

Bruk av kvetiapin ved søvnevansker

Trond F. Aarre

Avdelingssjef

Nordfjord psykiatrisenter

Eg takkar for oppmodinga om å meine noko om denne saka. Eg har sjølv pønska ein del på henne. Eg vil oppsummere tankane mine punktvis:

- Eg er i utgangspunktet svært skeptisk til å skrive ut medikament på anna enn godkjende indikasjonar. Som ekstern ekspert for Legemiddelverket har eg sett korleis studiar vert mikroskoperte av lækjemiddelstyresmaktene, særleg med omsyn til balansen mellom klinisk effekt og faren for biverknader og komplikasjonar, før dei godkjenner ein indikasjon. Dersom eg, som ein tilfeldig dokter, vil skrive ut eit middel utanfor godkjend indikasjon, tek eg dermed på meg eit stort ansvar. Det minste eg må krevje av meg sjølv er å informere pasienten om dette og få eit informert samtykke til behandlinga, som eg altså veit lite om nytten av.
- Skal ein få eit slikt samtykke, vil det vel presse fram eit ordskifte om kvifor ein ikkje kan nytte alternativa. Når det gjeld kvetiapin, så er det nok den antihistaminerge verknaden ein er ute etter. Den kan ein også få med middel som er godkjende som sovemiddel, t.d. alimemazin (Vallergan) og klorprotiksen (Truxal), som difor bør prøvast i staden (sjølv om ikkje ville tilrådd det siste av dei).
- Mitt utgangspunkt er at antipsykotiske middel ikkje bør nyttast som sovemiddel for skuld dei mange og til dels alvorlege biverknadene. Dersom ein nyttar slike middel i lang tid, lyt ein følgje opp kolesterol-, triglyserid- og glukosenivå, monitorere vekt og midjemål osb. Dette tilseier atterhald med å nytte slike potente middel på denne indikasjonen. Det er grunn til å minne om biverknader som akatysi og ikkje minst forlenga QT-intervall, som kan vere særleg problematisk når kvetiapin vert kombinert med andre psykofarmaka.
- Når det likevel er eit faktum at antipsykotika i Noreg (og i USA for den skuld) i hovudsak vert nytta av folk som ikkje har alvorlege psykiske lidningar, så gjev det grunn til otte. Til meir usikker indikasjonen er, til større tvil om nytten. Biverknadene, derimot, vert i liten grad påverka av indikasjonsstillinga. Og sjølv sjeldne biverknader vert interessante dersom medikamentet vert nytta av mange, slik det er med kvetiapin.
- Dette tilseier stort atterhald med å nytte kvetiapin som sovemiddel, i alle fall dersom behandlinga skal vare meir enn nokre få veker. Eg merker meg likevel at dette middelet er etterspurt på ein måte ein ikkje ser når det gjeld andre antipsykotiske middel. Eg trur (og presiserer trur) at dette heng saman med at kvetiapin er ein svært svak D2-antagonist og difor gjev lite av dei psykiske biverknadene som er så vanlege ved bruk av antipsykotika (dysfori, kjenslemessig avflating, likesæle, nedsett motivasjon og gledeoppleving). Den kliniske røynsla mi etterlet liten tvil om at kvetiapin har god uspesifikk roande effekt og kan betre svevnen.

Konklusjon

Etter mitt beste skjønn bør ein vere atterhalden med å nytte lækjemiddel utanfor godkjend indikasjon. Antipsykotika bør i utgangspunktet ikkje nyttast som sovemiddel, og ev. bruk bør vere tidsavgrensa – og dette bør vere avtalt med pasienten når behandlinga byrjar. Skulle ein likevel ende i langvarig bruk, må vanleg oppfølgingsprosedyre følgjast. Til sist er det rett å minne om at det finst svært lite empirisk evidens for effekten av langvarig bruk av sovemiddel. Psykologiske metodar og åtferdsending står sterkare vitskapleg sett.