

Geðlyf í litlum skömmtum við svefnleysi – hætta á síðkominni hreyfitruflun?



Elín I. Jacobsen

lyfjafræðingur,
verkefnastjóri
Miðstöðvar
lyfjaupplýsinga
Landspítala

elinjac@landspitali.is



**Einar S.
Björnsson**

meltingarlæknir og
formaður lyfjanefndar
Landspítala

einarsb@landspitali.is

OKKUR BARST NÝLEGA fyrirspurn frá heilsugæslulækni með vangaveltum um hætta á síðkominni hreyfitruflun (*tardive dyskinesia*) við notkun á levómeprómasíni (Nozinan®) og quetiápíni (Seroquel®) í lágum skömmtum við svefnleysi. Skeytið hljóðar svona:

Hef orðið var við töluverða aukningu á notkun Nozinan® í smáskammti hjá fólki sem verið hefur í endurhæfingu og átt erfitt með svefn. Það virðist virka ágætlega til að auka svefnlengd (5-10 mg fyrir svefn). Hef hins vegar vissar áhyggjur af langtímanotkun hjá annars frísku fólki m.t.t. síðkominnar hreyfitruflunar. Einnig er Seroquel® allmikið notað sem svefnlyf þó það sé ekki hin rétta ábending. Hef orðið var við það hjá geðlæknum. Kannski eru aukaverkanir til skamms tíma ekki þannig að fólk hafi áhyggjur af. Ad sögn þessara sjúklunga virkar lyfið vel á svefntruflanir og vilja þeir gjarnan halda áfram meðferð. Skammtur quetiápíns við svefnleysi er yfirleitt 25-50 mg að kvöldi.

Síðkomin hreyfitruflun lýsir sér í óeðlilegum ósjálfráðum hreyfingum á tungu og munni eða auknu augndepli og getur verið aukaverkun geðlyfja. Einkennin hverfa ekki endilega þótt geðlyfjameðferð

sé hætt.¹ Margir áhættuþættir eru tengdir tilhneigingu til síðkominnar hreyfitruflunar og er öldrun þar í fyrsta sæti.¹ Þá geta einkennin komið fram vegna undirliggjandi geðsjúkdóma. Rannsóknir hafa sýnt að tíðni síðkominna hreyfitruflana vegna lyfja geti verið 10-20%. Góður skilningur á þessu ástandi er nauðsynlegur til að skilja á milli aukaverkunar lyfja og hreyfitruflana sem tengjast geðsjúkdómum og öldrun.²

Talið hefur verið að annarrar kynslóðar geðlyf (*atypical antipsychotics*) séu síður líkleg til að valda síðbúinni hreyfitruflun en fyrstu kynslóðar geðlyf (*typical antipsychotics*). Nýleg framskyggn samanburðarrannsókn setur spurningarmerki við þetta. Þrátt fyrir aukna notkun annarrar kynslóðar geðlyfja virðist nýgengi og algengi þessarar aukaverkunar vera nokkuð óbreytt síðan á níunda áratug síðustu aldar.³

Levómeprómasín er fyrstu kynslóðar geðlyf og notað við geðklofa og geðrofi (*psychosis*) af völdum oflætis, eitrana og vegna elliglapa. Lyfið hefur ýmsar aðrar ábendingar, þar á meðal svefnleysi. Skammtar við svefnleysi eru 5-10 mg að kvöldi, 1-2 klst. fyrir svefn. Síðkomin hreyfitruflun er skráð aukaverkun levómeprómasíns í langtíameðferð. Okkur tókst ekki að finna í heimildum rannsóknir á gagnsemi og öryggi levómeprómasíns í litlum skömmtum við svefnleysi.

Quetiápín er annarrar kynslóðar geðlyf ætlað til meðferðar á geðklofa og geðhvarfasýki. Svefnleysi er ekki skráð ábending quetiápíns. Síðkomin hreyfitruflun er skráð sjaldgæf aukaverkun quetiápíns. Í heimildum má finna nokkrar rannsóknir og tilfelli sem benda til þess að quetiápín komi að gagni hjá fullorðnum sem þjást af svefnleysi. Algengustu aukaverkanir sem þar koma fram eru munnþurrkur, morgunhöfgi og þyngdaraukning. Ekki

er minnst á síðkomna hreyfitruflun, enda náðu rannsóknirnar aðeins yfir nokkrar vikur.³ Þó eru til í heimildum tvö tilfelli þar sem síðkomin hreyfitruflun kom fram hjá sjúklungum á quetiápín-meðferð. Fyrsta tilfellið kom fram hjá rúmlegra fertugri konu eftir sex mánaða meðferð á 150 mg quetiápíni við geðklofa. Seinna tilfellið var 25 ára kona með geðhvarfasýki en síðkomin hreyfitruflun kom fram hjá henni eftir sex vikna meðferð með quetiápíni og hafði skammtur verið smám saman aukinn í 125 mg á dag. Þörf er á fleiri rannsóknum á gagnsemi og öryggi lyfsins í langtíameðferð með litlum skömmtum við svefnleysi.⁴

Samantekt: Það er því miður ekki ljóst hversu öruggt það er að gefa levómeprómasín sem svefnlyf í litlum skömmtum til langs tíma. Quetiápín getur valdið síðkominni hreyfitruflun í sjaldgæfum tilfellum en upplýsingar um gagnsemi og öryggi lyfsins í langtíameðferð með litlum skömmtum við svefnleysi eru af skornum skammti.

Heimildir

1. Tarsy D, Balderessarini R. Epidemiology of tardive dyskinesia: is risk declining with modern antipsychotics? *Mov Disord* 2006; 21: 589-98.
2. Woods S, Morgenstern H, Saksa JR, et al. Incidence of tardive dyskinesia with atypical versus conventional antipsychotic medications: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 463-74.
3. Low-Dose Quetiapine. Medicaid drug use review criteria for outpatient use. Prepared by: Drug Information Service, The University of Texas Health Science Center at San Antonio, and the College of Pharmacy, The University of Texas at Austin. www.txvendordrug.com/downloads/criteria/quetiapine.pdf. April 2011
4. Ghaemi SN, Ko JY. Quetiapine-related tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1737.

Höfundarnir svara spurningum lesenda um lyfjamál og birta áhugaverð tilfelli.