



Læs i dette nyhedsbrev om:

- Aftrapning af benzodiazepiner (artikel i månedsbladet Rationel Farmakoterapi)
- Tilbud om undervisning - olanzapin
- Håndtering af ekstrapyramidale symptomer (EPS)

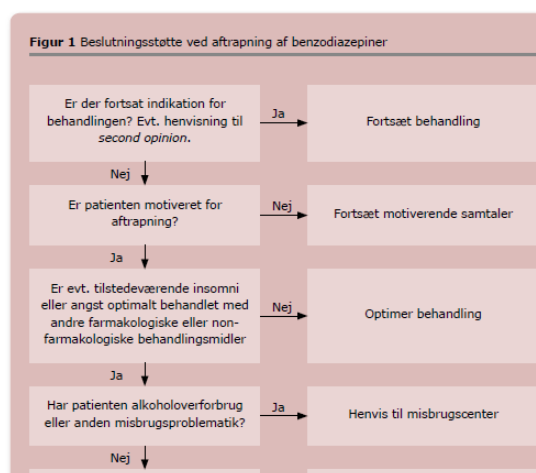
Aftrapning af benzodiazepiner

Månedsbladet Rationel Farmakoterapi bringer i august måned en artikel om benzodiazepiner.

Artiklen beskriver bl.a., hvordan en fortsat restriktiv ordinationspraksis kan være med til at styrke faldet i brugen af benzodiazepiner. Brugen af benzodiazepiner bør ikke overstige de rekommanderede højst 4 uger ved angsttilstande og 1-2 uger ved søvnbesvær, da der er stor risiko for toleransudvikling. Ved længerevarende behandling er der oftest ikke effekt på symptomer, men alene risiko for at der "behandles" på abstinenssymptomer.

Artiklen understreger vigtigheden af de overvejelser, som den ordinerende læge bør have med før en patient sættes i behandling med et benzodiazepin. Endvidere beskrives vigtigheden af, og krav til, udarbejdelse af en behandlingsplan, som bl.a. skal indeholde en slutdato for behandlingen.

Der er anvendelige råd at finde i forhold til aftrapningsprocessen herunder en algoritme som beslutningsstøtte (udklip herfra i billedet), samt forslag til, hvordan aftrapningen bedst kan udføres bl.a. ved inddragelse af patienten.



Udgivelsen kan findes [her](#) eller via Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Psykatriens Medicinrådgivning udarbejder gerne forslag til aftrapningsplaner for specifikke patienter.

Tilbud om undervisning – fokus på olanzapin

Olanzapin er pga. bivirkningsprofilen et 3.valgspræparat. Derfor er det vigtigt at præparatet anvendes til de rette patienter på et relevant tidspunkt i behandlingsforløbet.

Psykatriens Medicinrådgivning tilbyder undervisning omkring fordele og ulemper ved olanzapin og dets anvendelse i klinikken, med fokus på forbruget på den enkelte afdeling.

Undervisningen tilbydes alle sengeafsnit og lokalpsykiatrier i psykiatrisygehuset. Undervisningen afholdes på et tidspunkt som passer jer. Kontakt din farmaceut for en aftale. Kontaktinformation kan findes [her](#).



Håndtering af ekstrapyramidale symptomer

Ekstrapyramidale symptomer (EPS) er blandt de hyppigste bivirkninger til antipsykotika (AP). EPS er dosisrelaterede, og ses hyppigst ved behandling med førstegenerations AP. EPS ses mindre hyppigt ved behandling med clozapin, olanzapin, quetiapin og aripiprazol. Når symptomerne først er til stede, kan de være vedvarende. Patienter, som oplever én type EPS, er muligvis mere udsatte for at udvikle andre typer EPS senere. Stofmisbrug øger risikoen for dystoni, akatisi og tardiv dyskinesi. Der er nogen evidens for en association mellem alkoholforbrug og akatisi.

Nedenfor ses en oversigt over de hyppigste former for EPS, og hvordan de kan håndteres (oversat fra The Maudsley, Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th edition, 2018).

	Dystoni (ukontrollerede muskelspasmer)	Pseudo-parkinsonisme (fx tremor)	Akatisi (indre uro)	Tardive dyskinesier (abnorme, ufrivillige bevægelser)
Tegn og symptomer	Fx: -Oculogyrisk krise (øjnerulning) -Torticollis (hoved/hals drejning) -Manglende evne til at tale eller synke korrekt Akutte dystonier kan både være smertefulde og skræmmende for patienten.	-Tremor og/eller rigiditet -Bradykinesier (nedsat mimik, tone, kropsbevægelser m.m.) -Bradyfreni (langsomme tanker) -Salivation Symptomer herfra kan fejlagtigt også tolkes som symptomer på depression eller skizofreni.	Indre uro med trang til at skulle bevæge sig, stampende fødder, benkrydsning, bevæger sig fra fod til fod Kan ligne og fejlagtigt tolkes som psykotisk agitation	Bevægelser med læber, tunge, som i alvorlig grad kan forhindre tale, spisning og vejtrækning. Håndbevægelser. Bevægelserne forværres ved stress.
Prævalens (ved ældre lægemidler)	Ca. 10 %, men hyppigere forekommende hos: -Yngre mænd -Antipsykotika-naive patienter -Lægemidler med større risiko for EPS -Ses sjældent hos den ældre patient	Ca. 20 %, men ses hyppigere hos: -Ældre kvinder -Patienter med anden neuronal skade	Ca. 25 %, færre ved andengenerations AP. I faldende rækkefølge: Aripiprazol, lurasidon, risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin	Ca. 5 % af patienterne pr. år af antipsykotisk eksponering. Ses oftere hos: -Ældre kvinder -Affektive lidelser -Patienter som har haft EPS tidligt i behandlingen. Der kan være association til neurokognitive deficits
Tidsmæssig udvikling	Ved IM (/IV) kan det opstå indenfor timer. Tardive dyskinesier indtræder efter måneder til år.	Opstår dage til uger efter opstart eller dosisøgning	Opstår timer til uger efter opstart eller dosisøgning. Tardiv akatisi tager længere tid om at opstå, men kan være vedvarende efter ophør med AP	Opstår efter måneders til års behandling. I ca. 50 % af tilfældene er tardiv dyskinesi reversibelt.
Behandling	Antikolinergika.	Dosisreduktion, skift af AP. Ordination af antikolinergika, bør ikke ordineres til nat da symptomerne oftest ikke er til stede her. Revurdering mindst hver 3. måned.	Dosisreduktion, skift af AP, mulig symptomreduktion med propranolol (30-80 mg), lavdosis clonazepam, 5HT2-antagonister (fx mirtazapin). Antikolinergika afhjælper ikke.	Evt. behandling med antikolinergika bør stoppes. Dosisreduktion, skift af AP. Clozapin har laveste risiko evt. quetiapin. ECT kan have effekt ved tardive dyskinesier*.

*I bogen er denne listet i kolonnen under dystoni, men er rykket for at undgå tvivl om anvendelse af ECT