

Under vinjetten »Läkemedelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läkemedelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läkemedelskommittéer när medicinska läkemedelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska Universitets-sjukhuset Huddinge av med dr Mia von Euler och apotekare Åsa Jansson, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentobundna, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på [www.lic.nu](http://www.lic.nu)



## Neuroleptika och kramper

*Är något neuroleptikum att föredra hos en patient med epilepsi?*

*En kvinna i 50-årsåldern har epilepsi efter en meningiom-operation. Hon är krampfri på karbamazepin (Tegretol) 200 mg 1 × 2. Hon vårdas nu för en paranoid psykos, och även om man vid tidigare tillfällen har kunnat hantera hennes psykos utan antipsykotika, bedöms hon nu vara i behov av neuroleptika.*

Staffan Ohlsson/Ylva Böttiger, DRIC (Huddinge), oktober 2004, Drugline nr 21484

**A**tt medicinering med antipsykotika medför en ökad risk för kramper har varit känt sedan mer än 50 år. Sambandet noterades först för klorpromazin [1]. Upp till 35 procent av alla läkemedelsutlösta kramper är associerade med psykotropa läkemedel [1, 2]. Kramprisen för klassiska neuroleptika är större vid snabb dosupptrappning och höga doser och har rapporterats förekomma hos mellan 0,3 och 9 procent av behandlade patienter [2].

**Bland klassiska** neuroleptika är kramprisen högst för klorpromazin, lägre för tricykliska neuroleptika (bl a klorprotixen) och ännu lägre för butyrofenoner (bl a haloperidol) [2].

För atypiska neuroleptika är data mer osäkra, eftersom de använts under kortare tid. I studier gjorda före registreringen var krampincidensen 0,3 procent för risperidon, 0,9 procent för olanzapin och quetiapin och 3,5 procent för klozapin. Senare studier har visat en lägre incidens för klozapin (1,3 procent), utan relation till dos [2].

I en översiktsartikel uppskattas kramprisen vara försumbar för risperidon och låg för olanzapin och haloperidol [2]. I en senare genomgång omnämns dock flera fallrapporter med kramper efter byte från haloperidol eller zuklopentixol till olanzapin, hos patienter med krampanamnes [1]. Det finns också fallrapporter om kramper hos olanzapinbehandlade patienter utan tidigare krampanamnes [1].

**Det förtjänar nämnas** att farmakokinetiska interaktioner kommer att uppstå mellan antipsykotika och anti-epileptika. Huvudsakligen rör det sig om att anti-epileptika inducerar metabolismen av neuroleptika, men vissa neuroleptika kan också påverka metabolismen av anti-epileptika, vilket gör att summaeffekten kan vara svår att förutse [3].

Det finns inga jämförande studier av olika neuroleptikas förmåga att orsaka kramper. Data från epidemiologiska studier tyder dock på att haloperidol och risperidon hör till de antipsykotika som har lägst kramprisk. Långsam dosstegring till

lägsta effektiva dos samt koncentrationsbestämning av både neuroleptikum och anti-epileptikum rekommenderas.

## Referenser

1. Lee KC, Finley PR, Alldredge BK. Risk of seizures associated with psychotropic medications: emphasis on new drugs and new findings. *Expert Opin Drug Saf* 2003;2(3): 233-47.
2. Koch-Stoecker S. Antipsychotic drugs and epilepsy: indications and treatment guidelines. *Epilepsia* 2002;43 suppl 2:19-24.
3. Sjöqvist F. Interaktion mellan läkemedel. I: *Fass* 2003, p. 1481-556.



Synpunkter eller kommentarer? Diskutera på korrespondensplats! Bidrag ställs till [jan.lind@lakartidningen.se](mailto:jan.lind@lakartidningen.se)