

Benzodiazepinaftrapning, hvorfor lykkes det ikke altid?

Forfatteren er praktiserende læge og en af hovedaktørerne i Ringkjøbing Amts initiativ til reduktion af benzodiazepinforbruget i almen praksis. I denne artikel gennemgår han i kommenteret form tre eksempler på vanskelighederne i forsøg på aftrapning. Artiklen understreger behovet for, at initiativet støttes af pårørende og behovet for samarbejde med andre behandlere, fx personalet på plejehjem og sygehuse, som ofte har et medansvar for at starte eller fortsætte et uhensigtsmæssigt forbrug.

BIOGRAFI:

Forfatteren er praktiserende læge i Thyborøn og lægemiddelkonsulent ved Medicinenheden i Ringkjøbing Amt.

FORFATTERS ADRESSE:

Lægehuset, Ærøvej 1B, 7680 Thyborøn.
E-mail: vkj@dadlnet.dk

Udtrapning af benzodiazepiner og cyclopyrroloner (Fig. 1) i almen praksis anses ofte for at være svært og grænsende til det umulige. Det er imidlertid muligt med få og enkle midler at gennemføre en begrænsning. En reduktion af det totale forbrug af denne type lægemidler på 50–75% i en almindelig lægepraksis kan ikke længere anses for at være uopnåeligt (1, 2). Indimellem støder man dog på vanskeligheder, som ikke umiddelbart kan løses. Nærværende kasuistik dokumenterer med tre sygehistorier områder, hvor der erfaringsmæssigt kan være problemer.

SYGEHISTORIE I

En 95-årig kvinde, der stort set altid har været rask, fik i en alder af 55 år første gang ordineret chlordiazepoxid på grund af nervøsitet.

73 år gammel fik patienten fast chlordiazepoxid 10 mg samt flunitrazepam 1 mg som hypnotika, som senere ændredes til diazepam 10 mg daglig og zopiclon 7,5 mg til natten.

I de to sidste år var forbruget zopiclon 3,75 mg samt diazepam 4 mg.

Patienten blev efterhånden noget tunghør og alderspræget, hvorfor hun kom på plejehjem. De sidste par år havde hun flere faldeperioder, dog uden alvorlige skader. Når man forklarede nødvendigheden af en reduktion af medicinforbruget, accepterede patienten og sluttede samtalen med at sige, at sine sove- og nervepiller ville hun have.

Patienten reagerede meget kraftigt med uro ved den mindste medicinændring. Familien og plejehjemspersonalet frabad sig yderligere forsøg på reduktion.

SYGEHISTORIE 2

En 49-årig mand, der i 11 år havde en medicinsk svært behandlelig paralysis agitans, fik for fem år siden anlagt el-stimulation af nucleus subthalamicus med overvejende god effekt på patientens meget smertefulde dystonitilfælde. Siden diagnosen blev stillet, har patienten fået zopiclon 7,5–15 mg til nat. De sidste to år er det forsøgt intermitterende at erstatte zopiclon med clonazepam 0,5 mg, da patienten har udviklet tendens til søvngængeri, mareridt og meget urolig søvn. Clonazepam gav anledning til balanceproblemer om morgenen. Ved undersøgelse på søvnafdeling stilledes diagnosen REM (*rapid eye movement*) *behavior disorder*, og behandlingen blev suppleret med clobazam 10 mg til natten samt melatonin 3 mg stigende til 9 mg til natten. Behandlingen havde ingen umiddelbar effekt.

SYGEHISTORIE 3

En 57-årig kvinde fik for otte år siden stillet diagnosen morbus Behçet. Sygdommen kompliceredes med flere cerebrale infarkter medførende synsbesvær, hukommelses-svækkelse og hurtig udtrætning. Patienten var i immunosuppressiv behandling. Sygdommen havde medført flere indlæggelser på centralsygehus samt landsdelssygehus

med efterfølgende ambulante kontroller i reumatologisk regi.

Patienten havde tidligere haft et diazepamforbrug på grund af muskelspændinger.

I forbindelse med ovenstående sygehusophold blev patienten sat i behandling med zopiclon 7,5 mg til natten. Efter udskrivelser blev patientens sovemedicin søgt reduceret for ved næste ambulante sygehuskontrol at blive sat op igen. Dette har resulteret i et noget svingende ordinationsmønster. Aktuelt er patienten i fast behandling med 1,88 mg zopiclon.

Diskussion

Praktiserende lægers behandling bygger som regel på konsensus mellem lægen og patienten. Pårørende og andre aktører, f.eks. hjemmeplejen, tages sædvanligvis med på råd, når det er relevant. I sygehistorie 1 beskrives en alderspræget patient, hvor konsensus om udtræning ikke foreligger. Der er fagligt godt belæg for at gøre forsøget, idet der er mulighed for pseudodemens, og risikoen for, at patienten pådrager sig en collum femoris-fraktur, er øget 100% (3). Tanken om at gennemføre en »tvangsafvænnning« giver anledning til etiske og juridiske overvejelser, som umiddelbart er svære at håndtere.

I sygehistorie 2 beskrives en Parkinsonpatient med svære søvnforstyrrelser. Det er velkendt, at 15–47% har søvnforstyrrelser med påvirkning af REM-aktiviteten (4, 5).



Fig. 1.

Det er svært at se rationalet i at skifte fra et benzodiazepin til et andet, når man ved, at REM-deprimeringen kun varer nogle få uger, og seponering kan resultere i øget REM-aktivitet. Som praktiserende læge kan man kun se til fra sidelinjen, når neurologer og søvnspecialister gør deres ordinationer.

I tredje sygehistorie beskrives den klassiske konflikt mellem sygehus og almen praksis. Sygehuset ordinerer sovemedicin og opnår god effekt under indlæggelsen. Effekten aftager efter ca. fire uger. Derefter er der kun bivirkninger og abstinenser tilbage. En patient, der er let at forvirre, som har nedsat hukommelse og en hjerneskade, har ikke brug for at få sine kognitive evner yderligere reduceret.

Man kunne desuden overveje, om ikke det burde være således, at når en indlagt eller ambulat patient får udskrevet anxiolytika og hypnotika, skulle der i udskrivningsbrevet være lagt plan for, hvor længe behandlingen skal vare og taget stilling til forløbet af en eventuel udtrapning. En løbende ordination uden stillingtagen kan være i strid med cirkulæret om brug af benzodiazepiner, og det bør overvejes, om

den er i overensstemmelse med god lægeskik. En sådan stillingtagen burde anses for naturlig og være et led i den efterfølgende ambulante behandling.

Interessekonflikter: Forfatteren er ansat ved Medicinenheden i Ringkøbing Amt og modtager støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til studier og initiativer vedrørende lægemiddelrelaterede problemer, herunder *compliance*.

LITTERATUR

1. Jørgensen VRK, Toft BS, Fogh MvS. Reduktion af vanedannende medicin i praksis! Ugeskr Læger 2006; 168: 1636–40.
2. Jørgensen VRK. Benzodiazepinaftrapning tre eksempler fra almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 2006; 84: 457–9.
3. Cumming R, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people. CNS Drugs 2003; 17: 825–37.
4. Gagnon JF, Bedard MA, Fantini ML, Petit D, Panisset M, Rompre S et al. REM sleep behavior disorder and REM sleep without atonia in Parkinson's disease. Neurology 2002; 59: 585–9.
5. CIR nr 12 af 13/01/2003. Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.