



NYT FRA

KLINISK FARMAKOLOGISK AFDELING

Kære kollega

Vi vil med dette gerne give dig en hurtig og kortfattet information om aktuelle emner indenfor 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 i Region Nordjylland.

Med venlig hilsen

Lene Høimark, afdelingslæge & Lars Peter Nielsen, ledende overlæge

Udskilleleshastighed af depot antipsykotika kan være dosisafhængig

For depotformuleringer af lipofile antipsykotika er frigivelseshastigheden fra det intramuskulære depot den begrænsende faktor for elimination fra kroppen modsat ved per oral behandling, hvor halveringstid ($T_{1/2}$) og tid til steady state (SS) er afgørende. Da frigivelseshastigheden afhænger af dosis betyder det, at størrelsen af depotdoseringer har betydning for $T_{1/2}$.

Ved skift fra fx 400 mg til 300 mg depotdoseret aripiprazol ændres eliminationstid/tid til SS således fra 232,5 døgn til 150 døgn. Trods den kortere $T_{1/2}$ ved den lavere dosis på 300 mg depot aripiprazol vil patienten kunne stige til en højere plasmakoncentration end under SS ved 400 mg dosen, hvorfor patienten kortvarigt teoretisk kan opleve flere bivirkninger trods ned-sat dosis.



Maligt neuroleptikasyndrom og recidiv

Forskellige kilder angiver recidiv raten for Malignt Neuroleptika Syndrom (MNS) ved genoptagelse af behandling med antipsykotika til at være ca. 13-37%. Der er generelt enighed om, at ved indikation for genoptagelse af behandling bør der forsøges med et andet præparat, gerne et 2. generations antipsykotikum med lav dopaminreceptorblokering. Behandling bør opstartes ved lavest mulig dosis, optitrering bør ske langsomt og patienten bør observeres nøje.

Litium og nystagmus

Syv kasuistiske meddelelser med varierende antal patienter (op til 6 pr. kasuistik) beskriver udvikling af vertikal nystagmus hos bipolare patienter trods langvarig stabil behandling med litium i terapeutiske doser, S-litium i terapeutisk niveau og udelukkelse af andre årsager til vertikal nystagmus. I de fleste tilfælde var den vertikale nystagmus kun delvis reversibel, når litium blev seponeret eller dosis reduceret. Vertikal nystagmus er således en kendt bivirkning til lithiumbehandling.

Hypersalivation og atropin

Hypersalivation er en af de hyppigste forekommende bivirkninger til behandling med clozapin og forekommer hos 30-80% af patienterne. Det optræder ofte tidligt i behandlingsforløbet og er typisk mest udtalt om aftenen. Der er to hovedteorier omhandlende mekanismen ved clozapin-udløst hypersalivation 1) clozapins antagonistiske effekt på de muskarine M3-receptorer og agonistisk effekt på M4-receptorer og/eller 2) clozapins antagonistiske effekt på alfa 1- og 2-receptorer med deraf manglende modvægt til aktivering af beta-receptorer, samt mulig opregulering af alfa-receptorer pga. blokeringen.

Et review fra 2011, der inkluderer fire kasuistikker (4 patienter) beskriver tilfredsstillende resultater ved behandling med en øjendråbe 1 % atropin-opløsning administreret sublingualt før sengetid. Der blev dog observeret øget spytdannelse om morgenen hos en patient. Atropin sulfat, en non-selektiv kompetitiv muskarin receptor antagonist, findes i Danmark kun som magistralt fremstillede øjendråber. Ifølge pro.medicin.dk kan atropin-øjendråber 0,5 eller 1 % (1 dråbe under tungen 1-3 gange dgl.) anvendes ved generende spytflåd (off-label).