



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Metadon og hjertearytmi – en avsluttende kommentar

Joe Siri Ekgren & Harald T. Andersens tilsvare (1) til vårt innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2007 (2) gjør det nødvendig med noen presiseringer.

Vi er ikke «nå» blitt klar over at QTc-forstyrrelser kan være et klinisk betydningsfullt fenomen. Dette har vært kjent siden 1960-årene. Vi er ikke negative til gode rutiner for bruk av EKG ved metadonbehandling. Vår kritikk har vært rettet mot krav om EKG før metadonbehandling kan påbegynnes. Det er riktig at EKG er tilgjengelig de fleste steder, men det er feil å hevde at vi kan basere våre inntakrutiner på at pasientene alltid møter frem til EKG-undersøkelse før oppstart og stabilisering.

Det er feil at EKG før oppstart i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) vil kunne få vesentlig innflytelse på antallet overdosedødsfall. Metadon ble påvist ved rettstoksikologisk undersøkelse i 136 av 2 443 overdosedødsfall (5 %) i perioden 1991–2003. Bare få av disse personene (n = 22; dvs. 16 %) var innskrevet i LAR-opplegg på dødstidspunktet (data fra Norsk folkehelseinstitutt, Divisjon for rettstoksikologi og rusmiddelforskning). Gjennomgående hadde disse 22 personene høye nivåer av mange typer rusmidler, slik at dødsfall knyttet til QTc-forlengelse neppe er dominerende årsak. De øvrige 114 har fått eller kjøpt illegal metadon. EKG før LAR-opplegg kan vanskelig forhindre slike dødsfall. Antallet dødsfall vil imidlertid kunne gå ned om alle leger følger retningslinjene for forskrivning av avhengighetsskapende legemidler, og om det er god nok kontroll med utlevering av slike midler.

Det er neppe riktig at særlig mange av dødsfallene under LAR-behandling skyldes hjerterytmeforstyrrelser. Som vi skrev i vårt forrige innlegg (2), har vi koblet et opprettet pasientregister for LAR-behandling med dødsårsaksregisteret. Dødsfall under slik rehabilitering er i hovedsak knyttet til dødsfall ved kjent somatisk sykdom, samt en del ulykker og vold/selv-mord. Uoppdaget rytmeforstyrrelse er neppe en hyppig dødsårsak ved disse tilstandene. Det er svært få dødsfall knyttet til tilfeller av overdose hos personer i behandling. Det er derimot mange overdosedødsfall før behandling (personer på venteliste) og etter utskrivning. EKG før inntak vil ha liten innflytelse på dette.

QTc-forstyrrelser ved metadonbehandling er omtalt i langt flere publikasjoner enn dem Ekgren & Andersen anbefaler oss å lese (1). I litteraturen pekes det først og fremst på behov for gode rutiner for vurdering med EKG under pågående metadonbehandling og spesielt ved risikofaktorer. Ekgren & Andersen viser til et utkast til nye retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering. Utkastet kommer ikke som noen stor overraskelse på oss, blant annet fordi en av oss (Waal) deltar i arbeidsgruppen. De nye retningslinjene vil ganske sikkert legge et forsvarlig grunnlag for tilfredsstillende rutiner i fremtiden.

Helge Waal

Universitetet i Oslo
og
LAR Øst

Aud L. Krook Viggo Hansteen

Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Ekgren JS, Andersen HT. Metadonbehandling og hjertearytmi. Tilsvare. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 459–60.
2. Waal H, Krook AL, Hansteen V. Metadonbehandling og hjertearytmi. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 459.

J.S. Ekgren & H.T. Andersen svarer:

Kritikken fra Helge Waal og medarbeidere om EKG-registrering som rutine før metadonbehandling bryter med både internasjonale anbefalinger og utkast til nasjonale retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratets arbeidsgruppe, hvor Waal oppgir å være medlem. Vi ønsker å presisere at EKG ikke forsinkes inntak til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), der ventetiden strekker seg fra måneder til år. Førstelinjetjenesten kan ta EKG parallelt med LAR-henvisning.

Forfatterne hevder at rutinemessig undersøkelse av EKG ikke vil få «vesentlig innflytelse på antallet overdosedødsfall». Vi oppfatter dette som en uakseptabel risiko for pasienters liv og helse. Waal og medarbeidere baserer sin risikoanalyse på tall fra perioden 1991–2003 og finner 5 % metadonrelaterte overdosedødsfall. Dette er i beste fall en bagatellisering. Ferske data for 2004–06 avdekker 611 overdosedødsfall, hvorav 172 relatert til metadon (28 %), heriblant 43 LAR-pasienter (J.P. Bernard, Nasjonalt folkehelseinstitutt, personlig

meddelelse) (1, 2). Kunne noen av disse 43 dødsfall vært unngått med rutinemessig EKG?

Waal og medarbeidere fremholder at majoriteten av metadonrelaterte overdosedødsfall rammer personer utenfor LAR-systemet. Dette er en fallitterklæring for LAR-systemet. Metadonbehandling i LAR-opplegg må kvalitetssikres for å bli faglig forsvarlig. Saken fortjener en egen debatt.

Vi oppsummerer: Norsk og internasjonal litteratur beskriver alvorlige hjerterytmeforstyrrelser og dødsfall som følge av forlenget QTc-tid hos pasienter som behandles med metadon (3). Metadonrelaterte hjerterytmeforstyrrelser øker dramatisk ved samtidig risikofaktor, hvilket forekommer hyppig i pasientgruppen, og omfatter bl.a. nedsatt leverfunksjon, medikamentinteraksjoner, herunder med flere typer antibiotika, og dårlig ernæringsstilstand (3, 4). Vi mener at metadonrelaterte hjerterytmeforstyrrelser underdiagnostiseres, og at rutinemessig EKG følgelig kan redde liv (3).

Økt risiko for hjerterytmeforstyrrelser og overdosedødsfall gjør metadonbehandling krevende å følge opp i allmennpraksis. Det er etter vårt syn et påtrengende behov for behandling i spesialiserte poliklinikker. Det bør opprettes en spesialitet i rusmiddel- og avhengighetsmedisin. Uten en spesialitet er feltet en karrieremessig blindgate, og rekrutteringen lider. Innenfor fagmiljøet har mange, inkludert Waal, lenge engasjert seg for en slik spesialitet. Dette initiativ gir vi full støtte.

Joe Siri Ekgren

Harald T. Andersen
Majorstua-klinikken

Litteratur

1. Årsrapport. Kripos 2005. www.politi.no/pls/idesk/docs/f752269284/narkotikastatistikk2005.pdf (4.3.2007).
2. Narkotikarelaterte dødsfall. Kripos 2007. www.politi.no/pls/idesk/docs/f1331865156/narkotikadodsfall_2006_nynorsk.pdf (4.3.2007).
3. Andersen HT, Ekgren JS. Hjertearytmi og plutselig død under metadonbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 63.
4. Ehret GB, Voide C, Gex-Fabry M et al. Drug-induced long QT syndrome in injection drug users receiving methadone: high frequency in hospitalized patients and risk factors. Arch Intern Med 2006; 166: 1280–7.