

# **Alternativ behandling av pasienter med atopisk dermatitt**

Prosjektoppgave av medisinstudent Elina Reponen  
Veiledning av Professor Jørgen Rønnevig

Oslo, 21. September 2007



## **Abstract**

Atopic dermatitis is a persistent, chronic, relapsing inflammatory skin disease, presenting most often in early childhood. It is strongly linked to hay fever, asthma and bronchitis. The cause of atopic dermatitis is unknown, though a genetic predisposition and a combination of allergic and non-allergic factors appear to be important in determining disease expression. Conventional treatment consists of emollients and corticosteroids, dietary manipulation and habit reversal. The incidence and prevalence of this disease is increasing, likely due to changes in lifestyle and environment.

The incidence of the use of complementary therapies is also increasing, and more common amongst patients with chronic diseases such as atopic dermatitis. Herbal remedies, homeopathy and acupuncture are most often used by patients with atopic dermatitis. The patients choose alternative medicine because of unresponsiveness to conventional treatments, fear of adverse effects by topical corticosteroids and lack of empathy shown by their doctors.

A distinct lack of randomized clinical trials (RCT) of the efficacy and safety of alternative therapies for atopic dermatitis is noted. Only four RCTs on Zemophyte, a Chinese herbal medicine, have been published. Three of these trials show benefit of the treatment with Zemophyte but were criticized due to inadequate power, as a result of insufficient sample size, and failure to include intention to treat analysis. Adverse events were reported, including two cases of liver function abnormalities. This could suggest possible toxigenicity. It is questionable if RCT is a suitable method to illustrate the effect of alternative therapies. Many of these therapy forms are based on individual approach and demand familiarity with the context and philosophy behind the treatment.

A dialog with the therapists practicing alternative medicine as well as with the patients having atopic dermatitis is important.



# 1. Innledning

Formålet med oppgaven er å undersøke i hvilken omfang pasientene med atopisk dermatitt bruker alternativ behandling, hva slags alternativ behandling de bruker og hvorfor, og hvilke forskningsresultater som finnes på disse behandlingsformene i forhold til effekt og bivirkninger.

Tidligere har P. Jensen (Jensen 1990) utført en spørreundersøkelse om bruk av alternativ behandling blant pasienter med atopisk dermatitt ved Hudpoliklinikken, Rikshospitalet. Denne oppgaven ønsker også å presentere resultater fra lignende undersøkelser som er blitt gjennomført internasjonelt.

Denne oppgaven vil se nærmere på noen av de vanligste alternative behandlingsformene som brukes av atopikere; homeopati, urtemedisin og akupunktur. Den vil beskrive disse behandlingsformene, og vise til forskningsresultater på effekt og bivirkninger.

## 2. Metode

Det ble gjort systematiske søk (med veiledning av bibliotekar ved UUS) i Amed, Cochrane, Embase, Medline og Ovid. Søkdordene var “dermatits, atopic”, “complementary medicine”, “acupuncture”, “homeopathy”, “herbal medicine”, “RCT” og “adverse effects”. Relevante internettsider og annen relevant litteratur ble også brukt som kilder (se ref. liste).

## 3. Atopisk dermatitt

### Definisjon

Atopisk dermatitt er en kronisk inflammatorisk hudlidelse, som vanligvis debuterer i tidlig barndom, og har tilknytning til den atopiske formkrets (astma, bronkitt, høysnue). Halvparten av pasientene har fått normalisert huden allerede ved skolestart. Debut hos voksne er sjelden.

Atopisk dermatitt har ukjent etiologi. Den er karakterisert ved kløende inflammatorisk hudlidelse fortrinnsvis i bøyefurer hos et individ med en hudtype med lav irritasjonsterskel. Lokalisasjonen av utslettet varierer med alder; hos småbarn lokaliserer utslettene seg mer symmetrisk på ekstremiteter og trunkus, spesielt i bøyefurer ved håndledd, albuer, hals, nates, knehaser og ankler. Hos voksne kan også trunkus og ansikt være affisert, i tillegg til bøyefurene ved albuer, knehaser og ankler. De kliniske forløpene kan variere med sammenblanding av de forskjellige typene. Utslettet består av et lite demarkert erytem med ødem og vesikler i akuttstadiet og hudfortykking (lichenifisering) i det kroniske stadiet. Skjønt tilstanden betegnes som atopisk, vil opptil 60% av barna være uten påviselig IgE-mediert sensitivitet til allergener (Johannessen 2007).

## Diagnose

Diagnosen stilles på grunnlag av det kliniske bildet med typisk morfologi og distribusjon, opplysninger om arvelig disposisjon samt forekomst av andre uttrykk for atopisk konstitusjon (atopiske luftveissymptomer).

Diagnosen krever dokumentasjon på kløende hud (eller foreldre som rapporterer om kløe og kloring) pluss tre eller flere av følgende tegn:

- Involvering av hudfolder
- Samtidig astma eller høysnue - eller atopisk sykdom hos søsken hvis barnet er under fire år
- Generelt tørr hud det siste året
- Debut hos et barn under to år
- Synlig dermatitt i hudfolder, i kinnene eller i pannen og de ytre delene av lemmene hos barn under fire år.

## Etiologi og patogenese

Årsaken til atopisk dermatitt er ukjent. Arv, konstitusjon, immunogiske forhold og eksposisjon står sentralt. Atopisk dermatitt har fått benevnelsen «atopisk» fordi sykdommen er assosiert til IgE-medierte allergier og sykdommer som astma og allergisk rhinitt. Tilstanden karakteriseres av en kronisk, fluktuerende betennelsesreaksjon i huden, dominert av T4-positive celler. Hva som driver denne betennelsesreaksjonen, er fortsatt uklart, men det er sannsynligvis en multifaktoriell årsak. Dermatitten kan stimuleres av immunologisk uspesifikke faktorer, som støv, uttørking og svetting og ullfibrer rett på huden, og av immunologisk spesifikke reaksjoner, det vil si IgE-medierte allergier. Reaksjoner på matvarer er mest aktuelt hos barn, reaksjoner på luftbårne allergener er hyppigst hos voksne. Forskningsinteressen i dag retter seg mot luftbårne allergener (husstøv midd, pollen, dyrehår), utendørs forurensning, klima, diett og prenatale/spedbarns faktorer, blant annet infeksjoner. En eksisterende hypotese er at det finnes en genetisk betinget ubalanse i modningen av T-lymfocyt systemet (Johannessen 2007).

## Epidemiologi

Insidensen og prevalensen av atopisk dermatitt er økende, sannsynligvis pga miljø- og livstilsendringer (Hughes 2007). Tre prosent av alle spedbarn får atopisk eksem. Atopisk eksem finnes hos 15-20% av skolebarn i Storbritannia og hos 2-3% av voksne, tilsvarende observasjoner er gjort i Skandinavia. Man regner med en insidens på 7-24 pr år pr 1000 innbyggere (England). Omtrent 70% av tilfellene med atopisk eksem starter hos barn under fem år, men hos 10% av hospitaliserte tilfeller debuterer tilstanden i voksen alder. Astma oppstår hos 30% av barn med atopisk dermatitt og allergisk rhinitt hos 35% (Johannessen 2007).

## **Følger**

Som reaksjon på langvarig kløing av huden utvikles tykke hudpartier med økt hudrelieff (lichenifikasjon). Immunresponsen er forandret ved atopisk eksem, og det utvikles lettere infeksjoner med bakterier, virus og sopp, både i syk og frisk hud. utvikling av pyodermier er vanlig. Vanligst er infeksjon med med staph. aureus (95%). Atopikere er også mer utsatt for toksisk eksem som følge av den dårlige hudbarrieren, og opptil en firedel utvikler håndeksem som voksne. Individuer med atopisk hudtype bør unngå yrker med toksisk påvirkning. Det er også økt forekomst av katarakt og keratokonus blant atopikere.

På det personlige plan har atopisk dermatitt store følger for pasienten og påvirker søvnen, skolearbeidet, arbeidet, de private forholdene og familielivet . Sykdommen medfører også kostnader for pasienten og samfunnet (Schmidt 2003).

## **Behandling**

Kausalbehandling for atopisk dermatitt er ikke tilgjengelig grunnet sykdommens multifaktorelle og arvelige genese. Behandlingsmål av atopisk dermatitt er symptomkontroll og forhindring av komplikasjoner. Viktige tiltak er unngåelse/fjerning av provoserende faktorer som tørr luft, temperaturforandringer, svette, stress, klær med irriterende egenskaper, såpe/kjemikalier, næringsmidler som forverrer eksem, allergifremkallende momenter (husstøv, pollen, kontakt med dyr), såper/kjemikalier og tobakksrøyk. Daglig hudpleie med god fuktighetskrem forebygger tørrhet og utvikling av eksem.

Basisbehandlingen av atopisk dermatitt består av bruk av fuktighetsmidler og lokale kortikosteroider. Antihistaminer kan brukes mot kløe. Ved sekundær infeksjon brukes antiseptiske midler, og systemisk antibiotika ved manglende respons.

Andre muligheter for behandling av atopisk dermatitt er: lokalbehandling med immunmodulerende medikamenter, tjærebehandling, strålebehandling (UVB+A, PUVA, grensestrålebehandling) og cyklosporin. I behandlingsrefraktære perioder kan innleggelse i spesialavdeling være aktuell.

Pasientene bruker også alternative behandlingsformer, og gjør dette med økende insidens (Hughes 2007).

## **4. Bruk av alternativ behandling i Norge**

### **Definisjoner som brukes om alternativ behandling**

## ***Nasjonale definisjoner***

- Legeforeningen bruker begrepet alternativ behandling om behandlingsformer som ikke baseres på vitenskapelig skolemedisin.
- I Ot.prp. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv., defineres alternativ behandling som det som til enhver tid definerer seg selv som helsehjelp, men som faller utenfor det som kalles helsevesenet/skolemedisinen.
- NIFAB, Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (opererer under HOD, Helse- og omsorgsdepartementet) definerer begrepet følgende: "Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten".

## ***Internasjonale definisjoner***

- Verdens helseorganisasjon, WHO bruker følgende definisjon: "En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner, og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet". Definisjonen er ofte brukt om alternativ behandling i Norge.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM i USA definerer komplementær og alternativ medisin (CAM) "som en gruppe av mangfoldige medisinsk- og helseomsorgssystemer, praksiser og produkter, som for øyeblikket ikke vurderes som en del av konvensjonell medisin. Selv om det finnes vitenskapelig bevis for noen komplementære og alternative terapiformer, gjenstår det for de fleste å besvare nøkkelspørsmål med godt designede vitenskapelige studier. Spørsmål om hvorvidt terapiformene er trygge, og hvorvidt de virker mot sykdommene eller de medisinske tilstandene de brukes mot" (oversatt fra engelsk).
- VIFAB, Videns- og forskningscenter for alternativ behandling i Danmark definerer begrepet til å omfatte behandlingsformer som ikke foregår i eller med støtte fra den offentlige helsetjenesten.
- I Sverige brukes oftest begrepet "komplementär medicin", men det finnes ingen offisiell definisjon av begrepet.

Det er en stor utfordring å definere hva alternativ behandling er fordi det endres over tid og grensene mellom skolemedisin og alternativ behandling er flytende og i stadig forandring. Blant de som tilbyr eller utøver alternativ behandling finner man ulike begreper som brukes. Det finnes flere definisjoner på de ulike begrepene, og hva som legges i begrepene vil variere fra fagmiljø til fagmiljø og mellom de ulike land.



## **Omfang**

37 % av befolkningen i Norge har brukt alternativ behandling i løpet av livet (Salomonsen 2007). Bruken øker og det samme ser vi i våre naboland. I Danmark er tallet 45 % og i Sverige 49 %. Kvinner bruker alternativ behandling mer enn menn. Økningen er størst blant menn og i de eldste aldersgruppene (45 år og oppover). Alvorlig syke bruker alternativ behandling i større grad enn de som har en mindre alvorlig sykdom. De fleste har vært hos lege på forhånd. Behandlingsformene som brukes mest i Norge er homeopati, akupunktur, soneterapi og healing.

## **Alternativ behandling og helsetjenesten**

Alternativ behandling praktiseres til en viss grad innenfor helsetjenesten, både i primærhelsetjenesten og på sykehus. Mange helsearbeidere har utdanning innen alternativ behandling. Akupunktur er den alternative behandlingsformen flest leger praktiserer selv og henviser (Salomonsen 2007).

## **Holdninger i helsetjenesten**

De fleste helsearbeidere er positive til at pasienter også kan få motta alternativ behandling på sykehus, men at dette bør skje i samarbeid mellom helsearbeider, pasient og alternativ behandler (Salomonsen 2007). Generelt mener leger at de har for lite kunnskap om alternativ behandling og mange ønsker undervisning om feltet. Kvinnelige leger er mer positive enn mannlige leger, primærleger mer enn leger ansatt på sykehus. Sykepleiere er mer positive og bruker alternativ behandling mer enn legene.

Den norske lægeforening publiserte i 1997 legeforeningens holdning til alternativ behandling: "Pasientens autonomi må respekteres fullt ut. Det forhold at en pasient søker alternativ behandling, gir ikke grunnlag for å endre holdning til pasienten fra legens side. Legen må opptre fordomsfritt i forhold til pasientens valg og gjøre sitt til at pasienten, i tillit til legens profesjonalitet, åpent tør fortelle om hvilke kontakter han eller hun har. Hvis det oppleves viktig for pasienten, bør legen søke kontakt med den alternative behandler og søke dialog til beste for pasienten".

## **Organisering og praktisering av alternativ behandling**

Det finnes en rekke alternative fagorganisasjoner for alternative behandlere. Organisasjonene har ulike krav til sine medlemmer med hensyn til utdanning og faglig bakgrunn. De fleste organisasjonene jobber blant annet med å spre kunnskap om behandlingsformen, stimulere til forskning, kvalitetsutvikling, etikk og fagkrav. Etter initiativ fra helsemyndighetene er det opprettet en sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner, SABORG. SABORG er kontaktledd mellom de alternative fagorganisasjonene og politiske myndigheter. I tillegg er det opprettet en frivillig

registerordning i Brønnøysund. Det er få utøvere som er registrert per i dag. Foreløpig har ingen utøvere av alternativ behandling offentlig autorisasjon. Praktisering av alternativ behandling reguleres av Lov om alternativ behandling av sykdom.

## **5. Bruk av alternativ behandling blant pasienter med atopisk dermatitt**

### **Omfang og de mest brukte behandlingsformene**

I en spørreundersøkelse ved Hudpoliklinikken, Rikshospitalet av P. Jensen (Jensen 1990) hadde 51 % av pasientene med atopisk dermatitt forsøkt alternativ behandling, hvorav homeopati 34 %, urtemedisin 18,6 %, helsekostpreparater 18,4 %, diettbehandling 18,2 % og akupunktur 11,9 % var vanligst. Også fotsoneterapi 7,4 %, irisdiagnostikk 6,2 %, hår/mineralanalyse 4,8% og magnetterapi 2,2 % ble angitt som forsøkte behandlingsformer. Andre former 7,2 % omfattet kiropraktikk (obs: ikke betraktet som alternativ behandling idag), antroposofisk medisin, healing, andre helsekostpreparater enn dem rapportert under spørsmålet om helsekostpreparater, og diverse.

Internasjonelt har undersøkelser fra Østerrike og Tyskland blant pasienter med atopisk dermatitt vist lignede resultater der homeopati, akupunktur og diettbehandling var de mest brukte alternative behandlingsformene. (Schmidt 2003) Også undersøkelser blant pediatriske pasienter i Irland (Hughes 2007) og England (Johnston 2002) viser at kinesisk urtemedisin, urtemedisin for øvrig og homeopati var mest brukt.

### **Hvorfor velger pasientene alternativ behandling**

Det finnes en økende interesse for alternativ behandling i befolkningen og informasjonen er lett tilgjengelig også gjennom mediene. Mange av pasientene med atopisk dermatitt får anbefalt alternativ behandling både av personer med og uten samme hudsykdom (Jensen 1990). Alternativ behandling gir pasientene mulighet til å forholde seg til og forstå sykdom på nye måter. Pasientene oppgir at behandleren tar seg god tid og at de får ta del i egen helse. Behandlingen er fokusert mot årsaken bak sykdommen.

Andelen som har prøvd alternativ behandling er høyere blant dem med lenger sykdomsvarighet, sykdomsgrad og blant de som har både atopisk eksem og allergisk luftveissykdom. (Jensen 1990) Pasientene med atopisk dermatitt bruker alternativ behandling fortrinnsvis som supplement, ikke som et reelt alternativ til skolemedisinen. Mange av pasientene er misfornøyd med den graden emosjonell støtte de får av sine leger i tillegg til dårlig behandlingsresultater av lege/sykehusbehandling. Mange er også engstelig for bivirkninger ved bruk av kortikosteroider (Schmidt 2003, Jensen 1990). Man ønsker å prøve all tilgjengelig behandling, og flere har tiltro til alternativ behandling og mener at alternativ behandling er sikrere enn behandling hos lege/sykehus i forhold til bivirkninger (Guyette 2002).

# **De mest brukte alternative behandlingene blant atopikere i Norge**

## ***Homøopati***

Ordet homøopati er sammensatt av de greske ordene "Homeo" som betyr lignende, og "Pathos" som betyr sykdom/lidelse. Det finnes mange ulike former for homøopati. Grunnlaget for den klassiske homøopatien ble lagt av homøopatiens grunnlegger Samuel Hahnemann for ca. 200 år siden. Han mente at et gitt stoff som i normal konsentrasjon ville fremkalle symptomer hos et friskt menneske, kunne i fortynnet form helbrede et menneske for de samme symptomene.

I homøopatien er man frisk når kroppen er i balanse. Kroppens evne til helbrede seg selv skjer gjennom livskraften Dynamis. Hvis livskraften kommer ut av balanse, kan man bli syk. Symptomer forstås som tegn på at kroppen kjemper mot sykdom (selvforsvarsreaksjoner). Homøopater ønsker i utgangspunktet ikke å fjerne eller lindre enkeltsymptomer, uten å gjøre noe med den underliggende årsaken. Ved bare å behandle symptomer motarbeides kroppens forsøk på å helbrede seg selv. Symptomene undertrykkes og kan ifølge homøopatien gi forlengelse av sykdommen, eller også gjøre at man blir sykere.

Klassiske homøopater jobber etter tre ulike hovedprinsipper: likhetsprinsippet, ett middel om gangen og individuell behandling. Likhetsprinsippet består i å kurere lignende med lignende. I praksis vil det si at homøopaten velger homøopatisk medisin som man mener skaper samme symptomer hos en frisk person som hos den syke. Tanken bak at man kun skal behandle med ett middel om gangen er at de homøopatiske medisinene ble i sin tid prøvd ut ett om gangen og skal i følge Hahnemann, gis bare ett om gangen. Det tredje prinsippet i homøopatien er å tilpasse behandlingen til hver enkelte pasient og finne den "unike" medisinen som akkurat denne pasienten skal ha. Homøopaten leter etter medisin som kan gi lignende symptomer som pasienten allerede har.

## ***Urtemedisin/Phytoterapi***

Behandling av sykdommer ved hjelp av urter og medisinplanter kalles urtemedisin eller phytoterapi. Ordet phyton kommer fra gresk og betyr plante. Urter kan brukes i ubehandlet form, i konsentrater, tørket og knust, som avkok, tabletter, kapsler, eller essenser fra røtter, blader, stengler eller frø.

Bruken av urter i terapeutisk øyemed kan spores flere tusen år tilbake. Blant annet brukes det urter i tradisjonell kinesisk og japansk medisin, i ayurvedisk medisin (indisk helbredelsessystem), i indianernes og de afrikanske medisinsmenns behandlingspraksis. I Europa var det først og fremst munkene og de såkalte kloke menn og koner, som benyttet seg av urter.

Norge har mange tradisjoner når det gjelder bruk av urter til behandling av sykdommer som grovt kan deles inn i førhistorisk bruk, samisk folkemedisin, norrøn bruk, importert medisin fra munkeordener, folkemedisin og trolldomsurter og andre lands bruk av urt (og selvsagt moderne medisinsk bruk innen skolemedisin).

### *Moderne phytoterapi*

Amerikaneren Samuel Thomson (1769-1843) regnes for grunnleggeren av moderne phytoterapi. Phytoterapi har som formål å fremme eller at gjenopprette sunnhet og livskvalitet ved hjelp av urter samt ved å gi råd om sunt levesett. Thomson utviklet behandlingsformer som skulle fjerne blokkeringer og fremme livsenergien ved hjelp av urter med avslappende, stimulerende, helende og ernærende egenskaper.

I phytoterapi mener man at det er bedre med et mangfold av myke effekter, enn potent målrettet virkning. Behandlingen er individuell og tilpasset etter klientens behov, basert på opplysninger om sykehistorie, medisinsk behandling, livsstil, kroppens energinivå og eventuelle ubalanser i energien. I tillegg til behandling med tilpasset urteblanding gis det ofte også råd om ernæring, kosttilskudd, vitaminer, mineraler og fettsyrer. Annen individuell rådgiving kan også komme på tale.

### ***Tradisjonell kinesisk medisin***

Tradisjonell Kinesisk Medisin (TKM) har røtter som går flere tusen år tilbake. TKM omfatter en rekke elementer innen behandling, blant annet akupunktur, kosthold, livsstilsveiledning, massasje og helseøvelser. Den bygger på taoisme og kinesisk kultur.

Et sentralt begrep i TKM er "Qi" eller livsenergi. Livsenergien sirkulerer i hele kroppen gjennom meridiansystemet og opprettholder kroppens livsprosesser. Sykdomsteorien bygger på at sykdommer oppstår på grunn av ubalanser i Qi. Når Qi ikke lenger flyter fritt, stopper opp eller kommer i ubalanse kan man bli syk. Man blir frisk når likevekt og indre ro gjenoprettes.

Yin og Yang er også sentrale begreper i kinesisk medisin. Under påvirkning av Yin og Yang blir alt liv skapt og opprettholdt av Qi. Yin representerer mørke, kulde og passivitet mens Yang står for lys, varme og aktivitet. Vekselvirkningen mellom de to utfyllende kreftene gjennomsyrrer og styrer alt i universet, også menneskekroppen.

Et annet prinsipp som er viktig er fem-element teorien. Her knyttes elementene i naturen (tre, ild, jord, metall og vann) sammen med andre grunnleggende begreper som årstider, følelser og kroppsdelar. Hvert element gir liv til det neste etter et uendelig mønster. Av den grunn kan systemet bedre beskrives som de fem stadier som representerer livets stadige endring og bevegelse.

Tunge- og pulsdiaagnose er de metodene som oftest brukes i diagnostikk i kinesisk medisin. Under tungediagnostiseringen ser akupunktøren etter belegg, farge, fuktighet og form. Tungen reflekterer hvilken tilstand pasientens organer og vev er i. Opplysningene gir informasjon både hvordan pasienten skal behandles og hvordan utsiktene er til å bli frisk.

Pulsdiaagnostikk baserer seg på at det er 12 steder på kroppen hvor pulsen kan føles. Hvert sted er forbundet med en av de 12 hovedmeridianene/organene. Kvaliteten på pulsen beskriver tilstanden til det tilhørende organ. Det skilles mellom 28 ulike kvaliteter som kan variere med døgnrytme og årstid. Det tar som regel flere år å opparbeide en nødvendig følsomhet i fingertuppene for å kunne bruke pulsdiaagnostikk som et komplett verktøy.

Sykdomer har en indre årsak og de ytre symptomene. Hva som skal behandles først avhenger av alvorligheten av symptomene og pasientens vitalenergi. Den samme sykdommen kan ha forskjellige symptomer, og forskjellige sykdommer kan ha de samme symptomene. Behandlingen går ut på å tilføre mer der det er for lite av noe, eller å dempe der det er for mye.

### *Kinesisk urtemedisin*

Enhver urt er antatt å ha en særegen dynamisk kraft i kinesisk urtemedisin. En urt kan øke eller minske energien, og rette den innover eller utover. Urtenes smak (søt, sur, salt, bitter eller skarp) er assosiert med meridianene, livsenergien Qi eller blodet. Kinesiske leger relaterer plantenes smak og temperatur direkte til deres terapeutiske virkning. Planter som smaker søtt, som ginseng *Panax ginseng*, ordineres for å styrke, harmonisere og bløtgjøre, mens bitre planter som rødrotsalvie *Salvia miltiorrhiza* brukes til å drenere og tørke ut overskudd av fuktighet. Planter med varm smak brukes til å behandle kuldetilstander, og motsatt. Et eksempel er praktskjoldbærer *Scutellaria baicalensis*, en bitter og kald urt, som vil virke opptørkende og avkjølende, og brukes til tilstander som feber og irritasjoner oppstått på grunn av overskudd av varme. De fleste reseptene som brukes i behandling inneholder 5-20 ingredienser, en sammenstilling som er bestemt ut fra pasientens bestemte konstitusjon og symptomer. Kinesiske leger anvender ofte en kjent oppskrift som utgangspunkt, og tilsetter andre planter i tillegg. Det finnes hundrevis av slike faste urtekombinasjoner.

### *Akupunktur*

Ordet akupunktur er sammensatt av de to latinske ordene *acus* som betyr nål, spiss og *punctura* som betyr å punktere, stikke. På kinesisk kalles akupunktur *Zhen Jiu* som betyr nåling og varming (moxa). Dette er de to mest brukte teknikkene innen akupunktur. Akupunktur brukes i dag om behandling praktisert etter tradisjonell kinesisk medisin, men også om nyere former for akupunktur.

I akupunktur, som ellers i TKM, forklares sykdommer/lidelser som ubalanser eller blokkering i livsenergien Qi. Hensikten med behandlingen er å få energien Qi til å flyte fritt i meridiankretsløpet slik at vitale organer får næring fra energien.

Meridianene forklares som et kanalsystem i kroppen. De står i forbindelse med akupunkturpunkter på huden. Meridianene regnes som bindeleddet mellom akupunkturpunktene og kroppens indre organer, som forbinder alle kroppens deler, alle vev og organer til hverandre. Det er i disse punktene man kan manipulere Qi for å gjenopprette balanse i kroppen.

## **Resultater av alternativ behandling**

### ***Urtemedisin***

Effekten av en urtemedisin er avhengig av doseninnhold av de aktive stoffene, og stoffenes farmakologiske egenskaper. Disse kan rangeres fra mild til sterk. Statens legemiddelverk definerer alle urter som legemidler med mindre de er definert som handelsvare i Forskrift om legemiddelklassifisering. Urtemedisiner er potensielt toksiske, enten grunnet de medisinske egenskapene eller grunnet forurensning (av f.eks tungmetaller eller mikroorganismer) (Capasso 2000). Eksempler på rapporterte mulige bivirkninger er hepatitt og nefritt (Zhang 2007). Det finnes også tilfeller der urtemedisiner er blitt modulert med syntetiske legemidler, som f.eks kortikosteroider (Guyette 2002).

Det er kun blitt publisert 4 randomiserte kliniske studier innen alternativ behandling for atopisk dermatitt, alle disse innen kinesisk urtemedisin (Hoare 2000, Zhang 2007). Alle de fire studiene (Sheehan 1992a, Sheehan 1992b, Fung 1999, Henderson 2000) undersøkte et kommersielt produkt med navn Zemophyte som ble distribuert av Phytopharm Plc UK i England. Zemophyte er en standardisert blanding av 10 urter som innen tradisjonel kinesisk medisin brukes mot atopisk dermatitt (*Ledebouriella seseloides*, *Potentilla chinensis*, *Anebia clematidis/Clematis armandii*, *Rehmannia glutinosa*, *Paeonia lactiflora*, *Lobhaterum gracile*, *Dictamnus dasycarpus*, *Tribulus terrestris*, *Glycyrrhiza uralensis* og *Schizonepeta tenuifolia*). Den tas oralt og smaken/lukten kan oppfattes ubehagelig. Den fjerde studien (Henderson 2000) undersøkte derfor effekten av Zemophyte i frossen form for å unngå problemene med smak/lukt. Zemophyte er ikke lenger tilgjengelig på det engelske markedet da dens tilverker ikke kunne beholde lisensen.

Tre av studiene ble utført i England (Henderson 2000, Sheehan 1992a, Sheehan 1992b) og den fjerde i Hong Kong (Fung 1999). Det samlede tallet av forsøkspersoner i de fire studiene var 157, 131 ble analysert. Alder på forsøkspersoner var 1-60 år. Tre av disse studiene var randomiserte, dobbelt-blinde, placebo-kontrollerte cross-over studier med to behandlingsfaser med lengde på åtte uker, med fire ukers behandlingsfri intervall mellom dem. Den totale lengden av studiene var 20 uker. Sheehan et al har også gjennomført to oppfølgingsstudier (Sheehan 1994, Sheehan 1995) med et års videre observasjon av

pasientene behandlet med Zemophyte i de randomiserte kontrollerte forsøkene (Zhang 2007).

### *Subjektive resultater*

To av studiene inkl. data om søvnkvalitet (Sheehan 1992a og Sheehan 1992b) over åtte uker. Resultatene viste at flere pasienter hadde bedre søvnkvalitet under behandlingsfase enn under placebo. Kun en studie (Sheehan 1992b) rapporterte om kløe, igjen data samlet under åtte ukers periode. Forsøkspersonene rapporterte betydelig mindre kløe under behandling med Zemophyte ( $p < 0.001$ ). Foretrukket behandling (Zemophyte/placebo) ble rapportert i alle studier. I to av studiene (Sheehan 1992a og Sheehan 1992b) foretrakk forsøkspersonene Zemophyte fremfor placebo, betydelig ( $p < 0.02$ ) i et av studiene (Sheehan 1992b). I et av studiene (Fung 1999) foretrakk forsøkspersonene ikke Zemophyte (Zhang 2007).

### *Objektive resultater*

I alle de fire studiene ble graden av erytem og "surface damage" registrert. "Surface damage" ble ikke definert i studiene. To av studiene (Sheehan 1992a og Sheehan 1992b) viste bedre resultater ved bruk av Zemophyte en ved placebo, et av studiene (Fung 1999) viste ingen forskjell mellom Zemophyte og placebo. Den fjerde studien (Henderson 2000) viste bedre effekt av Zemohyte i urteform i forhold til "surface damage" og bedre effekt i frossen form i forhold til erytem. I oppfølgingsstudiene av Sheehan et al (Sheehan 1994, Sheehan 1995) der 17 voksne og 23 barn deltok, ble vist bedre behandlingsresultater i forhold til erytem og "surface damage" i de gruppene som fortsatte med Zemophyte (Zhang 2007).

### *Bivirkninger*

Blodbilde, nyre- og levefunksjon ble undersøkt i alle de tre cross-over studiene. Ingen forandringer ble observert under noen av behandlingene. Kun få mindre alvorligere symptomer forekom under behandling med Zemophyte under randomiserte forsøk. Disse var svimmelhet, gastrointestinale plager og lichenlignende reaksjon (Fung 1999), mild abdominal distensjon, hodepine (Sheehan 1992b), kvalme, abdominal ubehag, løs avføring, flatulens (Henderson 2000) eksem, bakteriell infeksjon. Ved oppfølgingsstudie av Sheehan 1995 fikk to av barna forandringer i leverfunksjonsprøvene, men disse normaliserte seg etter avsluttet behandling. GI-plager var hyppige og det ble registrert en laksativ virkning av Zemophyte hos 1/3 av pasientene (Sheehan 1994, Sheehan 1995).

### *Analyse av resultatene*

Det er forskjeller i resultatene mellom disse fire studiene. Sheehans to undersøkelser rapporterte positive behandlingseffekter av Zemophyte, mens dette ikke var tilfellet ved Fungs studie. Dette kan ha forekommet pga:

1. Lavere doseinnhold ved Fungs studie. Dosen var 33% mindre i grupper under 14 år , 25% mindre i gruppen 14 år og over.
2. Høyre “drop-out rate” ved Sheehans studie. Prosentandelen av pasienter som måtte avslutte behandlingen var 21,3% og 22,5% i de to studiene sammenlignet med 7,5% i Fungs studie. Ingen av studiene brukte “intention to treat” og de positive resultatene i Sheehans studie må betraktes kritisk, da de kan ha blitt påvirket av “withdrawal bias”. Grunnene til at pasientene måtte avslutte behandling var enten vansker mer gjennomføring eller at de fikk behov for behandling med andre medikamenter, f.eks kortikosteroider.
3. Forskjellige forsøksgrupper. Forsøkspersonene i Fungs studie var alle kinesere, og det er blitt dokumentert en forskjell i behandlingsresultater mellom ulike ras (Johnson 1996). Forsøkspersonene som fikk eksudativ betennelse eller infeksjon ble utelukket ved Sheehans studier, men ikke ved Fungs studie.

Metaanalyse av de fire studiene er ikke mulig da ulik statistisk metode ble brukt og data er utilstrekkelig. Basert på de originale analysene viser de engelske studiene at Zemphyte er mer effektiv enn placebo. Fungs studie viser ikke slik effekt. De to oppfølgingsstudiene (Sheehan 1994, Sheehan 1995) som ble gjennomført etter de randomiserte studiene viste fortsatt effekt av Zemophyte. Den fjerde studien (Henderson 2000) viste effekt med begge formene av behandling.

Forsøksgruppene var små i de fire studiene, alle med under 50 deltakere. Dette kan føre til “small study effects” (Sterne 2000) dvs små studier har en større tendens til å vise positive resultater. I tillegg til de små forsøksgruppene er kvaliteten av studiene dårlig. Det ble ikke angitt detaljer om “allocation concealment” og ingen “intention to treat” analyser. “Drop out rate” på over 20% i Sheehans studier øker sannsynligheten for å vise positive resultater i favør av behandling med Zemophyte, da de som måtte avslutte behandlingen kan ha gjort dette pga manglende effekt eller bivirkninger (Zhang 2007).

## ***Homeopati***

Det er blitt publisert rapporter på effekt av homeopati i behandling av atopisk dermatitt (Mohan 2003, Itamura 2003), men ingen randomiserte kontrollerte forsøk. Data i disse rapportene kan vise seg å være falsk positive pga manglende placebo-kontroll.

Linde et al har gjennomført en metaanalyse av alle RCTr publisert innen homeopatisk behandling. Studien konkluderte med at man ikke kunne forklare de kliniske effektene av homeopati kun basert på placebo-effekt, men at det er utilstrekkelig bevis på at noen homeopatisk behandling er effektiv mot noen spesifikk sykdom (Linde 1997)

Det er en veldig liten risiko for toksisitet av homeopatiske medisiner, da den sammenlignes med placebo i RCTr. Symptomene som forekommer ved homeopatisk behandling er forbigående, lite alvorlige og kan sammenlignes med symptomene som forekommer ved placebo (Dantas 2000).



## **Akupunktur**

Det er blitt publisert rapporter/studier på effekt av akupunktur i behandling av atopisk dermatitt (Guyette 2002), men ingen randomiserte kontrollerte forsøk. Disse studiene er deskriptive og viser til gode resultater av behandlingen, men data kan vise seg å være falsk positive pga manglende placebo-kontroll.

Forbigående rapporterte bivirkninger er ømhet/kløe/nummenhet rundt stikket, små blødninger under huden, tretthet, kvalme, svimmelhet og vasovagal synkope (Salomonsen 2007).

Alvorlige komplikasjoner er sjeldne og de fleste kan tilbakeføres til utilstrekkelige medisinske kunnskaper, dårlig hygiene og manglende akupunkturfaglig bakgrunn (Salomonsen 2007, Ernst 2006).

Eksempler på alvorlige komplikasjoner er traume av indre organer (f.eks. pneumothorax og hjertetamponade) og infeksjoner, som hepatitt C og HIV (Ernst 2006).

## **6. Diskusjon**

Per i dag finnes det ikke én definisjon av hva alternativ behandling er, og grensene mellom skolemedisin og alternativ behandling er flytende og i forandring. En felles definisjon av alternativ behandling kunne forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell, alternative utøvere og politikere. Innen forskning kunne en felles definisjon gjøre sammenligning av resultater lettere.

Foreløpig har ingen utøvere av alternativ behandling fått offentlig autorisasjon og dette kan eventuelt være problematisk med tanke på sikkerhet av behandlingen. Autorisasjon ivaretar pasienters sikkerhet med å beskytte yrkestittelen og med å sikre at utøveren har de nødvendige kvalifikasjonene for yrket.

Randomiserte kontrollerte studier blir ikke hyppig brukt som forskningsmetode innen alternativ behandling. Det er kun blitt publisert 4 randomiserte kliniske studier innen alternativ behandling for atopisk dermatitt (det må allikevel nevnes at litteratursøk kun omfattet litteratur skrevet på engelsk). Mange utøvere mener at hvis alternativ behandling skal evalueres må forskningsfokuset være alle aspektene ved behandlingen. I tillegg trenger man å forstå konteksten og den filosofiske rammen som behandlingsformen befinner seg i og hvordan den praktiseres klinisk.

De fire randomiserte studiene på Zemophyte undersøkte effekten av en standardisert urteblandning, hvilket i seg selv strider mot behandlingsprinsippet innen kinesisk

tradisjonell medisin, som baserer seg på individuell behandling, pasientens “vitalenergi”, puls- og tungediagnostikk osv.

Pasienter med atopisk dermatitt velger alternativ behandling blant annet pga frykt for bivirkninger, f.eks av kortikosteroider. Det synes å være en vanlig oppfatning at alternativ behandling ikke har bivirkninger. Urtemedisinere reklamerer for produkter med “myke effekter”, samtidig som disse produktene ikke er kvalitetssikret og er potensielt toksiske. Det har også forekommet at urtemedisiner er blitt modulert med syntetiske legemidler. I de fire randomiserte studiene på Zemophyte ble det rapportert bivirkninger, både under randomiserte forsøk av åtte ukers varighet og under oppfølgingsstudiene av et års varighet. Under randomiserte forsøk, kun få mindre bivirkninger som gastrointestinale plager ble rapportert, mens under de et års lange oppfølgingsstudiene ble det observert unormale leverfunksjonsprøver hos to forsøkspersoner. Leverfunksjonsprøvene normaliserte seg etter avsluttet behandling. Unormale leverfunksjonsprøver kan ha forekommet pga potensiell toksisitet. Mulige bivirkninger er også blitt rapportert for behandling med akupunktur og homeopati.

Pasientene velger alternativ behandling også ut fra et ønske av å bli sett som “et helt menneske” og fordi de ønsker selv å være delaktig i egen behandling. De ønsker at behandleren bruker god tid og selvsagt viser empati. Dette er noe mange pasienter opplever mangel på i kontakt med leger.

Generelt mener leger at de har for lite kunnskap om alternativ behandling. Her har legene et ansvar for dialog med de alternative behandlere. Åpen dialog med pasientene er også viktig, dette til beste for pasientene.

## **7. Litteraturhenvisninger**

Capasso R, Izzo AA, Pinto L, Bifulco T, Vitobello C, Mascolo N: Phytotherapy and quality of herbal medicines. *Fitoterapia* 2000, 71: 58-65.

Dantas F, Rampes H: Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review. *British Homeopathic Journal* 2000, 89(1): 35-38.

Ernst E: Acupuncture - a critical analysis (Review). *J Intern Med* 2006, 259:125-137.

Fung AYP, Look PCN, Chong LY, But PPH, Wong E: A controlled trial of traditional Chinese herbal medicine in Chinese patients with recalcitrant atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology* 1999, 38:387-92.

Guyette JR, Rygwelski JM: Complementary or alternative medicine: therapies for common dermatologic conditions. *Clinics in Family Practice* 2002, 4(4): 947-966.

Henderson CA, Morries A, Wilson A, Lchyshyn A: An open study comparing the efficacy of two different Chinese herbal therapy formulations in atopic eczema and their effects on circulating activated T-lymphocytes. *Journal of Dermatological Treatment* 2000, 11:91-6.

Hoare C, Li Wan Po A, Williams H: Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technology Assessment* 2000, 4(37): 1-191.

Hughes R, Ward D, Tobin AM, Keegan K, Kirby B: The use of alternative medicine in pediatric patients with atopic dermatitis. *Pediatric Dermatology* 2007, 24(2): 118-120.

Itamura R, Hosoya R: Homeopathic treatment of Japanese patients with intractable atopic dermatitis. *Elsevier* 2003, 92(2): 108-114.

Jensen P: Alternativ medisin og kronisk hudsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990, 110: 2869-72.

Johannessen T (Red): [www.legehandboka.no](http://www.legehandboka.no) 2007.

Johnston GA, Bilbao RM, Graham-Brown RAC: The use of complementary medicine in children with atopic dermatitis in secondary care in Leicester. *British Journal of Dermatology* 2003, 149:566-571.

Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, Jonas WB: Are the clinical effects of homeopathy placebo-effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997, 350: 834-43.

Mohan GR, Anandhi KS: Efficacy of homeopathic drugs in dermatitis of atopic diathesis. *Winter* 2003, 16(4):257-262.

Salomonsen LJ, Nilssen T (Red): [www.nifab.no](http://www.nifab.no) 2007.

Schmidt K: Complementary and alternative medicine for atopic dermatitis. Pharmaceutical Press 2003, 8(2): 173-177.

Sheehan MP, Atherton DJ: A controlled trial of traditional Chinese medical plants in wide-spread non-exudative atopic eczema. British Journal of Dermatology 1992(a), 126: 179-84.

Sheehan MP, Rustin MHA, Atherton DJ, Buckley C, Harris DJ, Brostoff J: Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis. Lancet 1992(b), 340: 13-7.

Sheehan MP, Atherton DJ: One year follow up of children treated with Chinese medical herbs for atopic eczema. British Journal of Dermatology 1994, 130:488-493.

Sheehan MP, Stevens H, Ostlere LS, Atherton DJ, Brostoff J, Rustin MHA: Follow-up of adult patients with atopic eczema treated with Chinese herbal therapy for 1 year. Clinical Experimental Dermatology 1995, 20:136-40.

Zhang W, Leonard T, Bath-Hextall F, Chambers CA, Lee C, Humphreys R, Williams HC: Chinese herbal medicine for atopic eczema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, 4.

#### *Generelle kilder:*

Anker C (Red): [www.helsenett.no](http://www.helsenett.no) 2007.

Anonymous: [www.alternativmedisin.no](http://www.alternativmedisin.no).

Fyrand, O (eds): Hudsykdommer. ISBN 82-00-45061-9, Universitetsforlaget AS, Oslo, 1999, pp 94-103.