

Økt mortalitet hos benzodiazepinbrukere

Pasienter som bruker benzodiazepiner eller sovemedisin, har økt risiko for tidlig død.



Illustrasjonsfoto: NTB scanpix

Benzodiazepiner og sovemedisiner forskrives hyppig i allmennpraksis. Det er kjent at bruk av slike medikamenter kan gi økt risiko for blant annet demens og infeksjoner. I en britisk studie er sammenhengen mellom bruk av disse medisinene og mortalitet undersøkt (1).

Studien omfattet over 100 000 pasienter fra 273 allmennelegekontorer. Median oppfølgingstid var 7,6 år. Aldersjustert hasardratio for død i løpet av oppfølgingsperioden var 3,46 (95 % KI 3,34–3,59) hos medisinbrukerne sammenliknet med pasienter som ikke brukte angstdempende medisin eller sovemedisin. Når det i tillegg ble justert for kjønn og en rekke somatiske og psykiske helseplager, var hasardratio for død i oppfølgingsperioden 3,32 (95 % KI 3,19–3,45). Det ble funnet dose-repons-assosiasjoner både for benzodiazepiner, z-hypnotika og andre typer sovemedisiner.

– Dette er et godt eksempel på forskning som bare kan gjøres om man har tilgang til et kvalitetssikret pasientregister for allmennpraksis. Dette mangler vi fortsatt i Norge, sier Jørund Straand, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

– Det er viktig å understreke at «assosiert

med» ikke betyr «årsak til». Ett av flere kriterier for å sannsynliggjøre kausalitet i epidemiologiske studier er at assosiasjonen skal passe med en biologisk plausibel forklaring. Bortsett fra at sedasjon er direkte farlig ved obstruktiv søvnapné og ellers forbundet med økt fallrisiko, er ikke jeg kjent med biologisk plausible forklaringer på at bruk av hypnotika i terapeutiske doser i seg selv gir økt dødelighet. Selv om man har korrigert for en lang rekke forhold, gjenstår det fortsatt en «black box» med mange mulige forhold man ikke har korrigert for.

Det er også viktig å merke seg at forskerne ikke hadde data om dødsårsaker. Konklusjonen er derfor at dette er en spennende studie som gir grunnlag for hypoteser og som må følges i videre forskning, sier Straand.

Sigurd Høye
Tidsskriftet

Litteratur

1. Weich S, Pearce HL, Croft P et al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ* 2014; 348: g1996.

Overlevelse etter operasjon for ulcus perforatum

Mortaliteten ved ulcus perforatum kan forutsies med høy treffsikkerhet ved hjelp av seks kliniske variabler.

Insidensen av ulcus perforatum har vært stabil de siste 30 år. Mortaliteten er høy, det samme er pasientenes gjennomsnittsalder. Vi har nylig gjort en retrospektiv gjennomgang av alle pasienter operert for ulcus perforatum ved Stavanger universitetssjukehus i perioden 2001–10 (1).

Studien omfattet 172 pasienter etter at de som ble konservativt behandlet, hadde malignitet i såret eller fikk ulcus perforatum påvist ved obduksjon var blitt ekskludert. Median alder var 68 år, og 52 % var kvinner. 30-dagersmortaliteten var 16 %. Multivariabel logistisk regresjon viste at mortaliteten på dette tidspunktet kunne predikeres ved seks faktorer: høy alder, forsinkelse fra innkomst til operasjon over 24 timer, aktiv kreftsykdom, kreatininnivå (> 118 $\mu\text{mol/l}$), bilirubinnivå (> 19 $\mu\text{mol/l}$) og lavt albuminnivå ($\leq 37 \text{ g/l}$). Disse faktorene predikerte død i ni av ti tilfeller (areal under kur-

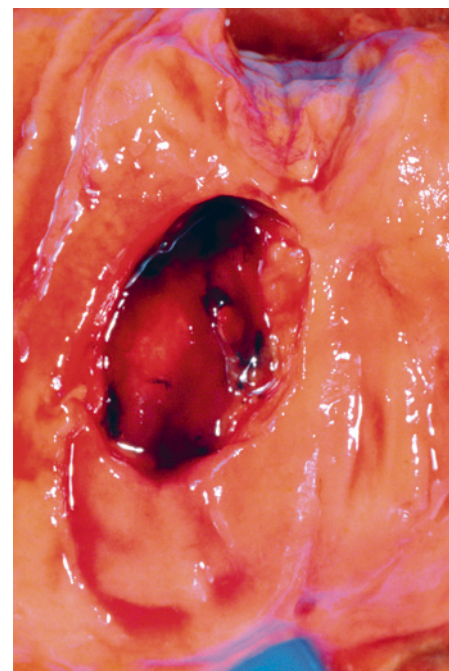
ven, AUC = 0,89). Den diagnostiske treffsikkerheten ved bruk av faktoranalyse var høyere enn ved etablerte skåringssystemer (Boey, ASA og PULP) for ulcus perforatum. Hypoalbuminemi alene hadde også en relativt høy prediktiv verdi (AUC = 0,75)

Muligheten til å kunne forutsi fatale hendelser har konsekvenser for ressursbruk og hvilken informasjon man kan gi pasient og pårørende. Funnene i denne studien vil også kunne benyttes til videre utvikling av skåringssystemer ved ulcus perforatum.

Kenneth Thorsen
Gastrokirurgisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus

Litteratur

1. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. What is the best predictor of mortality in perforated peptic ulcer disease? A population-based, multivariable regression analysis including three clinical scoring systems. *J Gastrointest Surg* 2014. E-publisert 8.3.



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library/NTB scanpix