
Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne?

LEDER

PREBEN AAVITSLAND

Preben Aavitsland (f. 1963) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Email: praa@fhi.no

Stoffmisbrukere har mange helseproblemer. Hepatitt C kan være et av de minste, og fordeler og ulemper med tidlig antiviral behandling må vurderes nøye

Vi har alle sett dem i sommergatene, stoffmisbrukerne, der de sitter og tigger penger eller selger gatemagasiner, hvileløst tripper rundt og speider etter doplangeren eller halter ustøtt av gårde til en mørk del av parken for å sette en sprøyte. Kommer vi nær nok, kan vi med et kort blikk diagnostisere avmagring, elendig tannstatus og abscesser. «Helsen er like skrøpelig blant misbrukerne som blant folk i den tredje verden,» sier en erfaren lege ved Feltpleien i Oslo [\(1\)](#).

I tillegg til selve avhengigheten av heroin, kan de injiserende misbrukerne være plaget med feilernæring, tannrøte, skader etter ulykker, frost og vold, dype venetromboser, blodbårne infeksjoner med hiv og hepatittvirusene, hudinfeksjoner og en rekke andre infeksjoner [\(2\)](#). I tillegg kommer psykisk sykdom som både kan være en medvirkende årsak til og en følge av stoffmisbruket. Legeforeningen har meget fortjenstfullt engasjert seg i denne gruppens helse gjennom å utgi en statusrapport om rusproblemer [\(3\)](#) og gjennom å gå inn for en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin er dannet for å styrke fagfeltet. En viktig utfordring for foreningen er å fremme god samhandling og redusere antydningene til kiving mellom fastlegene, klinikkene for legemiddelassistert rehabilitering, Feltpleien, spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjonene.

Heldigvis ser det ut til at foreningen har et videre perspektiv enn bare selve rusavhengigheten, og at den evner å se alle de andre helseproblemene. For den enkelte lege som har behandlingsansvar for stoffmisbrukere, er en viktig utfordring å håndtere problemene i riktig rekkefølge. Livreddende tiltak kommer først, deretter tiltak mot

selve grunnproblemet – rusavhengigheten. Akutte infeksjoner må oppdages (2) og håndteres. Samlet er dette en omfattende oppgave som krever bred innsats av helsevesenet for den enkelte pasient.

Hepatitt C-infeksjonen er et av de minst presserende helseproblemene for stoffmisbrukere flest. Nesten alle tidligere og nåværende injiserende stoffmisbrukere har hepatitt C-viruset i kroppen. Etter bare et par år som misbruker er risikoen for å være smittet over 50 %. Kanskje lever det i alt 20 000 – 30 000 smittede her i landet (4). Viruset kan på lang sikt forårsake leverfibrose, levercirrhose, leverkreft, leversvikt og død. Men de fleste smittede dør *med* viruset og en velfungerende lever og ikke *av* dette viruset og en ødelagt lever.

Likevel kan det være fornuftig å vurdere antiviral behandling med ribavirin og interferon med den målsetting å fjerne viruset (4). Pasienter med vedvarende tegn på leveraffeksjon, biokjemisk eller histologisk påvist, kan få tilbud om behandling. Hos over halvparten av pasientene vil viruset ikke lenger kunne påvises ved blodprøver etter 3 – 12 måneders behandling. Øystein Kristensen og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet at også nøye utvalgte pasienter under legemiddellassistert rehabilitering kan gjennomføre behandlingskuren mot hepatitt C (5). Behandlingsopplegget var imidlertid ressurskrevende, med hyppig kontakt med pasientene og til og med oppsporing og transport av pasienter med bil til sykehuset dersom de ikke møtte til avtalt tid.

Behandlingen kan ha ubehagelige og potensielt alvorlige bivirkninger (4). Det mangler også god dokumentasjon for langtidsprognose etter behandlingen. I denne sammenheng må virusets tilstedeværelse i blod anses som bare et surrogatendepunkt. Derfor må pasienten få god og balansert informasjon før han velger å forsøke behandlingen. Spørsmålet pasienten bør stille seg er: Vil livet mitt bli bedre og lengre om jeg tar denne behandlingen nå?

En viktig faktor i dette regnskapet er infeksjonens naturlige forløp. Mange oversiktsartikler og lærebøker nevner nokså sjablongmessig at 20 % av pasientene får levercirrhose etter 20 år (4, 5). Dette er antakelig et altfor høyt anslag. De fleste studier har estimert prognosen ved å ta utgangspunkt i personer med etablert kronisk hepatitt og forsøkt å anslå når de ble smittet. Da overser man alle dem som ikke har fått kliniske tegn på sykdom og derfor ikke har kontaktet helsetjenesten. Veldesignede studier med utgangspunkt i kohorter med definert smittetidspunkt og lite frafall viser at 20-årsrisikoen for levercirrhose er under 7 % (6). For eksempel var det bare fire kvinner (0,2 %) som hadde utviklet levercirrhose blant 917 kvinner som 20 år tidligere ved et uhell fikk anti-D-immunglobulin kontaminert med hepatitt C-virus (7).

Det er lite sannsynlig at utrydding av hepatitt C-viruset hos noen stoffmisbrukere vil ha særlig innvirkning på smittespredningen totalt. Det vil uansett finnes så mange tusen potensielle smitekilder blant misbrukerne. Det billigste smitteverntiltaket er fortsatt å bidra til god sprøytehygiene og mindre sprøytedeling. Misbrukere som skal kunne klare å gjennomføre en hepatitt C-kur, er nok godt i stand til å følge smittevernveiledningen.

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. Kanskje sykepleierne som leter dem opp for å bringe dem inn til en ny injeksjon av interferon, heller skulle kjøre dem til tannlegen?

Oppgitte interessekonflikter:

Ingen

LITTERATUR

1. Sundin G. Stoffmisbrukere må ha særomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3596.
2. Blystad H, Wiessing L. Guidance on provider-initiated voluntary medical examination, testing and counselling for infectious diseases in injecting drug users. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009.
3. På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Oslo: Den norske lægeforening, 2006. www.legeforeningen.no/id/94516.0 (4.8.2009).
4. Vik IS, Skaug K, Dalgard O et al. Hepatitt C - et helseproblem også i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 563-6.
5. Kristensen Ø, Sundøy A, Skeie K et al. Korttids hepatitt C-behandling av heroinavhengige pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1639-42.
6. Seeff LB. The history of the «natural history» of hepatitis C (1968 – 2009). Liver Int 2009; 29 (suppl 1): 89 – 99.
7. Wiese M, Berr F, Lafrenz M et al. Low frequency of cirrhosis in a hepatitis C (genotype 1b) single-source outbreak in Germany: a 20-year multicenter study. Hepatology 2000; 32: 91 – 6.

Publisert: 27. august 2009. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.09.0904
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.