

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Hepatitt C er viktig for stoffmisbrukerne!

Preben Aavitsland satte i en leder i Tidsskriftet nr. 16/2009 spørsmålsteget ved om hepatitt er viktig for stoffmisbrukerne (1). Han tillater seg å hevde at en asymptomatisk hepatitt C-virusinfeksjon må være et av de minste problemene de sliter med. Slik er det ikke! Som pensjonert infeksjonsmedisiner, forsker og «LAR-lege» med flere desenniers erfaring med denne pasientgruppen, både i Sverige og i Norge, vil jeg hevde at det kroniske HCV-bærerskapet er noe av det mest problematiske i en rehabiliteringsfase for disse menneskene. Dette er spesielt påkateleg i familiesammenheng. Vår avdøde kollega hepatittspesialist Helge Bell kunne også gi mange eksempler på dette. Ett var bestemoren som ikke fikk omgås sine barnebarn fordi hun var HCV-bærer – og hun hadde ingen rushistorie! Vi vet at viruset smitter svært lite i en slik sammenheng, men den som er bærer av viruset, føler seg uren og kan også oppleves slik av andre.

Når vi nå har vist at det kan fungere bra å behandle pasienter med genotype 3 (2, 3), bør de derfor få sjansen. Like viktig er det med diagnostikken. Jeg har tidligere i Tidsskriftet (4) forsøkt å forklare forskjellen på antistoffpositivitet og virusbærerskap. Dessverre ble faktaruten som skulle fulgt innlegget den gang fjernet. Mange leger og pasienter tror dessverre fremdeles at positiv antistofftest innebærer kronisk bærerskap. I forstudien til vår HCV-behandlingsstudie (2) testet vi 356 LAR-pasienter i Oslo. Av disse var 95 % HCV-antistoffpositive, men bare 66 % av de positive hadde påvisbart HCV-RNA. Det vil si at 34 % ikke var bærere av viruset! Å formidle et slikt prøveresultat er gjevere enn å fortelle om lottogevinst på en million.

Vi bør unne alle våre medmennesker med injeksjonsmisbruk i anamnesen å få gjennomgå både antigenest og HCV-RNA-test og deretter å få tilbud om behandling. I hvert fall bør det gjelde for dem med genotype 2 og genotype 3 etter seks måneders injeksjonsfrihet og adekvat rusmestring, dvs. slik at de kan følge opp avtaler.

Så spre kunnskap om hepatitt C-virus og la slik diagnostikk og mulighet for behandling være en obligatorisk del av rehabiliteringsarbeidet med injeksjonsmisbrukere.

Aud L. Krook
Oslo

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Krook AL, Stokka D, Heger B et al. Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment: results of a pilot study. Eur Addict Res 2007; 13: 216–21.
3. Kristensen Ø, Sundøy A, Skeie K et al. Korttids hepatitt C-behandling av heroinavhengige pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1639–42.
4. Krook AL. Kronisk hepatitt C? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2801–2.

Korttids hepatitt C-behandling og stoffmisbruk

Virkeligheten fortøner seg forskjellig om en er helsebyråkrat i Oslo eller behandler stoffmisbrukere på Sørlandet. Det viser Preben Aavitslands unyanserte leder om hepatitt C-behandling av stoffmisbrukere i Tidsskriftet nr. 16/2009 (1). Ettersom vår studie er referert i lederen (2), kan vi ikke la enkelte av hans påstander bli stående uimotsagt.

I første avsnitt beskriver Aavitsland en gruppe gatenarkomane, noen aktive stoffmisbrukere som ikke har fått eller ikke ønsker behandling for sin avhengighetslidelse. Vi er enige i at disse aktivt må tilbys basal helsehjelp og at dette tilbudet mange steder er for dårlig i dag. Vår undersøkelse dreier seg ikke om gatenarkomane, men om personer som har vært rusfrie i minst seks måneder, takket være god legemiddelasstert vedlikeholdsbehandling (LAR), og som ønsker å bli kvitt sin hepatitt C-virusinfeksjon. Vi dokumenterer at LAR-behandling er et godt utgangspunkt for hepatitt C-behandling og at den kan gjennomføres med utmerket resultat, forutsatt et tverrfaglig team og god oppfølging. Spesielt første måned er viktig.

Her er vi på linje med Mauss og medarbeidere (3) og Krook og medarbeidere (4), som også kan vise til gode resultater for samme målgruppe, men med lengre behandlingstid.

Bivirkningene var moderate og lot seg håndtere med dosereduksjon uten tilleggsmedikasjon. Pasientene forteller at behandlingen gikk lettere enn forventet. Det er vist at 20–25 % av biopserte norske hepatitt C-pasienter i studier har hatt begynnende eller etablert levercirrhose. Gjennomsnittsalderen har vært 38 år (Dalgard, personlig meddelelse).

Når man som kliniker har sett opiatavhengige LAR-pasienter dø av cirrhose

og leversvikt fordi de tidligere er blitt nektet hepatitt C-behandling og også sett den gledene virusfrie pasienter i dag viser, er valget ikke så vanskelig. Vår anbefaling er at alle motiverte LAR-pasienter med positiv HCV-RNA bør henvises infeksjonsmedisiner/hepatolog for utredning og behandling.

Vårt engasjement når det gjelder substitusjonsbehandlede hepatitt C-pasienter handler også om etikk og lik rett til helsehjelp for vanskeligstilte. Det finnes dagsaktuelle helsetiltak som er betydelig dårligere dokumentert enn denne behandlingen.

Øistein Kristensen
Ole Rysstad
Frode Gallefoss
Sørlandet Sykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Er hepatitt C viktig for stoffmisbrukerne? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1623.
2. Kristensen Ø, Sundøy A, Skeie K et al. Korttids hepatitt C-behandling av heroinavhengige pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1638–42.
3. Mauss S, Berger F, Goelz J et al. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. Hepatology 2004; 40: 120–4.
4. Krook AL, Stokka D, Heger B et al. Hepatitis C treatment of opioid dependants receiving maintenance treatment. Results of a Norwegian pilot study. Eur Addict Res 2007; 13: 216–21.

Opiatavhengige LAR-pasienter bør behandles for hepatitt C

Avdelingsdirektør Aavitsland ved Statens folkehelseinstitutt konkluderer i en leder i Tidsskriftet nr. 16/2009 at opiatavhengige stort sett ikke bør få behandling for hepatitt C-virusinfeksjon (1). Etter vår oppfatning grunngrir han sitt standpunkt med en uheldig fremstilling av flere forhold. Vi er bekymret for konsekvenser av utspillet.

Vedrørende sykdommens naturlige forløp legger Aavitsland vekt på en populasjonsbasert prospektiv studie av unge irske kvinner med iatrogen HCV-smitte og beroliger oss med at kun 3 % av disse utviklet cirrhose i løpet av 17 år. Vi har dokumentert et mer alvorlig forløp av sykdommen for opiatavhengige. I en norsk behandlingsstudie, hvor de fleste var smittet gjennom rusmisbruk og gjennomsnittsalderen var kun 37 år, hadde omtrent hver fjerde raket å få brodannende fibrose eller cirrhose (2). Epidemiologer vil nok peke på hennis-