



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Føtalt valproatsyndrom

Tidsskriftet nr. 12/2003 inneholder en interessant oversiktsartikkel om svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi (1). Forfatterne mener at fostervannsprøve, det vil si undersøkelse på α -føtoproteinmengden i fostervann for å påvise nevralrørsdefekter, bør vurderes hos pasienter som bruker valproat eller karbamazepin. Ved Haukeland Universitetssykehus har vi sluttet å ta fostervannsprøve for måling av α -føtoprotein. Årsaken er at kvinner med epilepsi også får tilbud om ultralydundersøkelse ved fostervann, der en øvet operatør i praksis vil oppdage alle tilfeller av ryggmargsbrokk som fører til stigning av α -føtoproteinmengden (2). Dermed slipper kvinnen et invasivt inngrep (fostervannsprøve) med en viss abortrisiko.

Forfatterne skriver at valproat, og trolig også karbamazepin, står i en særstilling med økt forekomst av nevralrørsdefekter (1). Risikoen ved valproatbruk gjelder ikke bare nevralrørsdefekter. «Mindre» utviklingsavvik er hyppigere forekommende, og affeksjon av kognitive funksjoner gir særlig grunn til bekymring (3). Barn med føtalt valproatsyndrom har karakteristisk utseende: flat neserot; tynne, buede øyebryn; bred panne, ofte med prominente metopisk sutur; tynn overleppe, flatt filtrum og liten hake (4). Trekkene blir mindre karakteristiske etter småbarnsperioden. Mental retardasjon ses hos ca. 30 % (4). Vekstforstyrrelser, øyemisdannelser og ortopediske anomalier forekommer også. Flere retrospektive studier tyder på at opptil 40 % av barn eksponert for valproat in utero har lærevansker, særlig hva gjelder språkfunksjoner (3). Det er en signifikant korrelasjon mellom lette dysmorfe trekk og verbal IQ (3) (U. Kini, personlig meddelelse).

Risikoen for å få barn med valproatsyndrom ser ut til å være doseavhengig, og flere studier viser at doser over 1 000 mg per døgn uansett bør unngås (5). Royal College of Physicians i London har frarådet bruk av mer enn 1 000 mg valproat per døgn hos kvinner som ønsker å bli gravide. Dersom en kvinne har fått et barn med valproatsyndrom, vil gjentakelsesrisikoen ved neste graviditet være svært høy dersom hun fortsetter med samme valproatdose. Dette skyldes antakelig at metabolske forhold hos mor disponerer fosteret for valproats teratogene effekter.

Ny kunnskap tyder på at valproat er forbundet med langt høyere risiko for fosterskade enn tidligere antatt. Dokumentasjonen er sterk nok til at dette bør få konsekvenser for dagens forskrivningspraksis, også før resultater fra større prospektive studier foreligger.

Gunnar Houge
Torunn Fiskerstrand
Nina Øyen

Senter for medisinsk genetik og molekylærmedisin
Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Taubøll E, Gjerstad L, Henriksen T, Husby H. Svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1695–7.
2. Silver RK, Leeth EA, Check IJ. A reappraisal of amniotic fluid alpha-fetoprotein measurement at the time of genetic amniocentesis and midtrimester ultrasonography. J Ultrasound Med 2001; 20: 631–7.
3. Barrett C, Richens A. Epilepsy and pregnancy: report of an epilepsy research foundation workshop. Epilepsy Res 2002; 52: 147–87.
4. Kozma C. Valproic acid embryopathy: report of two siblings with further expansion of the phenotypic abnormalities and a review of the literature. Am J Med Genet 2001; 98: 168–75.
5. Mawer G, Clayton-Smith J, Coyle H, Kini U. Outcome of pregnancy in women attending an outpatient epilepsy clinic: adverse features associated with higher doses of sodium valproate. Seizure 2002; 11: 512–8.

Rusmiddelmedisin som egen spesialitet – nå

I sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 12/2003 tar Svein Steinert (1) opp et meget viktig tema. Fylkeskommunale rusmiddelinstusjoner blir spesialisthelsetjeneste fra 1.1.2004, noe som er på høy tid.

Sosialhelsetjenesteloven av 1992 var et betydelig tilbakeskritt og førte til at den gode kontakten mellom primærhelsetjenesten og de rusmiddelmedisinske institusjoner ble brutt. Primærlegene mistet henvisningsretten; alt skulle gå gjennom sosialkontorene. En tungrodd og byråkratisk innsøknings- og godkjenningprosedyre for behandling, gjorde at kun langtkomne og sosialt utslåtte misbrukerne fikk økonomisk garanti og mulighet for behandling. Særlig har dette gått utover behandlingstilbudet til alkoholavhengige, som nektet å la seg registrere som sosialklienter og dermed mistet retten til kvalifisert behandling.

I stedet har psykiatriske institusjoner fått erfare at opptil 50 % av innleggelsene i akuttpsykiatriske avdelinger er rusrela-

terte. Ser man bort fra pasienter med dobbeltdiagnosen rus/psykose og som trenger psykiatrisk vern og behandling, har psykisk helsevern lite å stille opp med når det gjelder behandling av rusmiddelavhengige. Med enkelte hederlige unntak har leger i psykiatrien i liten grad satt seg inn i den metodefaglige viten som finnes innen rusmiddelmedisin og addiktologi, men fortsetter å arbeide etter symptommodellen, som aldri har gitt annet enn dårlige behandlingresultater.

Som Steinert påpeker er det et paradoks at rusmiddelmedisin ennå ikke er godkjent som egen spesialitet. Kan man ha spesialisthelsetjeneste uten spesialister?

For å virke rekrutterende på leger som kan tenke seg en karriere innen fagfeltet, trengs det robuste og kreative fagmiljøer som er forankret i en spesialitet, og den bør komme nå. Klinisk forskning og utdanning er en forutsetning for å oppnå et faglig nivå. Et stimuleringsprogram for klinisk rusmiddelmedisinsk forskning, for eksempel etter mønster av Per Vaglums program for klinisk psykiatri, må på banen.

Øistein Kristensen
Kristiansand S

Litteratur

1. Steinert S. Behandling av narkomane. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1652.

Ny forskrift i smittevernet

Det er nylig kommet en ny MSIS- og tuberkuloseregisterforskrift. Ifølge høringsnotatet som ble sendt ut tidligere i år, var hensikten med endringene å gjøre behandlingen av helseopplysninger i MSIS og Tuberkuloseregisteret mer kjent og få utnyttet dataene bedre (1). Vi vil benytte anledningen til å kommentere noen av endringene.

Det er kommet meldeplikt til kommunelegen også for sykdommer i gruppe B (tidligere gruppe C) – altså seksuelt overførte infeksjoner. Vi synes det er svært bra, det vil gi kommunelegene mye bedre innsikt i lokal epidemiologi, noe som er en forutsetning for forebyggende arbeid. Ellers er etablering av Smittevernvakta (som kom med SARS, men som også er angitt i forskriften) et godt tiltak.

Vi skulle imidlertid ønsket oss noen flere endringer, først og fremst meldeplikt for laboratoriene til kommunelegen (f.eks. ved