



Klinisk Farmakologisk Afdeling Nyhedsbrev

Nr. 10 – sept., 2021



NYT FRA KLINISK FARMAKOLOGISK AFDELING

Kære kollega

Vi vil med dette gerne give dig en hurtig og kortfattet information om aktuelle emner inden for psykofarmakologi. Nyhedsbrevet er baseret på problemstillinger som vi er stødt på i vort samarbejde med psykiatrien. Hvis et eller flere emner har din interesse, kan du kontakte os og få tilsendt yderligere information.

Har du spørgsmål om konkrete, kliniske problemstillinger vedrørende lægemidler, kan du kontakte:

*Lægemiddelrådgivningen
Vagthavende 23280601 (hverdage 8-15)
eller via mail KFA@auh.rm.dk*

Rådgivningen er vederlagsfri for alle læger i Region Midtjylland og Region Nordjylland

Med venlig hilsen

Lene Høimark, afdelingslæge og Eva Aggerholm Sædder, ledende overlæge

Lamotrigin seponering ved bipolar affektiv sindslidelse? [5909]

Ved patienter med kendt epilepsi er det velkendt, at brat seponering kan fremprovokere rebound krampeanfald, herunder status epilepticus. I kliniske studier er der imidlertid ikke set en tilsvarende risiko efter pludselig seponering af lamotrigin ved patienter med bipolar affektiv sindslidelse ift. placebo. Lamotrigin kan derfor ved patienter uden kendt epilepsi seponeres uden forudgående udtapning. To cases med krampeanfald, opstået efter pludselig lamotrigin-seponering hos patienter m. bipolar affektiv sindslidelse uden kendt epilepsi, kunne formentligt forklares via potentielle ikke nærmere beskrevne confoundere.

Venlafaxin og slow metabolizers? [6636]

Venlafaxin metaboliseres via CYP2D6. Dele af befolkningen metaboliserer visse lægemidler anderledes end normalbefolkningen. Dette skyldes genetiske variationer i leverens CYP-enzymmer. Særligt enzymet CYP2D6 er interessant, idet 7-8 % af den europæiske befolkning er såkaldt "poor metabolizers".

Det betyder at plasmakoncentrationerne af venlafaxin er højere hos personer, som har en ringe CYP2D6- metaboliseringsevne end hos personer, som har en god metaboliseringsevne. Men eftersom den totale eksponering (AUC) for venlafaxin og den aktive metabolit, O-desmethylvenlafaxine (ODV) er den samme hos personer med en god og personer med en ringe metaboliseringsevne, er der imidlertid ikke behov for forskellige dosisregimer for venlafaxin for disse to grupper

Synsforstyrrelser ved lithium? [6076]

Ifølge pro.medicin.dk er øjenbivirkninger ikke beskrevet for lithiumcitrat, mens produktresume beskriver scotomata og sløret syn med ukendt frekvens. Micromedex databasen angiver incidensen af sløret syn på 9 %, men, at dette er som tegn på forgiftning. Katarakt (grå stær) kan være en bivirkning til langvarigt brug af lithium. Et studie viste at mere end 2 års forbrug af lithium var forbundet med en signifikant øget risiko for dannelse af grå stær (39% øget risiko ved monoterapi; 44% øget risiko med supplerende behandling) sammenlignet med ikke-brugere hos patienter med bipolar lidelse eller skizofreni (n = 14.288). Nystagmus og scotoma er nævnt i enkelte case-rapporter.

Antidepressiva og benzodiazapin ved porfyri [6457]

Porfyri er en samlet betegnelse for en gruppe sjældne, arvelige sygdomme med genetisk betinget nedsat aktivitet i enzymerne i hæmsyntesen. Stimulation af hæmsyntesen kan medføre ophobning af porfyrin metabolitter, hvilket kan resultere i akutte porfyri anfald. Ved anfald har patienten stærke mavesmerter, ofte ledsaget af opkast og/eller forstoppelse, neurologiske fænomener og psykiske forstyrrelser. Anfaldene optræder hyppigere hos kvinder i den fertile alder (prævalens i Sverige 1/10.000. Ukendt prævalens i DK) Hyppigste årsag til udløsning af anfald er porfyrinogene lægemidler. The European Porphyria Initiative (<http://www.drugs-porphyria.org/>) – har lavet en database over lægemidler ift. deres porfyri risiko. Blandt korttidsvirkende benzodiazepiner er oxazepam, lorazepam og alprazolam, alle klassificeret som "probably not porphyrinogenic". Blandt SSRI er kun fluoxetin klassificeret som "not porphyrinogenic" og er dermed helt sikkert at bruge. Sertralin, citalopram, escitalopram og paroxetin klassificeres alle som "probably not porphyrinogenic". Der er ikke anført specifikke forsigtighedsregler/kontraindikationer ift. porfyri hverken på Pro.medicin eller i produktresuméerne for de undersøgte præparater.

Duloxetin eller venlafaxin og forhøjet ALAT [6016]

Leverpåvirkning nævnes som en ikke almindelig/sjælden bivirkning til både venlafaxin og duloxetin, men er mindre hyppigt beskrevet for venlafaxin. Der er dog rapporteret overhyppighed af leverskade ved duloxetin hos personer med eksisterende leversygdom, herunder muligvis alkoholoverforbrug. Den absolutte risiko for leverpåvirkning er formentlig lav ved begge medikamenter. Ved mistanke om betydende leverpunktionspåvirkning kan venlafaxin anvendes med dosisreduktion til 50% ved let-moderat nedsat leverfunktion. Generelt er der ingen kliniske ændringer i leverens evne til at omsætte lægemidler ved en uspecifik moderat øgning af ALAT (< faktor 5 x øvre normalgrænse) eller bilirubin < 34 mikromol/l eller albumin > 35 g/l eller INR < 1,7.