

Månedssbladet Rationel Farmakoterapi

Nr. 4 - August 2024



Tabeller

Tabel 1

Forslag til udtrapning af depotmorfin efter kortvarig behandling (<6 uger). I eksemplet tages udgangspunkt i en dosis på 60 mg (2 x 30 mg). Herfra kan man reducere til 40 mg (2 x 20 mg), hvorefter dosisreduktion er 10 mg på hvert trin.

Trin	Morgen	Aften
0	Depotmorfin 30 mg	Depotmorfin 30 mg
1: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 20 mg
2: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 10 mg
3: 1-2 uger	Depotmorfin 10 mg	Depotmorfin 10 mg
4: 1-2 uger	(Depotmorfin 10 mg)*	-

Hvert trin kan være én eller to uger, men i nogle tilfælde længere før udtrapningen fortsætter.

* kan alternativt gives til aften eller helt udelades.

Tabel 2

Forslag til udtrapning af depotmorfin efter langvarig behandling (>6 uger).

Trin	Morgen	Aften
0	Depotmorfin 30 mg	Depotmorfin 30 mg
1: 1-2 uger	Depotmorfin 30 mg	Depotmorfin 20 mg
2: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 20 mg
3: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 20 mg
4: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 10 mg
5: 1-2 uger	Depotmorfin 20 mg	Depotmorfin 10 mg
6: 1-2 uger	Depotmorfin 10 mg	Depotmorfin 10 mg
7: 1-2 uger	Depotmorfin 10 mg	Depotmorfin 10 mg
8: 1-2 uger	Depotmorfin 10 mg	-
9: 1-2 uger	(Depotmorfin 10 mg)*	-
10: 1-2 uger	(Depotmorfin 10 mg)*	-

* kan alternativt gives til aften eller helt udelades. Det kan være nødvendigt at forlænge trinnene i slutningen af udtrapningen, og der kan være behov for mindre dosis-trin end depotformuleringen tillader. Her kan skiftes til hurtigtvirkende morfin (fx 5 mg x 2/døgn) og udtrappes fra denne dosis.

Faktabokse

Faktaboks 1

QTc-forlængende lægemidler

- Anti-arytmika (fx amiodaron)
- Antibiotika (fx makrolider, fluorokinoloner)
- Svampemidler (fx fluconazol, intraconazol)
- Tyrosinkinasehæmmere (fx vemurafenib, ribociclib)
- Antidepressiva (fx citalopram, venlafaxin)
- Tricykliske antidepressiva (fx amitriptylin, nortriptylin)
- Antipsykotika (fx chlorprotixen, haloperidol, quetiapin)
- Øvrige (fx lithium, methadon)

Faktaboks 2

Hyppigste og alvorligste risikofaktorer for forlænget QTc og proarytmi

- Høj alder
- Medfødt langt QTc-interval
- Hypokaliæmi (fx ved diuretika behandling, diarré og opkastning)
- Hjertesygdom (hjertesvigt, AMI, præeksisterende forlænget QTc > 480 ms)
- Hjertesymptomer (synkoper, palpitationer, dyspnø eller bryst smerter)
- Bradykardi
- QTc-forlængende lægemidler (opstart, dosisøgning, interaktioner og additiv effekt af flere lægemidler med QTc-forlængende effekt)

Faktabokse – fortsat

Faktaboks 3**Psykofarmaka som kan opstartes uden forudgående EKG hos patienter uden risikofaktorer* for forlænget QTc og proarytmi****Antipsykotika**

- Zuclopenthixol
- Aripiprazol
- Olanzapin
- Paliperidon

Antidepressiva

- Agomelatin
- Bupropion
- Duloxetin
- Mianserin
- Mirtazapin
- Reboxetin
- Sertralin

Stemningsstabiliserende

- Carbamazepin
- Lamotrigin
- Valproat

Angstdæmpende

- Benzodiazepin

Opioid-substitution og alkoholafhængighed

- Buprenorfin
- Buprenorfin/naloxon
- Disulfiram
- Acamprosat
- Naltrexon
- Nalmefen

ADHD

- Atomoxetin
- Lisdexamfetamin/
Dexamfetamin
- Guanfacin
- Methylphenidat

Melatonin**Gabapentin**

* Se Faktaboks 2

Faktaboks 4**EKG-kontrol ved behandling med QT-forlængende lægemidler**

1. Ved opstart*
2. Ca. 2 uger efter opstart/dosisøgning ($\geq 50\%$) (gule og røde lægemidler), dog både 2 uger og 12 uger efter opstart/dosisøgning ($\geq 50\%$) af antipsykotika.
3. Ved årskontrol (langvarig behandling).
4. Ved forværring af den samlede kardielle risikoprofil (Faktaboks 2).

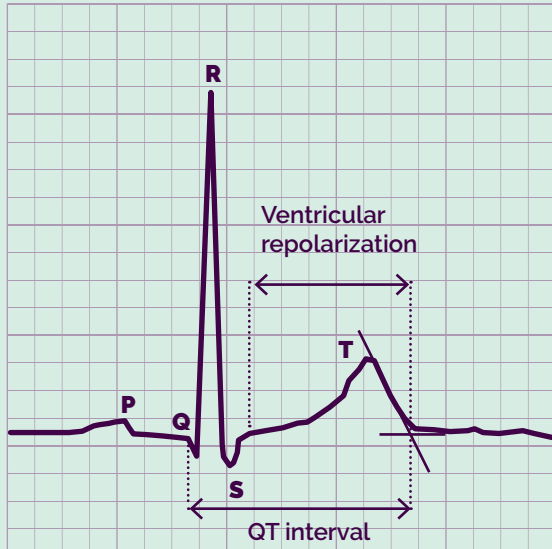
Hvornår anbefales dosisreduktion eller skift til lægemiddel med mindre risiko for forlænget QTc?

1. Før opstart eller dosisøgning af QTc-forlængende lægemiddel, hvis seneste QTc > 480 ms
2. Under behandlingen med QTc-forlængende lægemiddel, hvis QTc stiger til > 500 ms (eller stiger med > 60 ms fra udgangs-EKG) eller ved nyttilkomne symptomer (Faktaboks 2)
3. Ved enhver stigning af QTc til > 550 ms (uden grenblok) anbefales akut kontakt til kardiolog mhp. vurdering af behov for telemetri.

*Kan udelades ved opstart, såfremt lægen har adgang til et tidligere EKG, og risikofaktorerne for forlænget QT er uændrede siden EKG'et blev taget [4].

Figurer

Figur 1
QT-intervallet målt med
'tangentmetoden'

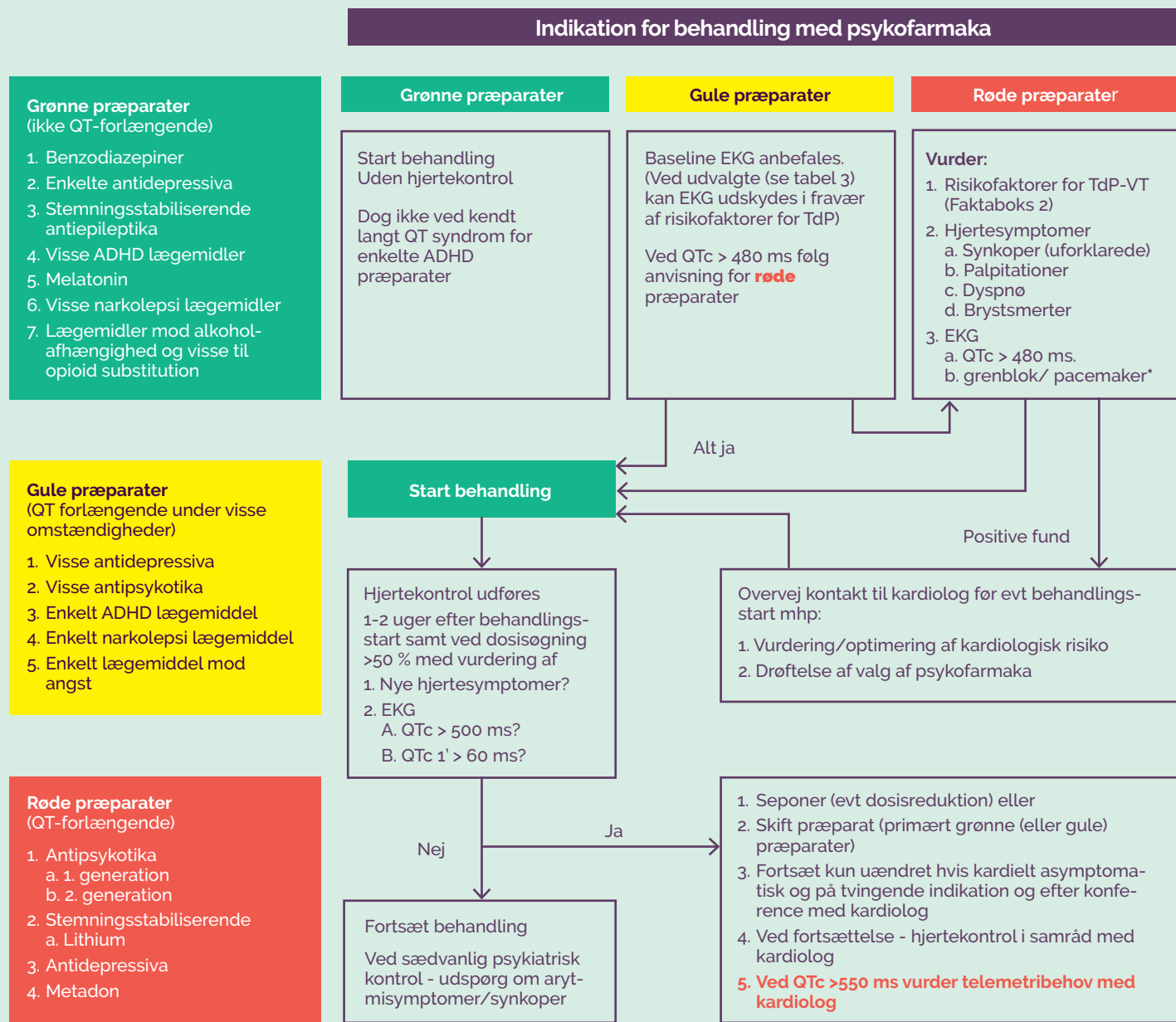


* [4,5]

Figurer – fortsat

Figur 2

Anbefalet fremgangsmåde til vurdering af risiko før opstart eller dosisøgning af psykofarmaka ^[4]



*Patienter med grenblok (venstre (LBBB) som højresidigt (RBBB) eller ventrikulært pacet rytme og forlænget QT interval anbefales konference med kardiolog.