
Poliklinisk skifte fra metadon til buprenorfin med mikroinduksjon

KORT KASUISTIKK

FARID JUYA

farjuy@siv.no

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Farid Juya er ph.d.-stipendiat og konstituert overlege i legemiddelassistert rehabilitering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHN FREDRIK ASKJER

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

John Fredrik Askjer er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINDA MERETE KAABERG DAHL

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Linda Merete Kaaberg Dahl er spesialvernepleier i legemiddelassistert rehabilitering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE HOLTAN

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Line Holtan er spesialsykepleier og koordinator i legemiddelassistert rehabilitering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON MORDAL

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
Jon Mordal er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege i legemiddelassistert rehabilitering.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Skifte fra metadon til buprenorfin gjøres oftest i døgnerheter og innebærer først en gradvis nedtrapping av metadon og så en «opioid-nulldag», som kan være krevende på grunn av abstinenser. Vi beskriver en ny og skånsom metode som også kan gjøres poliklinisk.

Pasienten var en mann i 50-årene som hadde vært i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) de siste 15 årene. Han fikk substitusjonsbehandling med 80 mg metadon mikstur daglig de første årene. Dosen ble imidlertid trappet ned til 50 mg et år før det aktuelle, grunnet samtidig bruk av illegale opioider og benzodiazepiner som resulterte i høy overdoserisiko og flere innleggelser på grunn av kombinasjonsoverdose. Daglig utlevering av medisiner under tilsyn, ukentlige psykoedukative samtaler og jevnlig kontakt med kommunens psykiske helseteam ble forsøkt, men pasienten overdoserte igjen flere ganger. Det var ikke forsvarlig å fortsette behandling med metadon.

Pasienten og LAR-lege var enige om at et skifte til buprenorfin var neste steg, da dette legemidlet er forbundet med lavere overdoserisiko enn metadon (1). Et skifte fra metadon til buprenorfin gjøres oftest i døgnerheter med nedtrapping av metadon og så en «opioid-nulldag» (tabell 1) (1). Pasienten ønsket ikke innleggelse og var redd for abstinenser. Polikliniske alternativer som mikroinduksjon med buprenorfin ble diskutert (2). Han var i utgangspunktet skeptisk til metoden, da det var begrenset erfaring med det i Norge, men ville likevel prøve.

Tabell 1

Standard skifte fra metadon til buprenorfin under opphold i døgnerhet, jf. nasjonale retningslinjer (1).

Dag	Metadon (mg)	Buprenorfin (mg)	Observasjonstid (min)
1	50 per os	-	5
2	40 per os	-	5
3	30 per os	-	5
4	Nulldag	-	-
5	-	2 + 2 + 4 sublingvalt	30
6	-	8 + 4 sublingvalt	30
7	-	16 sublingvalt	30

Etter vurderingssamtale med lege begynte han med mikroinduksjon, som innebar stabil dose metadon (50 mg) og langsam introduksjon av buprenorfin (tabell 2). Pasienten ønsket å bruke buprenorfin i form av subkutan depotinjeksjon (Buvidal), som ble introdusert dag 7, og metadon ble seponert dag 8. Han ble hyppig og strukturert kartlagt med hensyn til vitale parametere og mulig abstinens (3). Skiftet forløp uten abstinenssymptomer eller komplikasjoner.

Tabell 2

Poliklinisk skifte fra metadon til buprenorfin med mikroinduksjon.

Dag	Metadon (mg)	Buprenorfin (mg)	Observasjonstid (min)
1	50 per os	0,4 × 1 sublingval ¹	30
2	50 per os	0,4 × 2 sublingval ¹	30
3	50 per os	0,8 × 2 sublingval ¹	30
4	50 per os	2 × 1 sublingval ¹	30
5	50 per os	2 × 1 ² sublingval ¹	30
6	50 per os	2 × 1 ² sublingval ¹	30
7	50 per os	8 i subkutan depotinjeksjon	30
8	-	-	-
9	-	-	-
10	-	16 i subkutan depotinjeksjon	30

¹Temgesic sublingvaltabletter

²Vi valgte å bruke samme dose tre dager på rad for å gjøre det mer skånsomt for pasienten. Om pasienten hadde ønsket opptrapping med buprenorfintabletter, kunne man administrere 3 og 4 mg på henholdsvis dag 5 og 6

I starten fikk pasienten substitusjonsbehandling med 16 mg buprenorfin i subkutan depotinjeksjon per uke. Denne dosen ble senere økt, og seks måneder etter skiftet brukte pasienten 24 mg buprenorfin ukentlig, møtte jevnlig til psykoedukative samtaler ved LAR-poliklinikken og hadde ingen overdoser.

Diskusjon

I Norge er det rundt 8 200 pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Andelen som benytter metadon, har sunket over tid og var på 30 % i 2023 (4). Buprenorfin i subkutan depotinjeksjon (ukentlig eller månedlig) ble tilgjengelig i 2019 og ble brukt av 19 % av LAR-pasientene i 2023 (4). Det er viktig å ha effektive og skånsomme metoder når man skifter substitusjonslegemiddel.

Buprenorfin er en partiell opioid agonist som har høyere bindingsevne til μ -opioidreseptorer enn metadon, og ved samtidig bruk kan det utløse akutte abstinenssymptomer (5, 6). Det er derfor man tradisjonelt har en nulldag mellom siste dose metadon og første dose buprenorfin. Mikroinduksjon innebærer samtidig bruk av metadon og en svært langsom introduksjon av buprenorfin. Dette gjør at risikoen for akutt abstinens er lav.

Mikroinduksjon ble først beskrevet i 2016 (2). Siden er det blitt publisert flere kasuistikker og oversiktsartikler (7–10), men randomiserte studier og erfaringer fra Norge er til nå ikke publisert. Den omtalte pasienten brukte en relativt lav dose metadon (50 mg), men det er tidligere rapportert om ukompliserte forløp selv med høye doser med ulike fulle opioidagonister (10). Pasientens lave komorbiditet og høye motivasjon bidro trolig til et ukomplisert forløp.

Kasuistikken bekreftet at man kan gjennomføre et skifte fra en opioidagonist til en partiell opioidagonist på en skånsom måte, poliklinisk og uten opioid-nulldag. Mikroinduksjon kan potensielt redusere risikoen for uønskede behandlingsavbrudd, øke pasientetterlevelsen og mestringsfølelsen samt frigjøre sengeplasser, men metoden må fortsatt brukes unntaksvis. Randomiserte studier er nødvendig for å systematisk evaluere mikroinduksjon opp mot konvensjonelle metoder.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet> Lest 26.4.2024.
2. Hämmig R, Kemter A, Strasser J et al. Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. *Subst Abuse Rehabil* 2016; 7: 99–105. [PubMed][CrossRef]
3. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs* 2003; 35: 253–9. [PubMed][CrossRef]
4. Nesse L, Lobmaier P, Skeie I et al. Statusrapport 2023. Tjuefem år med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2024/seraf-rapport-nr-2-2024-statusrapport-2023.pdf> Lest 5.6.2024.
5. Jones HE. Practical considerations for the clinical use of buprenorphine. *Sci Pract Perspect* 2004; 2: 4–20. [PubMed][CrossRef]
6. Walsh SL, Preston KL, Stitzer ML et al. Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clin Pharmacol Ther* 1994; 55: 569–80. [PubMed][CrossRef]

7. Ghosh SM, Klaire S, Tanguay R et al. A Review of Novel Methods To Support The Transition From Methadone and Other Full Agonist Opioids To Buprenorphine/Naloxone Sublingual In Both Community and Acute Care Settings. *Can J Addict* 2019; 10: 41–50. [CrossRef]
 8. Becker WC, Frank JW, Edens EL. Switching From High-Dose, Long-Term Opioids to Buprenorphine: A Case Series. *Ann Intern Med* 2020; 173: 70–1. [PubMed][CrossRef]
 9. Salapenka I, Konakanchi JS, Sethi R. Outpatient Rapid Microinduction of Sublingual Buprenorphine in 3 Days From Methadone for Opioid Use Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord* 2022; 24: 21cr03150. [PubMed][CrossRef]
 10. Ahmed S, Bhivandkar S, Lonergan BB et al. Microinduction of Buprenorphine/Naloxone: A Review of the Literature. *Am J Addict* 2021; 30: 305–15. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 5. september 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0073

Mottatt 6.2.2024, første revisjon innsendt 5.5.2024, godkjent 5.6.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.