

Re: Fra ketobemidon til morfin eller oksykodon

Vi takker Dale og medarbeidere for et interessant innspill (1) til vår korte kommentarartikkel om å skifte ut intravenøst ketobemidon med enten morfin eller oksykodon ved våre sykehus (2). De konkluderer at det ikke er spesielle farmakologiske forhold som skiller disse to opioidene og at morfin er deres førstehandsvalg (1).

Dale og medarbeidere fastslår at intravenøst oksykodon er 30 % sterkere enn morfin, mens vi konkluderte med at for praktiske forhold er stoffene tilnærmet ekvipotente. I litteraturen angis begge deler. En variasjon på 30 % vil uansett være liten i forhold til den store individuelle variasjonen man ser i opioidbehov ved samme type smerte. For utskifting av et medikament ved et hundretalls sengeposter på våre sykehus er det svært praktisk å forholde seg til 1:1 potens som et utgangspunkt for titrering mot effekt.

De fleste internasjonale oversiktsartikler er klare på at peroral oksykodon med en høy biotilgjengelighet gir bedre forutsigbarhet med hensyn på plasmakonsentrasjonen enn morfin (3). Ved akutt behandling eller kortvarig behandling med normale doser hos opioid-naive er dette praktisk viktig, men har også vist seg riktig ved langvarig behandling hos pasienter med kreft (4).

Når det gjelder anslag av effekt ved intravenøs opioid dosering, er det klare data på at oksykodon gitt intravenøst har en raskere innledende effekt enn morfin (5) og er således enklere å titrere opp til riktig og adekvat effekt ved akutt, sterk smerte.

Et poeng Dale og medarbeidere ikke tar opp, er de pasientene som har nyresvikt eller andre forhold knyttet til kritisk sykdom hvor morfinets aktive metabolitter kan skape reelle og betydelige kliniske problemer.

Vi mener konklusivt at det er enkelte farmakologiske forhold som skiller morfin fra oksykodon. Vårt råd til klinikere ved våre sykehus som skal fase ut ketobemidon, er å skifte til morfin som førstevalg ved kronisk kreftsmerte, i palliativ omsorg, til barn (foreløpig) og til pasienter med økt fare for misbruk. For akutt og sterk smerte, postoperativ smerte og til pasienter med nyresvikt anbefaler vi oksykodon.

Johan Ræder

johan.rader@medisin.uio.no

Vegard Dahl

Anne Markestad

Arve Nordbø

Anne Hilde Roaldset

Audun Stubhaug

Bjørn Sjøberg

Anke Willke

Vidar Aasbø

Per Wiik Johansen

Johan Ræder (f. 1954) er professor og fagansvarlig overlege ved Avdeling for anesthesiologi ved Oslo universitetssykehus. Han er medlem av legemiddelkomiteen ved sykehuset.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vegard Dahl (f. 1955) er professor og avdelingsjef ved Anestesiavdelingen, Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Markestad (f. 1955) er cand.pharm. og rådgiver for forsyningssikkerhet, Sykehusapotekene HF og Sykehusapoteket Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Arve Nordbø (f. 1965) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Avdeling for anesthesiologi, Sykehuset i Vestfold.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Hilde Roaldset (f. 1954) er spesialist i anesthesiologi, har godkjent kompetanseområde palliativ medisin, overlege ved Seksjon lindrende behandling, Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Audun Stubhaug (f. 1958) er professor i anesthesiologi ved Universitetet i Oslo og leder av Avdeling for smertemedisin i Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Sjøberg (f. 1963) er spesialist i anestesi og overlege ved Anestesi- og intensivavdelingen ved Bærum sykehus. Han har det medisinske ansvaret for akutt smerteteam.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anke Willke (f. 1964) er spesialist i anesthesiologi og leder av Palliativt avsnitt, Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vidar Aasbø (f. 1955) er dr.med., spesialist i anesthesiologi og seksjons- overlege ved Smerteseksjonen ved Sykehuset Østfold.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Per Wiik Johansen (f. 1956) er dr.med. og spesialist i klinisk farmakologi. Han er seksjonsoverlege ved Seksjon for legemiddelkomité og -sikkerhet, Avdeling for farmakologi, og er leder av legemiddelkomiteen ved Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Dale O, Klepstad P, Tveita T et al. Re: Fra ketobemidon til morfin eller oksykodon. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1957.
2. Ræder J, Dahl V, Markestad A et al. Fra ketobemidon til morfin eller oksykodon. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1518–9.
3. Staahl C, Upton R, Foster DJ et al. Pharmacokinetic-pharmacodynamic modeling of morphine and oxycodone concentrations and analgesic effect in a multimodal experimental pain model. J Clin Pharmacol 2008; 48: 619–31.
4. Heiskanen TE, Ruismäki PM, Seppälä TA et al. Morphine or oxycodone in cancer pain? Acta Oncol 2000; 39: 941–7.
5. Olkkola KT, Kontinen VK, Saari TI et al. Does the pharmacology of oxycodone justify its increasing use as an analgesic? Trends Pharmacol Sci 2013; 34: 206–14.