

Selektive serotoninreopptakshemmere – skade ikke dokumentert?

I en artikkel om psykofarmaka i Dagens Medisin med tittelen *Skade ikke dokumentert* (1) heter det bl.a.: «Bjarthe Stubhaug anbefaler, for alle fastleger som oppsøkes av disse pasientene, å bruke god tid og forklare grundig. – Dersom det stilles spørsmål om antidepressiva eller de nye nevroleptika er skadelig for hjernen, kan fastlegene svare at det ikke finnes forskning som tyder på dette.»

Men hva sier egentlig forskningen om mulige hjerneskaider av slike medikamenter? I en studie på dyr gav selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) morfologiske forandringer i flere hjerneregioner (2). Forfatterne av studien konkluderte med at resultatene samlet støttet hypotesen om at alle substanser som virker på serotonin-systemer i hjernen, enten de gir serotoninreduksjon eller ikke, kan produsere liknende morfologiske effekter ved serotonin-systemer i hjernen (2).

Hva med mennesker? Den britiske legemiddelkontrollen Medicines Control Agency (MCA) advarer mot nevrologiske forstyrrelser, bl.a. bevegelighetsforstyrrelser og såkalt serotonin-syndrom, som er karakterisert av hurtige forandringer av mental tilstand, forvirring, mani, agitasjon, hyperaktivitet, skjjelving, feber, tremor, øyebevegelser, myoklonus, hyperrefleksi og inkoordinasjon (3).

I en artikkel i Tidsskriftet i 1999 (4) heter det at «serotonergt syndrom er en sjelden, men potensielt dødelig bivirkning av medikamenter som øker serotonerg neurotransmisjon. I takt med økt bruk av selektive reopptakshemmere må vi forvente å se tilstanden hyppigere». Forfatterne beskrev en pasient som døde etter inntak av paroxetin (Seroxat) i terapeutiske doser (4).

Det er innrapportert flere tusen mulige SSRI-relaterte dødsfall. Pasienter som utvikler serotonin-syndrom, har fått hjerneskaider, i hvert fall de som dør. Bruk av SSRI-preparater gir risiko for å utvikle serotonin-syndrom tilsvarende bruk av ecstasy (5).

I en studie gjengitt i *Neurology* (6) ble det anført at den eneste etiologi for cerebral vasokonstriksjon var nylig inntak av bl.a. sertraline og paroxetin, og at migrenelignende hjerneslag er rapportert som en komplikasjon ved dette syndromet. Ecstasy er ikke desto mindre et annet serotonergt middel assosiert med cerebral vasokonstriksjon (6).

Det er sagt at legemiddelinduserte vasospasmer impliserer legemidler med virkning

på sympatikus. Likevel er de serotonerge effekter sjelden anerkjent. Kokain, amfetamin og ergotderivater, som kan forårsake hjerneslag og hjerteinfarkt, har serotonerge effekter i tillegg til deres sympatomimetiske virkninger.

Dersom fastlegene følger rådet fra lederen i Norsk psykiatrisk forening, kan dette innebære at alvorlige og potensielt livstruende bivirkninger ikke blir erkjent.

Hosle

Svein Reseland

Litteratur

1. Dommerud T. – Skade ikke dokumentert. *Dagens Medisin* 10.1.2002.
2. Kalia M, O'Callaghan JP, Miller DB, Kramer M. Comparative study of fluoxetine, sibutramine, sertraline and dexfenfluramine on the morphology of serotonergic nerve terminals using serotonin immunohistochemistry. *Brain Res* 2000; 58: 92–105.
3. Current problems in pharmacovigilance. London: Committee on Safety of Medicines and the Medicines Control Agency (MCA), 2000; 26: 11–12.
4. Apelland T, Gedde-Dahl T, Dietrichson T. Serotonergt syndrom med dødelig utgang utløst av selektiv serotoninreopptakshemmer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 647–50.
5. Mills KC. Serotonin syndrome. A clinical update. *Crit Care Clin* 1997; 13: 763–83.
6. Singhal AB, Caviness VS, Begleiter AF, Mark EJ, Rordorf G, Koroshetz WJ. Cerebral vasoconstriction and stroke after use of serotonergic drugs. *Neurology* 2002; 58: 130–3.

B. Stubhaug svarer:

Diskusjonen om nytte og skade av psykofarmaka har i alle år hatt ein tendens til å få eit forenkla svart-kvitt-preg. Dei moderne slagorda mot bruk av farmaka har vore «kjemisk lobotomi» og «dødelig terapi». Publikum, media, brukarar og profesjonelle har gjerne fylka seg rundt stridsleiarar med motsette merkeflagg: psykofarmakas gode merke eller det tilsvarande dødelege merke.

Oppslaget i Dagens Medisin er del av ein ny runde i den gamle striden, etter eit TV-program med sterke synspunkt om medisineres øydeleggjande verknad. Vi veit at mange brukarar vart skremde, kjende seg uthengde og vart i tvil om faren med medikament dei brukar.

Korleis bør allmennlegar møte slike reaksjonar? – det er det utsegnene i Dagens Medisin handlar om. Vi trur altså det beste er «å bruke god tid og forklare grundig». Dette inneber sjølvstøtt å informere om kjende bivirknader, samt om interaksjonar med andre farmaka eller psykoaktive stoff. Den andre sida av informasjonen vil handle om risiko

ved å la tilstanden vere ubehandla utan medikament, alternative behandlingsmåtar, og kva som gjev størst sjans for betring.

Alle medikament har biverknader, og individuelle skilnader og sensitivitet kan gje uvanlege og potensielt farlege verknader. Det gjeld alt frå antibiotika til psykofarmaka. Vi skal ikkje la vere å bruke medikament av den grunn, men må ha god kunnskap, god nok indikasjon og forsvarleg oppfølging.

Vi kan ikkje sjå at dokumentasjonen av «skade» av moderne psykofarmaka er særleg god. Reseland viser ikkje til ny kunnskap eller forskning som går ut over det ein kjenner, og som sjølvstøtt må vurderast og ev. innformerast om, men ikkje som «skade» og «potensielt livstruende bivirkningar». Mykje dreier seg om hypoteser, mulige relasjonar og usikker kunnskap om hjernefysiologi. Serotonerge effektar er ein del av biletet, slik verknader av andre transmittorar og substansar er det. Serotonergt syndrom bør vere kjent for alle legar, men er det kanskje ikkje godt nok. Her kan det vere trong for kunnskapsauke.

Like kjent bør det vere at depresjon ofte er ein dødeleg sjukdom, og at psykosar kan gje skader og funksjonsfall som varer. Det er i dette perspektivet ein må drøfte og vege opp nytte og skade, både ved behandling – og ikkje minst utan behandling. Det er framleis del av legens legekunst å formidle dette slik at pasienten kan styre og meistre livet sitt på best mogeleg måte.

Haugesund

Bjarthe Stubhaug

leder

Norsk psykiatrisk forening

Om bioterrorisme

Et av problemene ved bioterrorisme er hvordan man skal dempe den frykt som oppstår. I Tidsskriftet nr. 1/2002 går sykehushygieneiker Bjørg Marit Andersen fra Ullevål universitetssykehus (1) og epidemiolog Bjørn Iversen fra Statens institutt for folkehelse (nå Nasjonalt folkehelseinstitutt) (2) mot hverandre i en polemikk om hvordan man skal formidle et troverdig budskap som skal dempe frykt for spredning til mennesker av miltbrannbakterier (*Bacillus anthracis*).

Patente løsninger finnes ikke, og det er stort språk i folks oppfatning av hvorvidt miltbrannsporer tilsendt per post er en situasjon som med stor sannsynlighet kan innrette, og hvorvidt det dertil er meget smittfarlig. Noen vil, godt hjulpet av mediene, oppfatte dette som svært truende. Andre vil hevde at sannsynligheten for å motta milt-

brannsporer per post, samt at dette i så fall skulle garantere livsfarlig smitte, gir liten grunn til bekymring.

Det er imidlertid lett å forstå Andersens ønske om særbehandling av mistenkt miltbrann. I sitt innlegg i Tidsskriftet (1) påpeker Andersen at siden miltbrann ikke finnes naturlig i Norge i dag, verken hos husdyr eller mennesker, vil alene mistanke om miltbrann uvegerlig kalle på rettsvesenets og politiets interesse og engasjere sykehusets oppfatning av ansvar på en helt ny, la oss kalle det «administrativ» måte. Å følge etablert prosedyre i tilrettelegging av pasientisolasjon m.m, slik Andersen har bestemt det for Ullevål universitetssykehus, er en forsiktig og fornuftig fremgangsmåte som ivaretar sykehusets ansvar, ev. interhuman smitterisiko, og behovet for administrative særtiltak. Det er ingen i landet i dag som vil oppfatte et tilfelle av miltbrann i Norge som en «rutine folkesykdom». Det er tvilsomt om pleiepersonell så vel som eksterne kontakter vil finne troverdig noen vesentlig enklere fremgangsmåte enn den som Andersen har skissert.

Oslo

Bjørn P. Berdal

Forsvarets mikrobiologiske laboratorium

Litteratur

1. Andersen BM. Miltbrann som biologisk våpen og smitterutiner i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 100.
2. Iversen BG. Miltbrann som biologisk våpen og smitterutiner i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 101.

B.G. Iversen & P. Avitsland svarer:

Vi er enig med Bjørn P. Berdal i at frykten er bioterroristenes beste våpen (1). Nøktern kunnskapsformidling som tar publikums frykt på alvor er derfor en viktig del av forsvaret mot bioterrorisme.

De siste månedene har Nasjonalt folkehelseinstitutt, de andre smitteverninstutene i Europa og Amerika og Verdens helseorganisasjon formidlet at miltbrann ikke smitter mellom mennesker. Dette er et fryktreducerende budskap med god faglig basis.

Rutinene ved Ullevål universitetssykehus for håndtering av eventuelle pasienter med miltbrann kan bidra til å undergrave dette budskapet. Rutinene legger nemlig opp til omfattende og unødvendige isolerings- og pleiebeskyttelsestiltak. Disse tiltakene er totalt på kollisjonskurs med alle andre anbefalinger vi kjenner, også de fra Berdals militære kolleger i USA (2), som anbefaler bare sykehushygiene standardtiltak ved miltbrann.

Oslo

Bjørn G. Iversen

Preben Avitsland

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Aavitsland P. Bioterrorisme: trussel og beredskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1730.
2. Franz DR, Jahrling PB, Friedlander AM, McClain DJ, Hoover DL, Bryne WR et al. Clinical recognition and management of patients exposed to biological warfare agents. JAMA 1997; 278: 399–411.

Redningshelikoptertjenesten i Bodø

Leger ved Nordland sentralsykehus presenterte i Tidsskriftet nr. 1/2002 en gjennomgang av den medisinske virksomheten knyttet til redningshelikopteret i Bodø i 11-årsperioden 1988–98 (1). Medisinsk nytte er ikke undersøkt, og søks- og redningsoppdrag er ikke inkludert. Medisinske utfordringer knyttet til oppdrag med redningshelikopter i Barentshavet er omtalt av Banak-miljøet i Tidsskriftet nr. 9/2001 (2).

Forfatterne fra Nordland sentralsykehus reiser spørsmål om redningshelikopteret skal være fast bemannet med anestesilege og knytter dette spørsmålet opp til en presisering av at det i første rekke er bilambulanse- og kommunehelsetjenesten som bør styrkes kompetansemessig. Her legges det opp til en kunstig konflikt mellom to gode tiltak. Operativ deltakelse i prehospital akuttmedisin kvalifiserer, og burde forplikte, anestesileger til å tilføre andre aktører akuttmedisinsk kunnskap. I Akuttmeldingen, som passerte Stortinget sommeren 2001 (3), påpekes det at luftambulansebasene bør være «Regionale akuttmedisinske kompetanseentra».

Bak departementets konklusjoner i Akuttmeldingen ligger en grundig analyse av luftambulansetjenestens nytteeffekt. Det heter at «medisinsk nytte av rask prehospital spesialisert akuttmedisinsk innsats, samt hurtig transport til sykehus er etter departementets oppfatning rimelig dokumentert for store pasientgrupper». På dette grunnlag, og for å etterleve intensjonen om en likeverdig helsetjeneste for befolkningen uansett bosted, defineres den målsetting at 90 % av landets befolkning skal nås av en legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Vi bør alle understøtte denne målsettingen – både kompetansekravet og tidskravet.

Det er vanskelig å tenke seg at kystbefolkningen i Nordland og sjøfolk på havet utenfor kan ha et noenlunde likeverdig akuttmedisinsk tilbud uten at redningshelikopteret i Bodø fortsatt bemannes fast med anestesilege. Legen må ha samme høye beredskapsnivå som den øvrige besetning. Dette bør slås fast når Stortinget behandler Redningshelikoptermeldingen (4) denne våren.

Oslo

Pål Madsen

Kirurgisk divisjon
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Ulvik A, Rannestad BS, Carlsen AW, Nielsen EW. Redningshelikoptertjenesten i Bodø – avansert akuttmedisin eller alternativ transport? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 25–9.
2. Haagensen R, Sjøborg K-A, Rossing A, Ingilæ H, Markengbakken L, Steen PA. Oppdrag med redningshelikopter i Barentshavet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1070–4.
3. St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap. Kap. 5.
4. Redningshelikoptertjenesten i fremtiden. St.meld. nr. 44 (2000–2001).

Kirken som fikk så kort levetid

Forsidebildet av Johanneskirken i Rådhusgaten, Oslo, i Tidsskriftet nr. 2/2002, gir anledning til en kommentar som et lite supplement til Øivind Larsens tankevekkende omtale av «den ukjente katedral» (1). Av omtalen kan man kanskje få inntrykk av at jordskjelvet sommeren 1904 førte til umiddelbar kondemnering av kirken. Men den ble faktisk fortsatt brukt til gudstjenester i atskillige år. Således ble mine foreldre viet der 14. juli 1918, og min far skriver ikke noe i sin dagbok om at det skulle være farlig å gifte seg der.

Derimot var det mye annet som gikk galt den dagen. Organisten, den kjente sangpedagog Ole Koppang (1842–1932), møtte ikke opp. Vikaren, unge frk. Lindemann, spilte bare gale melodier. I stedet for «Kjærlighet fra Gud» spilte hun «Kjærlighet er lysets kilde», og i stedet for «Det er så yndig å følges ad», spilte hun sannelig «Kjærlighet er lysets kilde» enda en gang. (Det var kanskje den hun kunne best!).

Grunnen til at min far valgte den vakle-vorne kirken var at han var en stor nasjonalist. Sognepresten var nemlig Bjørnsons venn, den stridbare og originale folkeopplysningsmannen Christopher Bruun (1839–1920), i dag kanskje mest kjent for sin deltakelse som frivillig i den dansk-tyske krig 1864–65. Men Bruun hadde ferie, og dessuten var han falt for aldersgrensen. Mine foreldre måtte derfor nøye seg med den nye presten, ifølge dagboken «ein kvitskjegga, kvithærd gamling».

Bryllupet ble for øvrig feiret i St. Olavs hotell, tidligere Rikard Nordraaks barndomshjem (i dag holder Human-Etisk Forbund til der). Det eneste det var knapphet på – grunnet verdenskrigen – var te. Den ble forbeholdt damene!

Vi er vant til at kirker står i hundrevis av år, mens hoteller ofte er en mer flyktig affære. I dette tilfellet ble det altså omvendt.

Nittedal

Åsmund Kjørheim

Litteratur

1. Larsen Ø. Hva kan vi lære av Johanneskirken? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 145–6.