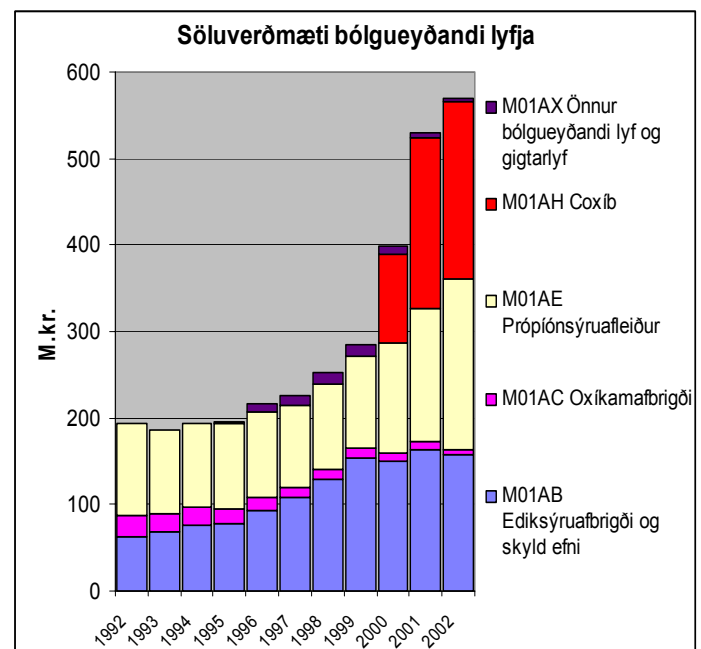
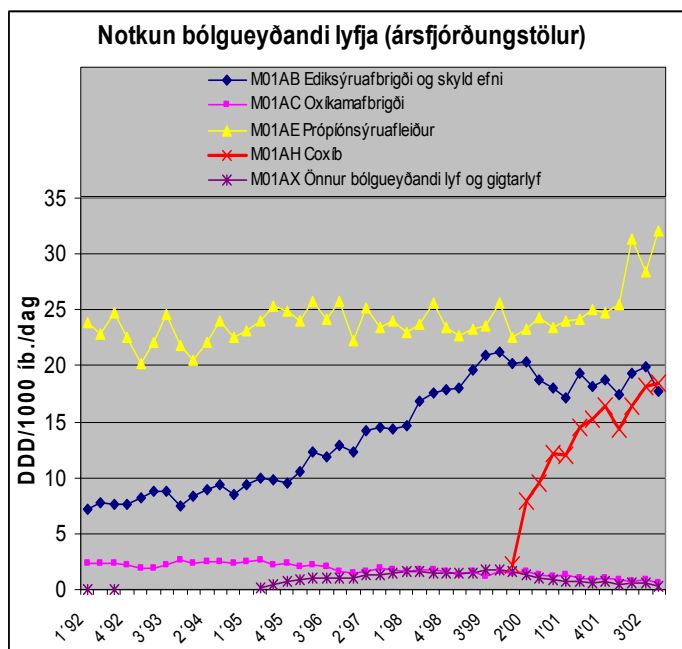
Fyrsta lyfið í flokki cox-2 hemjara (M01AH Coxib) fékk markaðsleyfi hér á landi árið 2000. Síðan hafa þrjú önnur bæst við og má segja að þessi lyf hafi slegið rækilega í gegn. Notkun eldri lyfja hefur þó ekki minnkað, própíónsýruafleiður (íbúprófen, naproxen, ketóprófen) hafa meira að segja aukist líka. Söluverðmæti bólgueyðandi lyfja var 570 m.kr. á síðasta ári og hafði vaxið úr 194 m.kr. árið 1992. Hlutur coxib-lyfjanna á síðasta ári var 205 m.kr. eða 36% af verðmæti. Meðalverð dagskammts er 3-4 sinnum hærra en eldri lyfja, t.d. íbúprófens og naproxens.

Á meðan vinir okkar á Norðurlöndum, sem fengu þessi lyf á markað nokkru áður en við, eru nú komnir í 7-8 skilgreinda dagskammta (DDD) á hverja 1000 íbúa á dag af coxib-lyfjum, erum við komin yfir 18 dagskammta. Það þýðir að um 2% landsmanna nota coxib-lyf daglega alla daga ársins. Eigum við virkilega að trúa því að nauðsynlegt sé að við notum nú hlutfallslega 120% meira af þessum lyfjum en nágrannar okkar? Getum við ekki notað sameiginlega fjármuni okkar til einhvers skynsamlegra?

Hér höfum við enn eitt dæmið um nokkuð bráðlæti okkar þar sem vitað er að coxib-lyfin gefa engu betri árangur en eldri lyf utan að vera hugsanlega betri kostur í þeim tilfellum þar sem sjúklingar hafa sögu um sármyndun í meltingarfærum af völdum bólgueyðandi lyfja (NSAID).^{1,2)}

Ennfremur hafa komið fram vísbendingar um að meiri hætta sé á alvarlegum aukaverkunum á hjarta af völdum coxib-lyfja þó svo það sé ekki endanlega sannað.³⁾ Á meðan staðan er enn þannig er full ástæða að gæta fyllstu varúðar og hugsa sig vel um áður en nýja lyfið er prófað.

Institut for rational farmakoterapi (IRF) í Danmörku og Statens beredning för medicinsk utredning (SBU) í Svíþjóð eru samdóma um að mæla **ekki** með cox-2 hemjum sem “rútinu” meðferð.



- 1) CLASS study, JAMA.2000;284:1247-1255
- 2) VIGOR study, N Engl J Med. 2000;343:1520-8
- 3) Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. JAMA 2001;286:954-959