

Medikamentell behandling av personer med utviklingshemning og autisme - belyst ved case

Trondheim 15.oktober 2009



Retningslinjer ved behandling

- Definer problemet
- Kartlegg problemet
- Målsetting
- Iverksetting av tiltak
- Evaluering

Medikamenter ved psykiske lidelser

- Bedre funksjon og dempe symptomer
- Forebygge tilbakefall

Farmakoterapi ved autismespekter-tilstander

Amerikanske og Britiske grupper rapportert at 70 – 75 % av voksne med ASD fikk minst 1 psykotrop medisin (Myers, 2007)

Sannsynligheten for medikasjon stiger med

- lavere grad av sosiale ferdigheter
- Økende grad av utfordrende adferd
- Bosted utenfor foreldrehjemmet
- økende alder

Farmakoterapi ved autismespekter-tilstander

Evidensbaserte anbefalinger mangler fordi undersøkelser har vært mangelfulle grunnet metodologiske vanskeligheter, bl.a. dårlig definerte pasientgrupper, få inkluderte pasienter og manglende replikasjon.

Behov for store, randomiserte, double-blind, placebo-kontrollerte studier med adekvat varighet

Farmakoterapi ved autismespekter-tilstander

Vanskene som er knyttet til selve ASD er vanskelige å behandle medikamentelt. Der er god miljøterapi essensielt.

Ved mistanke om samtidig psykisk lidelse må først andre årsaker utelukkes (som somatisk lidelse, mangelfulle miljøbetingelser), deretter må lidelsen identifiseres og så behandles som hos "andre" med samme lidelse. Det anbefales:

- Langsommere opptrapping
- Mindre doser??
- Obs. bivirkninger!

Case 1 – kvinne, 40 år

Diagnoser:

- Autisme
- Moderat psykisk utviklingshemmet
- Bipolar affektiv lidelse
- Generalisert angst

Case 1 – kvinne 40 år – kort om symptomer

- Tydelige stemningssvingninger fra 20-års alder, perioder varende 6 – 8 uker - vekslende mellom perioder med tilbaketrekning og perioder med økt aktivitet, irritabilitet og utagering.
- Engstelse og kontrollbehov – i større grad enn de som er vanlig hos personer med autisme.
- Fremoverlutende, stakkato gange, tremor.

Case 1 – kvinne 40 år - Medikasjon ved innkomst

- Zyprexa 20 mg kveld
- Orfiril long 1500 mg kveld
- Vitaminer, Omega 3
- Evt: Nozinan 25 – 100 mg ved uro.

Case 1 – kvinne 40 år – resultat av enkelte undersøkelser

- EKG – normal sinusrytme
- Lett forhøyet TSH ved en prøve, T4 og T3 innen ref.området
- Valproat i øvre ref.område ved innkomst
- Farmakogenetisk analyse av Cytokrom P450-systemet viste heterozygot mutasjon i Cyp 2D6, Cyp2C9 og Cyp2C19. (Nozinan metaboliseres over Cyp2D6)
- Urinprøve viste urinveisinfeksjon

Case 1 – kvinne 40 år – tanker/beslutninger rundt medisiner

- Uvi – kan gi uro – behandlet med Selexid i 3 dager.
- Orfiril long beholdt som stemningsstabiliserende/aggresjonshekkende medikament. Dosen ble delt i to > jevnere dosering?? > Mindre ubehag??
- Zyprexa også beholdt som stemningsstabiliserende/aggresjonshekkende medikament. Dosen gradvis halvert. > Mer oppreist og ”friere” gange, mindre tremor.
- Nozinan begrenset. En periode med mye Nozinan (grunnet uro, utagering, angst) ga trøtthet, utydelig tale og ustøhet.
- Vival gitt alene mot angst/uro hadde liten effekt, god effekt gitt sammen med Nozinan

Case 1 – kvinne 40 år – medikasjon ved utreise

- Zyprexa 10 mg kveld
- Orfiril long 600 mg morgen – 900 mg kveld
- Vitaminer og Omega 3
- Evt.: Vival 5 mg + Nozinan 10 mg ved uttalt angst og uro

Case 2 – mann 25 år

Diagnoser:

- Aspergers syndrom
- Generalisert angst
- Paranoid psykose i remisjon

Case 2 – mann 25 år – kort om symptomer

- Tanker om telepati.
- Tanker om at andre var ute etter å skade ham og andre familiemedlemmer
- Svekket egenomsorg
- Avviste hjelpere – angrep en hjelper, virket truende på andre
- Spesielle matvaner

Case 2 – mann 25 år – tanker rundt medikamentell behandling

- For flere år siden brukt Trimonil , Tegretol p.g.a. epilepsi.
- Vurdert å ha psykotiske symptomer ved mottak.
- Pasienten og de pårørende var sterkt i mot medikamentell behandling.
- Grunnlag for tvangsmedisinering ikke tilstede. Vurderte å bruke tid på allianse og motivasjon for medisinerings

Case 2 – mann 25 år – annen behandling

- Støttende miljøterapi (faste rammer, stor vekt på alliansearbeide)
- Psykoedukative samtaler 2 ggr. ukentlig

Case 2 – mann 25 år – medisinerer ?

- Mottok ingen medisiner under oppholdet – muligens kunne han hatt nytte av et antipsykotisk preparat som støtte og stabilisering av tilstanden. Tvangsmedisinering ikke aktuelt > miste alliansen og ”ødelegge” for annen behandling
- Ikke psykotisk ved utskrivning, men fortsatt vurdert som ”skjør” og i behov av oppfølging miljømessig (bl.a. redusere isolasjon) og ved samtalebehandling

Case 3 – kvinne 25 år

Diagnoser:

- Hebefren schizofreni
- Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- Moderat psykisk utviklingshemning

Case 3 – kvinne 25 år – kort om symptomer

- Alltid store problemer med samhandling og kommunikasjon. Stereotypier.
- Adferdsendringer rundt 15-års alder, hyl, skrik, snakke med seg selv, slå og sparke ut i lufta, selvskade.

Case 3 – kvinne 25 år – medikasjon ved mottak

- Xanor 1 mg kveld
- Abilify 15 mg x 2
- Trileptal 600 mg x 2
- Evt.: Nozinan 50 mg inntil x 4

Case 3 – kvinne 25 år – opplysninger om tidligere medikamentbruk

- Trilafon > manglende effekt
- Melleril > tretthet
- Tegretol > manglende effekt
- Seroxat > manglende effekt
- Risperdal > økende angst, begrenset aggresivitet
- Zyprexa > tretthet og gangataksi, stor vektøkning
- Seroquel > mindre aggresivitet, bedre søvn, mindre snakk med seg selv. Ingen effekt på tilbaketrekning/kontaktvansker
- Cipralex > ataksi
- Zeldox > mindre selvskading første ½ år, deretter liten virkning
- Trileptal > noe effekt på utagering, residiv ved prøveseponering
- Abilify > nedgang i vekt, ellers ingen virkning

Case 3 – kvinne 25 år – resultat enkelte undersøkelser

- Vekt 120 kg
- BT 110/80. Puls 70/min, regelmessig. EKG normal sinusrytme
- Normalt fastende blodsukker og t-kolesterol (3,4)
- TSH lett forhøyet, T4 innen ref.området.
- Uttalelse fra indremedisiner: Bred endokrinologisk screening har ikke vist patologiske funn bortsett fra subklinisk hypothyreose uten antistoffer. Levaxin anbefales ikke på det nåværende stadium, men TSH og T4 bør kontrolleres hver 3. – 4. mnd.
- Serumkonsentrasjon av Aripiprasol under referanseområde

Case 3 – kvinne 25 år – tanker/beslutninger om medisiner

- Zoloft gitt en kort periode (opp til 50 mg), da pas. virket fortvilet og deprimert. Seponert grunnet stadig oppkast.
- Abilifydosen ble opprettholdt uforandret grunnet mistanke om at medikasjonen ikke var tatt som foreskrevet. Serumkons. tatt etter 14 dager viste verdier innen ref. området. Effekt uteble etter ytterligere 2 mndr.
- Gjennomgang av med.liste viste at Seroquel var det medikamentet som hadde gitt best effekt, om enn ikke optimal effekt. Langsom overgang til Seroquel.
- Trileptal ble økt noe med håp om ytterligere effekt på utagering
- Nozinan ble gitt mye som evt. med. både før og under innleggelsen. For å begrense behovet for evt. med. ble hun satt på Nozinan fast.
- Alopam gitt morgen og kveld minsket angsten. Xanor seponert uten at tilstanden endret seg.
- Ved sterk uro/angst hadde Vival gitt sammen med Nozinan effekt – og bedre effekt enn preparatene gitt hver for seg

Case 3 – kvinne 25 år – ved utskrivning

- Klart mindre psykotisk, spesielt når det gjelder positive symptomer, men også med tanke på negative og kognitive symptomer.

Case 3 – kvinne 25 år – medikasjon ved utskrivning

- Trileptal 600 mg morgen – 900 mg kveld
- Seroquel 400 mg morgen – 500 mg kveld
- Nozinan 100 mg morgen – 100 mg kveld
- Alopam 10 mg morgen – 10 mg kveld
- Evt. ved svær uro: Nozinan 50 – 100 mg + Vival 5 mg (som engangstilfelle)

Case 4 – kvinne 50 år

Diagnoser:

- Uspesifisert schizofreni
- Alvorlig psykisk utviklingshemning
- Autistiske trekk

Case 4 – kvinne 50 år – kort om symptomer

- Epilepsi som barn
- Psykotiske? episoder fra 30 års-alder med roping og skriking. Behandlet med Trilafon
- Økning av rop og skrik etter seponering av Trilafon.
- Ved mottak spørsmål om psykose: økende humørsvingninger, utagering med angrep på personale og selvskading, mistanke om syns- og hørselshallusinose, tvangspregede handlinger

Case 4 – kvinne 50 år – medikasjon ved mottak

- Vival 5 mg morgen
- Risperdal 4 mg kveld
- Evt. Imovane 7,5 mg for søvn
- Evt. Vival 5 mg inntil x 3 ved uro

Case 4 – kvinne 50 år – resultat av enkelte undersøkelser

- Serumkons. av Risperidon over referanseområdet
- Forhøyet prolaktin
- Cyp-test: heterozygot mutasjonen i CypD6-genet og CypC19-genet.
- BMI 33
- BT forhøyet ved enkelte målinger. EKG uspesifikke ST-T-forandringer- QTc normalt.
- Tilsett av indremedisiner: Pas har obesitas og grenseblodtrykk men foreløpig ingen blodtrykkssykdom / fiksert hypertensjon.

Case 4 – kvinne 50 år – tanker/beslutninger rundt medisiner

- Trilafon gitt tidligere > uttalte bivirkninger, parkinsonistisk
- Risperdal > prolaktinstigning, (ubehag, bl.a. kløe??) Metaboliseres over Cyp2D6. Risperdal trappet ned til seponering.
- Seroquel trappet opp til 300 mg x 2 > oppfattet som mindre psykotisk, mindre utagering
- Vival forsøkt trappet ned til 2,5 mg > økende engstelig og utagerende

- Pasienten skrevet ut med Seroquel 300 mg x 2 og Vival 5 mg morgen - forverret etter utskrivning

Case 4 – kvinne 50 år – tanker/beslutninger rundt medisiner

Pasienten reinnlagt etter å ha blitt økende psykotisk med hallusinasjoner og økende utagerende

I tillegg til Seroquel hadde hun fått Esucos og Cisordinol som roet henne noe

Medikasjon ved mottak:

- Seroquel 300 mg x 2
- Cisordinol 2 mg x 2
- Vival 5 mg morgen

Case 4 – kvinne 50 år – tanker/beslutninger rundt medisiner

- Pas. oppfattet som mer aktiv og tvangspreget enn ved 1. Innleggelse
- Seroquel gradvis seponert
- Cisordinol økt til 4 mg x 2 (pasienten var blitt bedret før innleggelsen etter tilskudd med Cisordinol) > plagsomme bivirkninger, bl.a. Tremor. Ikke vurdert som mindre psykotisk
- Zeldox (gradvis byttet ut med Cisordinol), opp til 40 mg x 2. > økende psykotisk, så plaget ut, mer selvskading
- Risperdal er det prep. som har gitt best effekt. Gitt i liten dose grunnet fare for langsommere medikamentomsetning (Cyp-mutasjon).
- Edronax (også liten dose), antidepressivum - NRI (- virker indirekte antipsykotisk??)
- Vival byttet ut med Rivotril, med tanke på Rivotrils noe stemningsstabiliserende effekt.

Case 4 – kvinne 50 år – medikamenter ved utskrivning

- Risperdal 1 mg x 2
- Rivotril 1 mg x 2
- Edronax 2 mg x 2
- Vitaminer

- Pasienten bør følges med regelmessige kontroller hos fastlegen . Obs. BT, lipider, blodsukker med tanke på utvikling av metabolsk syndrom.