

Litteratur

1. Dobloug JH. Hvem vokter vokterne? Legeetikk i forsikringsmedisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 320–1
2. Hem E. Hvorfor har dere skrevet om meg uten å spørre? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 261.
3. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). § 27. [www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www lovdata.no/all/hl-19990702-064.html) (8.3.2013).

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 7.2.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2968488>

Preoperative nakkebilder hos voksne med Downs syndrom?

I Tidsskriftet nr. 3/2013 presenterer Eva A. Malt og medarbeidere en ryddig oversikt over helseproblemer hos voksne med Downs syndrom (1). Det er prisverdig at forfatterne også tar opp forhold som er viktig å kjenne til spesielt for anestesiologer. Like fullt er det grunn til å stille spørsmål ved et utsagn, som også er gjengitt i sammendraget: «Atlantoaksial instabilitet forekommer, og det skal utføres radiologisk undersøkelse av nakken før inngrep i narkose.» Anestesiologer er vel kjent med at det er en økt risiko for instabilitet i nakken hos pasienter med Downs syndrom, men er overrasket over kravet til rutinemessig preoperativ radiologisk screening ved denne lidelsen.

En rask spørreunde i februar 2013 avdekket at anesthesiavdelingene ved universitetssykehusene ikke har nedfelt i sine prosedyrer at det skal tas rutinemessig preoperative røntgenbilder av nakken hos voksne med Downs syndrom. Det ser heller ikke ut til å foreligge internasjonale retningslinjer som støtter screening av asymptomatiske voksne pasienter (2). Ikke sjelden er det dessuten slik at indikasjonen for narkose hos pasienter med Downs syndrom nettopp er å få gjort adekvat utredning, f.eks. radiologisk diagnostikk. Det er naturlig å spørre hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger bak kravet om radiologisk screening.

Røntgenbilder vil uansett ikke med 100 % sensitivitet avdekke en eventuell tendens til glidning, og langt de fleste rapporterte nakkeskader i forbindelse med kirurgi hos pasienter med stabile forhold i nakken (3). God anesthesiologisk praksis tilsier derfor at man unngår intubasjon hvis andre muligheter for tilfredsstillende luftveissikring finnes, og at man behandler nakken skånsomt med minst mulig bevegelser hos alle pasienter og med spesiell årvåkenhet ved Downs syndrom. Radiologisk forundersøkelse gjøres etter vurdering av pasienten, den planlagte luftveissikringen og leiringen under inngrepet. I vurderingen inngår hvorvidt tidligere utredning av pasienten har avdekket patologi i nakken.

Kunnskapsbaserte retningslinjer for vurdering av risiko for nakkeglidning er etterspurt, også internasjonalt (2). Skulle det fremkomme dokumentasjon som gjør at krav til anesthesiologisk praksis og prosedyrer bør endres, er det naturlig at det skjer i samarbeid med våre faglige organer og ikke som en konklusjon i en oversiktsartikkel fra andre fagmiljøer.

Siv Cathrine Høymork

sch@kunnskapssenteret.no

Johan Ræder

Siv Cathrine Høymork (f. 1965) anesthesiolog og avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Ræder (f. 1954) er overlege og professor ved Avdeling for anesthesiologi, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Malt EA, Dahl RC, Haugsand TM et al. Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 290–4.
2. Hata T, Todd MM. Cervical spine considerations when anesthetizing patients with Down syndrome. Anesthesiology 2005; 102: 680–5.
3. Hindman BJ, Palecek JP, Posner KL et al. Cervical spinal cord, root, and bony spine injuries: a closed claims analysis. Anesthesiology 2011; 114: 782–95.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2966533>

Autisme ved Downs syndrom

I Tidsskriftet nr. 3/2013 sto en interessant oversiktsartikkel av Eva A. Malt og medarbeidere om voksne med Downs syndrom (1). Jeg ønsker å supplere avsnittet om sentralnervesystemet med et fenomen som har vært lite påaktet når det gjelder personer med Downs syndrom: At en ikke liten andel av disse personene samtidig har autisme. Moss og medarbeidere fant i sin studie av 108 personer med Downs syndrom en forekomst på 19 % for autismespekterforstyrrelser og 8 % for autisme (2). Rasmussen og medarbeidere formulerte det slik: «autism is by no means rare in DS. Results showed that there was a considerable delay in the diagnosis of autism as compared with children with autism who did not have DS.» (3).

Autismeeenheten skriver at ett av særtrekkene hos disse pasientene med dobbeltdiagnose er at språkutviklingen viser et relativt raskt fall i både ordforråd og grammatikk i aldersgruppen 14–19 år (4). Sterkt forlenget latenstid er også et typisk trekk. Personene i utvalget til Autismeeenheten er beskrevet som mer atletiske og mindre hypotone enn det som vanligvis er tilfellet med personer med Downs syndrom. Man ser ikke den «sosiale» oppførselen og personligheten som ellers er typisk ved Downs syndrom. Pasientene har en passiv reaksjon på uventede hendelser og generelt høy grad av passivitet.

Min erfaring fra Helse Bergen er at svært få voksne med Downs syndrom har fått diagnostisert autisme. Etter min mening foreligger det sannsynligvis en betydelig underdiagnostisering, og vi må være åpne for at en del av de pasientene vi møter som har Downs syndrom og «vanskelig» atferd, kan ha udiagnostisert autisme.

Jack Schjelderup

jack.schjelderup@helse-bergen.no

Jack Schjelderup (f. 1956) er overlege ved Habiliteringstjenesten for voksne, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Malt EA, Dahl RC, Haugsand TM et al. Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 290–4.
2. Moss J, Richards C, Nelson L et al. Prevalence of autism spectrum disorder symptomatology and related behavioural characteristics in individuals with Down syndrome. Autism 2012; e-publisert 15.5.2012.
3. Rasmussen P, Börjesson O, Wentz E et al. Autistic disorders in Down syndrome: background factors and clinical correlates. Dev Med Child Neurol 2001; 43: 750–4.
4. Barn og unge med Down syndrom og autisme. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for autisme (Autismeeenheten), 2011.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2966533>

E. A. Malt svarer:

Takk for utdyping og presisering vedrørende rutinemessige preoperative nakkebilder hos personer med Downs syndrom. Vår intensjon er ikke å introdusere nye retningslinjer for preoperative rutiner for denne gruppen. Vi ønsker imidlertid å minne klinikere, og da spesielt fastlegene, om at atlantoaksial instabilitet kan være bakenforliggende årsak til tidlige tegn og symptomer på kompresjon av

>>>

ryggmargen, som nakkesmerter, torticollis, endret gange, endringer i blære- og tarmkontroll og/eller muskelsvakhet. Ved henvisning til f.eks. tannbehandling eller mindre inngrep i narkose vil det ofte være ventetid før behandlingen finner sted. Dersom fastlegen mistenker at det kan foreligge instabilitet i nakken, vil en røntgenundersøkelse utført i ventetiden ofte kunne avklare dette i god tid før inngrepet.

Eva Albertsen Malt
 email@ahus.no

Eva Malt (f. 1955) er overlege ved Avdeling for voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Legemidler og eldre

I Tidsskriftet nr. 3/2013 tar Camilla Bystad & Georg Sager for seg polyfarmasi hos eldre (1). Polyfarmasi øker risikoen for både bivirkninger, interaksjoner og andre legemiddelrelaterte problemer. Vi er enige i at kunnskapen om rasjonell farmakoterapi for de eldste og skrøpeligste er mangelfull og at kasuistikken her kan tjene nyttige funksjoner (2).

I tillegg er det utarbeidet flere typer eksplisitte kriterier, som for eksempel NORGEP (The Norwegian General Practice criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients) (3) og START/STOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions) (4). Disse, sammen med interaksjonsdatabaser, kan til en viss grad hjelpe klinikerne. Hos gamle er imidlertid de mest alvorlige bivirkningene og interaksjonene sterkt knyttet opp til en klinisk kontekst, og da er både databaser og eksplisitte kriterier til begrenset nytte. Alvorlige legemiddelrelaterte problemer hos gamle omfatter ofte interaksjoner med sykdoms- og aldersforandringer, og i mange tilfeller er de utløst av legemiddelkombinasjoner som i andre kliniske situasjoner tvert imot er anbefalt.

Et eksempel: En gammel pasient med hjertesvikt får kombinasjonen ACE-hemmer, diuretika og betablokker som anbefalt. Pasienten har nefropati, men det går bra likevel. Men så blir pasienten dehydrert på grunn av en i seg selv bagatellmessig gastroenteritt, blir hypovolemisk og hypotensiv, får akutt nyresvikt og alvorlig hyperkalemi. Skyldes dette da en interaksjon mellom de tre nevnte medikamentene, skyldes det nefropatien eller skyldes det gastroenteritten?

Dette er komplekse kliniske situasjoner der fastlegen har et godt utgangspunkt for å gjøre vurderinger i kraft av sin kjennskap til pasienten over tid, men i mange tilfeller har han/hun begrenset erfaring med de mest sammensatte farmakoterapeutiske utfordringene. Mange forskere har studert metoder for å redusere potensielt skadelig polyfarmasi hos eldre, men de fleste studiene har dårlig metodisk kvalitet eller man har bare studert surrogatendepunkter, for eksempel reduksjon i antall forskrevne legemidler. De gir ikke informasjon om hvorvidt dette fører til en reell helsegevinst for pasienten. Vi har derfor planlagt en randomisert, kontrollert studie der vi vil studere effekten på relevante kliniske endepunkter av et opplegg for klinisk geriatrik vurdering etterfulgt av en strukturert legemiddelgjennomgang utført av fastlege og geriater i fellesskap. Vi håper at dette vil vise seg som en fruktbar samarbeidsmodell, og at vi gjennom prosjektet kan bidra med ny kunnskap om hvordan man i praksis kan tilnærme seg «skreddersøm» av høy kvalitet i legemiddelbehandlingen av gamle.

Rita Romskaug
 rita.romskaug@nittedal.kommune.no
Torgeir Bruun Wyller

Rita Romskaug (f. 1978) er sykehjemslege i Nittedal kommune. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.

Litteratur

1. Bystad C, Sager G. Rasjonell og sikker farmakoterapi for eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 268.
2. Wyller TB. Kasuistikker for det 21. århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1913.
3. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. Scand J Prim Health Care 2009; 27: 153–9.
4. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008; 46: 72–83.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 6.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965465/>

Polyfarmasi hos eldre

Camilla Bystad & Georg Sager tar i en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 3/2013 (1) opp viktige kliniske og farmakoterapeutiske problemer som gjelder gamle mennesker med multiple sykdommer. De påpeker ganske riktig at man i denne aldersgruppen av etiske grunner ikke kan utføre prospektive medikamentutprøvinger, men må holde seg til god kasuistikkbedømmelse og klinisk erfaring.

Min erfaring fra lang allmennpraksis og som sykehjemslege er at polyfarmasi med uante interaksjoner hos gamle er et stort og for sømt medisinsk forskningsfelt. Den gamle pasienten får i livsløpet sykdommer og funksjonssvikt i de ulike organsystemene og henvises til organspesialister som arbeider innenfor sitt organspesifikke felt og forskriver medikamenter ut fra sitt spesialområde, uten å skjule til helheten og hvilke medikamenter andre spesialister har forskrevet ut fra sitt ståsted.

Den aldrende organismen utvikler over tid svikt i vitale organfunksjoner i nyrer og lever, med avgjørende betydning for omsetning og utskilling av alle tilførte stoffer – også medikamenter. Svikt i intracellulære omsetningsmekanismer kommer i tillegg.

Det er et stort medisinsk og menneskelig problem at mange gamle pasienter som innlegges i sykehjem daglig kan få tilført over ti ulike perorale medikamenter uten at noen medisinsk ansvarlig har reagert med radikal seponering av de fleste. Ingen vil noen gang kunne forklare de konsekvenser som en slik polyfarmasi medfører – med uante interaksjoner og skadelige, gjerne letale, følger.

Det er viktig at våre eksperter innen biokjemi og farmakologi uttaler seg om denne praksisen, slik at vi som behandler gamle vet hvor grensen går. Geriater burde kunne gi gode medisinsk funderte råd til oss som uten spesialfaglig bakgrunn hovedsakelig arbeider med gamle og syke mennesker.

Den økende andelen gamle mennesker i landet vårt vil tvinge frem andre løsninger innenfor farmakoterapi, med rasjonell behandling av hele mennesket. Seponering av ett eller flere medikamenter er ofte en god løsning og til beste for den gamle.

Per Steinar Steinsvoll
 ststeins@online.no

Per Steinar Steinsvoll (f. 1934) er spesialist i allmennmedisin og pensjonert fastlege og tilsynslege i Sel.

Litteratur

1. Bystad C, Sager G. Rasjonell og sikker farmakoterapi for eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 268.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 28.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965465/>