

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Hepatitt C er viktig for stoffmisbrukerne!

Preben Aavitsland satte i en leder i Tidsskriftet nr. 16/2009 spørsmålsteget ved om hepatitt er viktig for stoffmisbrukerne (1). Han tillater seg å hevde at en asymptomatisk hepatitt C-virusinfeksjon må være et av de minste problemene de sliter med. Slik er det ikke! Som pensjonert infeksjonsmedisiner, forsker og «LAR-lege» med flere desenniers erfaring med denne pasientgruppen, både i Sverige og i Norge, vil jeg hevde at det kroniske HCV-bærerskapet er noe av det mest problematiske i en rehabiliteringsfase for disse menneskene. Dette er spesielt påkateleg i familiesammenheng. Vår avdøde kollega hepatittspesialist Helge Bell kunne også gi mange eksempler på dette. Ett var bestemoren som ikke fikk omgås sine barnebarn fordi hun var HCV-bærer – og hun hadde ingen rushistorie! Vi vet at viruset smitter svært lite i en slik sammenheng, men den som er bærer av viruset, føler seg uren og kan også oppleves slik av andre.

Når vi nå har vist at det kan fungere bra å behandle pasienter med genotype 3 (2, 3), bør de derfor få sjansen. Like viktig er det med diagnostikken. Jeg har tidligere i Tidsskriftet (4) forsøkt å forklare forskjellen på antistoffpositivitet og virusbærerskap. Dessverre ble faktaruten som skulle fulgt innlegget den gang fjernet. Mange leger og pasienter tror dessverre fremdeles at positiv antistofftest innebærer kronisk bærerskap. I forstudien til vår HCV-behandlingsstudie (2) testet vi 356 LAR-pasienter i Oslo. Av disse var 95 % HCV-antistoffpositive, men bare 66 % av de positive hadde påvisbart HCV-RNA. Det vil si at 34 % ikke var bærere av viruset! Å formidle et slikt prøveresultat er gjevere enn å fortelle om lottogevinst på en million.

Vi bør unne alle våre medmennesker med injeksjonsmisbruk i anamnesen å få gjennomgå både antigenest og HCV-RNA-test og deretter å få tilbud om behandling. I hvert fall bør det gjelde for dem med genotype 2 og genotype 3 etter seks måneders injeksjonsfrihet og adekvat rusmestring, dvs. slik at de kan følge opp avtaler.

Så spre kunnskap om hepatitt C-virus og la slik diagnostikk og mulighet for behandling være en obligatorisk del av rehabiliteringsarbeidet med injeksjonsmisbrukere.

Aud L. Krook
Oslo

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Krook AL, Stokka D, Heger B et al. Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment: results of a pilot study. Eur Addict Res 2007; 13: 216–21.
3. Kristensen Ø, Sundøy A, Skeie K et al. Korttids hepatitt C-behandling av heroinavhengige pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1639–42.
4. Krook AL. Kronisk hepatitt C? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2801–2.

Korttids hepatitt C-behandling og stoffmisbruk

Virkeligheten fortøner seg forskjellig om en er helsebyråkrat i Oslo eller behandler stoffmisbrukere på Sørlandet. Det viser Preben Aavitslands unyanserte leder om hepatitt C-behandling av stoffmisbrukere i Tidsskriftet nr. 16/2009 (1). Ettersom vår studie er referert i lederen (2), kan vi ikke la enkelte av hans påstander bli stående uimotsagt.

I første avsnitt beskriver Aavitsland en gruppe gatenarkomane, noen aktive stoffmisbrukere som ikke har fått eller ikke ønsker behandling for sin avhengighetslidelse. Vi er enige i at disse aktivt må tilbys basal helsehjelp og at dette tilbudet mange steder er for dårlig i dag. Vår undersøkelse dreier seg ikke om gatenarkomane, men om personer som har vært rusfrie i minst seks måneder, takket være god legemiddelasstert vedlikeholdsbehandling (LAR), og som ønsker å bli kvitt sin hepatitt C-virusinfeksjon. Vi dokumenterer at LAR-behandling er et godt utgangspunkt for hepatitt C-behandling og at den kan gjennomføres med utmerket resultat, forutsatt et tverrfaglig team og god oppfølging. Spesielt første måned er viktig.

Her er vi på linje med Mauss og medarbeidere (3) og Krook og medarbeidere (4), som også kan vise til gode resultater for samme målgruppe, men med lengre behandlingstid.

Bivirkningene var moderate og lot seg håndtere med dosereduksjon uten tilleggsmedikasjon. Pasientene forteller at behandlingen gikk lettere enn forventet. Det er vist at 20–25 % av biopserte norske hepatitt C-pasienter i studier har hatt begynnende eller etablert levercirrhose. Gjennomsnittsalderen har vært 38 år (Dalgard, personlig meddelelse).

Når man som kliniker har sett opiatavhengige LAR-pasienter dø av cirrhose

og leversvikt fordi de tidligere er blitt nektet hepatitt C-behandling og også sett den gledene virusfrie pasienter i dag viser, er valget ikke så vanskelig. Vår anbefaling er at alle motiverte LAR-pasienter med positiv HCV-RNA bør henvises infeksjonsmedisiner/hepatolog for utredning og behandling.

Vårt engasjement når det gjelder substitusjonsbehandlede hepatitt C-pasienter handler også om etikk og lik rett til helsehjelp for vanskeligstilte. Det finnes dagsaktuelle helsetiltak som er betydelig dårligere dokumentert enn denne behandlingen.

Øistein Kristensen
Ole Rysstad
Frode Gallefoss
Sørlandet Sykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Kristensen Ø, Sundøy A, Skeie K et al. Korttids hepatitt C-behandling av heroinavhengige pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1638–42.
3. Mauss S, Berger F, Goelz J et al. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. Hepatology 2004; 40: 120–4.
4. Krook AL, Stokka D, Heger B et al. Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment. Results of a Norwegian pilot study. Eur Addict Res 2007; 13: 216–21.

Opiatavhengige LAR-pasienter bør behandles for hepatitt C

Avdelingsdirektør Aavitsland ved Statens folkehelseinstitutt konkluderer i en leder i Tidsskriftet nr. 16/2009 at opiatavhengige stort sett ikke bør få behandling for hepatitt C-virusinfeksjon (1). Etter vår oppfatning grunngrir han sitt standpunkt med en uheldig fremstilling av flere forhold. Vi er bekymret for konsekvenser av utspillet.

Vedrørende sykdommens naturlige forløp legger Aavitsland vekt på en populasjonsbasert prospektiv studie av unge irske kvinner med iatrogen HCV-smitte og beroliger oss med at kun 3 % av disse utviklet cirrhose i løpet av 17 år. Vi har dokumentert et mer alvorlig forløp av sykdommen for opiatavhengige. I en norsk behandlingsstudie, hvor de fleste var smittet gjennom rusmisbruk og gjennomsnittsalderen var kun 37 år, hadde omtrent hver fjerde raket å få brodannende fibrose eller cirrhose (2). Epidemiologer vil nok peke på hennis-

ningsskjevhet, men dette er status for pasientgruppen vi møter i sykehuspoliklinikkene. Hvorvidt vi anbefaler behandling er basert på dette, ikke på populasjonsbaserte studier av undergrupper. I en norsk populasjonsbasert tverrsnittsundersøkelse kom det frem at 80 % av de med norsk opprinnelse og hepatitt C-virus var smittet gjennom sprøytemisbruk (3). Median alder var 40 år, og 25 % av biopsiene viste brodannende fibrose eller cirrhose.

Dagens standardbehandling av HCV-infeksjon med pegylert interferon og ribavirin er ikke fullt så ineffektiv eller så krevede for pasienten som Aavitsland synes å tro. De fleste i Norge har genotype 2- eller genotype 3-infeksjon. Helbredelse oppnås hos vel 80 % av disse etter 3–6 måneders behandling. Av dem med genotype 1 oppnår 40 % helbredelse, men en betydelig andel av dem som ikke svarer på behandlingen kan identifiseres allerede etter tre måneder, slik at unødig terapi kan unngås. At HCV-behandling ikke har dokumentert langtids effekt, slik Aavitsland hevder, er feil (4).

På ett punkt synes Aavitsland å overvurdere betydningen av HCV-epidemien, idet han hevder at så å si alle opiatavhengige er bærere av viruset etter en viss tid med misbruk. Folkehelseinstituttet årlige undersøkelser viste i 2002 at prevalensen av kronisk hepatitt C var om lag 50 % hos dem med mer enn fem års injeksjons erfaring (5).

Vi anbefaler at alle LAR-pasienter blir undersøkt for HCV-antistoff og HCV-viremi. Alle som blir funnet HCV-RNA-positive, bør tilbys vurdering hos spesialist for utredning og behandling av virale hepatitter.

Olav Dalgard

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Steinar Skrede

Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Dalgard O, Bjørø K, Hellum K et al. Short (14 weeks) treatment with pegylated interferon alpha-2b and ribavirin in patients with hepatitis C genotype 2/3 virus infection. Hepatology 2004; 40: 1260–5.
3. Dalgard O, Jeansson S, Skaug K et al. Hepatitis C in the general adult population of Oslo: prevalence and clinical spectrum. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 864–70.
4. Yoshida H, Arakawa Y, Sata M et al. Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients. Gastroenterology 2002; 123: 483–91.
5. Dalgard O, Egeland A, Ervik R et al. Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere i Oslo. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 101–4.

P. Aavitsland svarer:

I lederartikkelen konkluderte jeg slik: «Stoffmisbrukere har, som andre borgere, krav på den beste behandling vi kan tilby. Men de må få god informasjon om valgene. En asymptomatisk infeksjon med hepatitt C-viruset er for de fleste antakelig et av de minste problemene de sliter med. For dem kan det beste valget være å vente med behandling til de har løst en del andre helseproblemer og livsvansker. I mellomtiden er kanskje behandlingen også blitt mer effektiv, mindre farlig og bedre dokumentert. Og helsetjenesten kan bruke ressursene på andre av misbrukernes helseproblemer» (1).

En stoffmisbruker i rehabilitering kan ha mange livsvansker og helseproblemer å rydde opp i, knyttet til f.eks. jobb, tannhelse, bolig, ernæringsstatus, hudår og psykisk sykdom. Sammen med fastlegen sin kan vedkommende ta for seg disse problemene ett for ett. Da er det ikke sikkert at behandling av en HCV-infeksjon uten leveraffeksjon skal stå øverst på listen.

Dalgard & Skrede har dermed ikke dekning for å hevde at jeg synes at «opiatavhengige stort sett bør ikke bør få behandling for hepatitt C-virusinfeksjon». Jeg mener, som Dalgard mente iallfall i fjor (2), at pasienter med leveraffeksjon kan vurdere behandling. Fastlegen kan altså følge sine pasienter og henvise dem som er motivert for behandling ved vedvarende forhøyede transaminaser (> 35 for kvinner og > 50 for menn) (2).

Nå ser det ut til at Dalgard & Skrede, Krook og Kristensen og medarbeidere vil behandle også dem uten leveraffeksjon. Da må de dokumentere at dette er til fordel for pasientene, gitt infeksjonens stort sett godartede naturlige forløp uten behandling (3). Dalgards ukontrollerte behandlingsstudie fra 2004 og hans tverrsnittstudie fra 2003 sier lite om langtidsprognosen ved hepatitt C-virusinfeksjon. Som sykehusleger møter Dalgard & Skrede de som har leversykdom, ikke de tusenvis av leverfriske hepatitt C-infiserte. Pasientene og fastlegene må ha et mer avansert syn på sykdommens naturlige forløp, og det kan de få fra kohortstudier som følger grupper av pasienter fra smittetidspunktet (3). En retrospektiv kohortstudie (4) som viste bedre overlevelse hos leversyke som hadde fått behandling, sier lite om behandlingsnyten for leverfriske hepatitt C-smittede.

Jeg er enig med Krook i at stigmatisering av hepatitt C-smittede må unngås og at legene må skille mellom vedvarende infeksjon (positiv HCV-RNA) og gjennomgått infeksjon (antistoffer, men vedvarende negativ HCV-RNA).

Preben Aavitsland

Folkehelseinstituttet

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.

2. Vik IS, Skaug K, Dalgard O et al. Hepatitt C – et helseproblem også i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 563–6.
3. Seeff LB. The history of the «natural history» and hepatitis C (1968–2009). Liver Int 2009; 29 (suppl 1): 89–99.
4. Yoshida H, Arakawa Y, Sata M et al. Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients. Gastroenterology 2002; 123: 483–91.

Blir leseren manipulert?

Alv A. Dahl har gjennom sitt arbeid og sine bøker vært anerkjent som psykiater, men han er ikke psykolog. Jeg leser med undring hans anmeldelse av *Manipulasjon. Forståelse og håndtering* i Tidsskriftet nr. 20/2009 (1). Ofte vil mennesker som ser et fenomen kun fra sitt eget ståsted, ikke gjenkjenne at tallet 9 når det betraktes fra et annet utgangspunkt er et 6-tall. Virkeligheten oppdages når man kan se hverandres perspektiv, men noen foretrekker å se verden kun gjennom sine egne briller.

Alv A. Dahls utspill i anmeldelsen røper begrensede og gammeldagse oppfatninger. I dag er forståelsen på dette fagfeltet utvidet. Dahl opphøyer seg selv til dommer over andre som mener noe annet enn ham selv innenfor et psykologfaglig rom ved kort og enkelt å konstatere at et annet perspektiv er «direkte feilaktig». En av analysene handler om grenseoppgang mellom to vesentlig forskjellige fenomener. Det ene innebærer en virkelighetsforstyrrelse og hører inn under Dahls fagfelt psykiatrien. Det andre er bevisst, kynisk utnyttelse av andre hvor man er meget klar over at man presenterer en falsk virkelighet for å oppnå noe. Det sistnevnte er en atferdsbeskrivelse som er psykologiens fagfelt – og bokens hovedtema.

Disse to fenomener er meget ulike og må forstås og håndteres helt ulikt i den kliniske hverdag. Det er behov for en grenseoppgang mellom dem og en revitalisering av begrepsbruken på fagfeltet slik at vi kan utvikle termer som er hensiktsmessige for å forstå virkeligheten. *Manipulasjon* har vært omtalt så mye i mediene, både i fagpressen og dagspressen, at det er for sent å advare (!) mot å kjøpe den, slik Alv A. Dahl gjør. Mange faggrupper, som dommere, psykologer og også leger, som virkelig ønsker å forstå dette fenomenet, har allerede funnet frem til den. Konstruktiv kritikk fra dyktige fagpersoner er informativt både for forfatteren og for leseren som vil nyttiggjøre seg en anmeldelse. Men denne kritikken var verken informativ eller nyttig og er dermed ikke konstruktiv.

Grethe Nordhelle

Oslo

Litteratur

1. Dahl AA. Råd for den som ikke vil bli lurt. Anmeldelse av: Nordhelle G. *Manipulasjon. Forståelse og håndtering*. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2152.