

Centralstimulantia

Hitta i dokumentet

[Utredning/bedömning före insättande](#)
[Försiktighet](#)
[Interaktioner](#)
[Utredning vid uteblivet svar på första farmakologiska behandlingen](#)
[Övergång från en medicin till annan](#)

[Uppföljning och kontroller](#)
[Efter insättningsfasen](#)
[Årsrecept.](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Utredning/bedömning före insättande

- Diagnosticerad ADHD enl. DSM-5 inkl. samsjuklighet
- Kognitiv nivå ska värderas och vid behov kompletteras med fördjupad psykologisk bedömning
- Epilepsi ska uteslutas anamnestiskt eller med EEG (sömndepriverat)
- Hjärtsjukdom ska uteslutas anamnestiskt samt risken värderas utifrån ärftlighet. Föreligger misstanke i dessa avseenden ska ett vilo-EKG genomföras för att utesluta rytmrubbning.
- Familjeproblematik ska vara värderad och stödåtgärder parallellt planerade
- Skolsituation ska vara värderad och stödåtgärder parallellt planerade
- Missbruk i familjen ska ha uteslutits (gäller ej atomoxetin och alfaagonister)
- Utgångsvärden inklusive somatiskt + psykiatrisk status: längd/vikt, puls/blodtryck, biverkningsprotokoll och något av Conners formulär skola + hemmet (barn), Browns ADD (tonåringar), ADHD-RS eller SNAP-IV.
- Information till föräldrar, såväl muntlig som skriftlig

Försiktighet

Mediciner som tagna per oralt kan vara problematiska att kombinera med centralstimulantia: Sympatikomimetika (exempelvis Ventoline, Bricanyl, Efedrin), vissa antiepileptika och betareceptorblockerare samt irreversibla MAO-hämmare.

Var också försiktig med centralstimulantia behandling vid: Insulinkrävande diabetes mellitus; Depression (behandla en uttalad depression först!); Autism; Svåra hjärnskadesyndrom, svår mental retardation; Ej tillfredställande kontrollerad epilepsi; Graviditet; Progressiv neurologisk sjukdom; Högt blodtryck, allvarlig hjärtsjukdom; Psykos; obehandlad bipolär sjukdom (kontraindikation), Glaukom; Uttalad lågviktighet/kortväxthet (mer än – 2SD).

Interaktioner

- Metylfenidat ökar nivåer av SSRI och dos SSRI kan då behöva nedjusteras.
- Fluoxetin (och CYP2D6 hämmare) ökar nivåer av atomoxetin och dos A ska då nedjusteras.

Metylfenidatpreparat

Tablett Ritalin 10 mg, Medikinet 5, 10 och 20 mg. Insättning av effekt efter 0,5 tim., max. effekt efter 1-2 tim., effekten kan sitta i 3-4 timmar. T $\frac{1}{2}$ 2,5 tim. (drygt)
Dosering: 2-3(-4)ggr dagl. Slutdos 0,5 mg/kg/d (lågdos)- 2,0 mg/kg/d (högdos)

Kapsel Ritalin 10, 20, 30, 40 och 60 mg,

K Medikinet 10, 20, 30, 40, 50 och 60 mg och

K Equasym 10, 20, 30 mg för farmakokinetik se FASS.

Dosering: 0,5-2,0 mg/kg/d, max 100 mg/d. Effekten bör sitta i 7-8 timmar.

Depottablett Concerta 18, 27, 36, 54 mg för farmakokinetik se FASS.

Dosering: 0,5-2,0 mg/kg/d och max 108 mg/d men i enstaka fall kan ännu högre dos någon gång krävas. Effekten bör sitta i 11-12 timmar. Då ska peaknivån av metylfenidat utifrån beredningsform först ha bestämts. Gul remiss till Huddinge

Amfetaminpreparat

K Elvanse (lisdexamfetamin). Insättning av effekt efter 0,5 –1 tim, depotberedning med duration cirka 12 timmar. T $\frac{1}{2}$ för amfetaminsubstans knappt 7 tim.

Dosering: 30-70 mg/d

T Attentin 5 mg (dexamfetaminsulfat). Ersätter Metamina. Kortverkande med effekt efter 30 min och duration 4-6 timmar. Används när elvanse ger biverkningar pga för lång duration. OBS hög risk missbruk. Dos 0,5-1 (-1,5) mg/kg o dygn i 1-2 dos/dag.

Uppstart av medicinering

- Metylfenidat är förstahandsmedel. Undantag kan vara samsjuklighet med generaliserad ångest eller svåra tics eller vid stor risk för att medicinen kommer i oriktiga händer och används av annan, då atomoxetin eller guanfacin kan vara förstahandsmedel.
- Dosökning kan i normalfallet vara ganska rask men ska börja lågt. Tonåringar börjar oftast på concerta 18 mg, skolbarn före pubertet på kapsel 8 timmarsberedning 10 mg eller vid låg vikt (under 25-30 kg) på kapsel medikinet 5 mg. Dosökning kan ske i hemmet var 2-6e dag till man hittar optimal dos där effekten varar 7-8 resp 11-12 timmar beroende på val av beredning. Normalt får föräldrar instruktion att prova tre dosnivåer före återbesök till sjuksköterska.
- Tänk på att irritabilitet och hyperaktivitet kan förvärras vid suboptimal dos. Öka därför dosen trots viss försämring i dessa avseenden och utan onödigt dröjsmål.
- Cirka 3-4 veckor efter insättning och då på bästa dos skall kontroll av puls/blodtryck, vikt och biverkningar göras vid ett besök hos sjuksköterska.
- Sjuksköterska kan titrera fram optimal dos inom ramen för dosområdena (metylfenidat 0,5 - 2,0 mg/kg o max 108 mg/ dygn vid Concerta; 0,5-1,5 mg/kg o max 100 mg/dygn för K Ritalin; 30-70 mg för elvanse; 0,5-1,8 mg/d för Stratterra)

Utredning vid uteblivet svar på första farmakologiska behandlingen

- **Utredning.** Om en patient inte svarat alls på metylfenidat eller atomoxetin trots adekvat behandling i dosnivå och tid bör man utvärdera om diagnosen är korrekt samt om det föreligger missad samsjuklighet t.ex. affektiva sjukdomstillstånd, ångestsyndrom, utvecklingsstörning eller sociala faktorer som påverkar behandlingseffekten. Hos tonåringar ska ett pågående substansmissbruk uteslutas inte enbart med riktade frågor utan även med övervakat urinprov för drogscreening (v.g. se under utredning medelnivå) före nästa steg i farmakologisk behandling. Vid

misstanke om substanssyndrom bör anamnes kompletteras med bedömningsinstrumenten AUDIT eller DUDIT.

- **Byte till lisdexamfetamin (Elvanse).** Se Riktlinje amfetamin.
- **Byte till eller kombinationsbehandling med alfa-agonist.** Se Riktlinje alfa agonist. Biverkningsprofilerna gör att denna kombination ofta är gynnsam.
- **Byte eller kombinationsbehandling med atomoxetin.** Se Riktlinje atomoxetin. Kan ge god tilläggseffekt men vaksamhet på biverkningar, som kan adderas, krävs.

Övergång från en medicin till annan

Centralstimulantia (CS) till Strattera:

Vecka 1: CS fulldos, Strattera 1/2 dos

Vecka 2: CS 1/2 dos, Strattera fulldos 1,2–1,4 mg/kg/d

Vecka 3: CS utsatt, Strattera fulldos

Strattera till CS:

Strattera utsättes utan nedtrappning. CS upptitreras på sedvanligt sätt.

Alfa-agonister (clonidin/Catapresan, guanfacin/Intuniv) ges som tillägg eller ensamt men påverkar ej dosen av metylfenidat eller amfetamin. Vid kombinationsbehandling med strattera kan man prova att ligga lägre i dos av centralstimulantia eller omvänt dvs lägre dos strattera men ibland krävs fulldos av bägge preparat.

Metylfenidat till amfetaminpreparat.

Man byter tvärt av från en dag till en annan. Elvanse 30 mg är normalt startdos även för de som använt höga doser metylfenidat.

Metylfenidat eller lisdexamfetamin kombinerat med alfa-agonist.

Alfa agonist trappas upp enligt Riktlinje alfa agonist veckovis för Intuniv och var 2-3e dag för catapresan.

Uppföljning och kontroller

- Längd/vikt (värdena ska införas i tillväxtkurvan i VAS),
- puls/ blodtryck.
- Någon av Connors protokoll föräldrar och skola (barn), Browns ADD (tonåringar) eller ADHD-RS (SNAP-IV) eller motsvarande muntliga frågor vid klinisk bedömning
- biverkningsprotokoll eller motsvarande muntliga frågor vid klinisk bedömning

Efter insättningsfasen

Patienterna följs hos sjuksköterska under

- Första året via besök efter insättning och sedan vid 6 och 12 månader för kontroll av vikt, puls och blodtryck samt effekt/biverkningar.
- Andra året sker kontroller hos sjuksköterska var 6:e månad.
- Smärre dosjusteringar vid besök kan följas upp enbart på telefon.

Biverkningskontroll ska inkludera ökad aggressivitet och självdestruktivt beteende, sömnstörning, hjärtklappningsattacker, ångest och nedstämdhet. Längdtillväxten får deviera nedåt max 0,5 SD på ett år eller 0,7 SD någonsin. Avvikelse därutöver kräver barnmedicinsk konsultation eller åtgärd. Vid viktneidgång rekommenderas i första hand kaloriförstärkta mellanmål. I vissa fall kan uppehåll av medicinering under helger och lov vara en effektiv åtgärd. Hjärtfrekvens är åldersberoende. För lågstadiebarn är puls uppemot 130 normalt och för skolbarn till 15 år uppemot 120 slag/min. Viktigt att jämföra med utgångsvärdet och kolla

upp om förekomst av symtom vid ansträngning. En pulskontroll på morgonen före given medicinering kan också tjäna som jämförelsevärde.

Långtidsuppföljning årskontroller

- **Sjuksköterska.** I okomplicerade fall sker årskontroll hos sjuksköterska och läkarbesök när sådan årskontroll ger indikation på utökade behov. Okomplicerade fall är exempelvis patienter som enbart medicinerar med ett adhd preparat (melatonin undantaget) och där det finns en rimlig social stabilitet med förälder som själv kan ta initiativ till kontakt vid försämring.
- **Läkare.** Läkarbesök en gång/ år i komplicerade fall. Läkarbesök kan också ske med glesare intervall exempelvis var två – tre år.

Årsrecept.

Tänk på att även metylfenidat och elvanse kan skrivas ut för ett år och då med minst fyra uttag. Det är lämpligt att ange uttagsintervall så att hela årsreceptet inte kan hämtas ut vid ett tillfälle. När doseringen är rimligt stabil och inställd bör recept därför skrivas på ett år för att minska onödig administration. Årsrecept bör utfärdas i samband med årskontroll. *Vid behov av förnyat recept bör mottagande sjuksköterska alltid ange om det finns kontraindikationer vad gäller att lägga receptet på ett år.* Om behandlingen ändras kan ett recept enkelt annulleras via NCS.

Uppdaterat från föregående version

Telefonkontakt med sjuksköterska efter 3 och 9 månader är borttaget. Efter ca 3-4 veckors nyinsatt behandling med metylfenidat ska utvärdering ske vid ett besök på mottagningen. Smärre dosjusteringar kan sedan följas upp enbart per telefon. Startdoser och dositering tydligare beskrivet.