



Malaria-profylax

Finns något alternativ till Lariam (meflokin) som malariaprofylax under ett halvt år i Zambia? Patienten är orolig för biverkningar av meflokin.

Meflokin används som behandling och profylax vid *P falciparum*-malaria [1]. Biverkningar i form av yrsel och illamående/kräkningar förekommer i 15–20 procent [1]. Även sömnstörning, huvudvärk och somnolens förekommer som biverkning, framför allt i samband med den koncentrationstopp som uppnås mellan två och tolv timmar efter intag [1].

Mindre vanliga, men allvarliga, biverkningar är de neuropsykiatriska: t ex aggressivitet, psykos och paranoidea reaktioner. Som profylax tas tabletterna en gång i veckan med start senast en vecka före avresa [1].

Malarone är ett kombinationspreparat som består av atovakvon och proguanil. Medlet används vid behandling och för korttidsprofylax,

då risk för *P falciparum*-malaria föreligger [1]. Malarone har prövats som profylax i Zambia, och man fann då att skyddseffekten var hög (98 procent) [2]. Huvudvärk och buksmärtor förekommer som biverkning [2].

I det svenska biverkningsregistret finns inga rapporter där samband mellan symtom och medicinering med Malarone har bedömts som möjligt [3]. Försäljningen av preparatet har dock varit mycket låg fram till ändringen i indikation (även profylax) förra året då försäljningen mer än sexfaldigades [3].

För en längre tids resa kan inte Malarone rekommenderas som profylax för närvarande om inte synnerliga skäl som överkänslighet mot meflokin föreligger [Urban Hellgren, infektionskliniken, Huddinge Universitetssjukhus, pers

medd]. Detta bör då diskuteras med infektionsläkare med erfarenhet inom området.

Förslagsvis startas meflokinbehandlingen ett par veckor före avresa. På så sätt kan eventuella biverkningar, framför allt neuropsykiatriska sådana, uppmärksammas i Sverige, och man har då möjlighet att diskutera om annan behandling kan vara att föredra.

Referenser

1. Fass 2001 (The Swedish catalogue of approved medical products).
2. Sukwa TY, Mulenga M, Chisdaka N, Roskell NS, Scott TR. A randomized, double-blind, placebo-controlled field trial to determine the effect and safety of Malarone (atovaquone/proguanil) for the prophylaxis of malaria in Zambia. *Am J Trop Med Hyg* 1999;60:521-5.
3. Swedis (the Swedish Drug Information System).



Akne och anti-epileptika

Kan akne vara en biverkning till lamotrigin (Lamictal) eller topiramamat (Topimax)? Interagerar isotretinoin (Roacutan) med lamotrigin eller topiramamat? Kan Diane (cyproteronacetat och etinylöstradiol) användas för konception i kombination med dessa preparat? Patienten är en ung kvinna med epilepsi sedan ungdomen. Hon behandlas med lamotrigin 150 mg/d och topiramamat 50 mg/d. Under den senaste månaden har hon utvecklats cystisk akne.

I det regionala svenska biverkningsregistret finns en rapport om akneliknande besvär hos ett barn i samband med lamotriginbehandling [1]. Det finns ytterligare en rapport om förvärrad akne efter doshöjning av lamotrigin. Besvären gick helt i regress efter utsättning [1]. Den enda hudbiverkning som har rapporterats i samband med topiramamat är follikulit [1-3].

Kliniska data om interaktioner mellan isotretinoin och andra läkemedel saknas i tillgänglig litteratur. Isotretinoin elimineras genom glukuronidering och/eller via metabol nedbrytning främst i levern via cytokrom P450 system [4, 5]. Alla läkemedel som inducerar le-

verenzym kan öka eliminering av lamotrigin.

För att kontrollera att inte lamotriginkoncentrationen sänks kan koncentrationen följas. Topiramamat ökar clearance av etinylöstradiol med 18–30 procent [4, 6]. Om etinylöstradiol används för antikonception bör dosen vara över 20 ug (Diane innehåller 35 ug/tablett enligt Fass) [6].

Sammanfattning: Det finns två fall av akne som biverkning av höga lamotrigindoser i det svenska biverkningsregistret. Vi har inte kunnat finna några uppgifter om interaktion mellan isotretinoin och lamotrigin eller topiramamat. Inget av preparaten är känt som inducerare av leverenzym och

läkemedelsmetabolism. Eftersom det inte finns några säkra data bör koncentrationsbestämning av preparaten övervägas.

Referenser

1. Fass 2001.
2. Swedis (The Swedish Drug Information System).
3. Dukes MNG, Aronson JK, editors. *Meyler's side effects of drugs*. 14th ed. Amsterdam: Elsevier; 2000.
4. *Drugline* 1999; no 17272.
5. Dollery C, editor. *Therapeutic drugs*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
6. Sjöqvist F. Interaktion mellan läkemedel. I: Fass 2000; p.1481-1556.