

Centralstimulantia

Hitta i dokumentet

[Utredning/bedömning före insättande](#)
[Försiktighet](#)
[Interaktioner](#)
[Metylfenidatpreparat](#)
[Biverkningar](#)
[Uppstart av medicinering](#)

[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 enligt DSM-5 inklusive samsjuklighet
- Kognitiv nivå ska värderas och vid behov kompletteras med fördjupad psykologisk bedömning.
- Epilepsi ska uteslutas i första hand anamnestiskt alternativt med sömn-EEG.
- Hjärtsjukdom ska uteslutas anamnestiskt samt risken värderas utifrån ärftlighet. Föreligger misstanke i dessa avseenden ska specialist i pediatrik konsulteras.
- Familjeproblematik ska vara värderad och stödåtgärder parallellt planerade.
- Skolsituation ska vara värderad och stödåtgärder parallellt planerade.
- Missbruk i familjen ska ha kartlagts (gäller ej atomoxetin och alfa-agonister)
- Utgångsvärden inklusive somatiskt + psykiatrisk status: längd/vikt, puls/blodtryck, biverkningsprotokoll/beskrivning och något av Connors formulär skola + hemmet (barn), Browns ADD (tonåringar), ADHD-RS eller SNAP-IV.
- Information till föräldrar, muntlig och skriftlig, om adhd och behandlingsalternativen.

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 (har ofta också adhd men brukar få mindre nytta av cs)
- Svåra hjärnskadesyndrom
- Svår intellektuell funktionsnedsättning
- Epilepsi som ej är tillfredställande kontrollerad
- 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 andra CYP2D6 hämmare) ökar nivåer av atomoxetin och dos Atomoxetin 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 5, 10, 20, 30, 40, 50 och 60 mg och

K Equasym 10, 20, 30, 40 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.

Amfetaminpreparat

K Elvanse (lisdexamfetamin) 20, 30, 40, 50, 60, 70 mg. Insättning av effekt efter 0,5 – 1 timme, depotberedning med duration cirka 12-14 timmar. T $\frac{1}{2}$ för amfetaminsubstans knappt 7 timmar.

Dosering: 20 - 70 mg/d

T Attention 5, 10 och 20 mg (dexamfetaminsulfat). Kortverkande med effekt efter 30 min och duration 4 - 6 timmar. Används när Elvanse ger biverkningar på grund av för lång duration. OBS hög risk missbruk. Dos 0,5 - 1 (-1,5) mg/kg och dygn i 1 – 2 (-3) dos/dag.

Biverkningar

Minskad aptit, illamående och viktnedgång (se till att frukost och sedan nattmål kompenseras för mindre matintag under dagen), längdtillväxten kan stanna upp i början av behandlingen men brukar sedan komma igång och slutlängd anses ej bli nämnvärt påverkad, huvudvärk, ökad oro, nedstämdhet (tydligt ökad nedstämdhet eller oro brukar kräva byte till annat läkemedel för adhd), ökad irritabilitet (irritabilitet brukar ibland bero på för låg dos metylfenidat så höj då dosen snabbt), ökad puls men sällan ökat blodtryck hos barn, förvärring av tics (men dessa kan även förbättras), sömnbesvär (byt då till kortare duration).

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 puberteten på kapsel Medikinet®, Ritalin® eller Equasym® 8 timmarsberedning 10 mg eller vid låg vikt (under 25-26 kg) på kapsel Medikinet® 5 mg. Dosökning kan ske i hemmet var 2 – 5:e dag till man hittar optimal dos där effekten varar 7 - 8 respektive 11 - 12 timmar beroende på val av beredning.

Normalt får föräldrar instruktion att prova tre dosnivåer före återbesök till sjuksköterska. Mall för rutan "doseringsanvisning" i ett recept finns på Teams-BUP Halland – Adhd mottagning – Filer "läkare".

- 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 4-6 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 för Concerta[®]: (metylfenidat 0,5 - 2,0 mg/kg o max 108 mg/ dygn vid; 0,5 - 1,5 mg/kg och för K Ritalin/Medikinet/Equasym[®] max 100 mg/dygn, för Elvanse[®] 20 - 70 mg och för Atomoxetin 1,2 (- 1,8 mg/d)

Utredning vid uteblivet svar på första farmakologiska behandlingen

- **Utredning.** Om en patient inte svarat alls på metylfenidat, amfetamin 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[®]).** Metylfenidat sätts ut abrupt. Man börjar sedan med Elvanse[®] 20 - 30 mg och ökar veckovis med 10 - 15 mg till bästa dos som håller över dagen. Kapslar kan öppnas och lösas i vatten, vilket underlättar stegvis titrering i hemmet. För Elvanse[®] brukar veckovis titrering vara lagom då halveringstiden är längre än för metylfenidat
- **Byte till eller kombinationsbehandling med alfa-agonist.** Se [Vårdriktlinje Alfa-agonister på BUP](#). Biverkningsprofilerna gör att denna kombination ofta är gynnsam.
- **Byte eller kombinationsbehandling med atomoxetin.** Se [Vårdriktlinje Atomoxetin \(Strattera[®]\) - behandling](#). Kan ge god tilläggseffekt men vaksamhet på biverkningar, som kan adderas, krävs.
- **Byte mellan olika beredningar av metylfenidat**
Depottablett med 8 timmarsberedning – 12 timmarskapsel ekvipotenta doser
15 mg (8 timmars) = 27mg (12 timmars); 20 mg (8 timmars) = 36 mg (12 timmars),
30 mg (8 timmars) = 54mg (12 timmars), 40 mg (8 timmars) = 72 mg (12 timmars)
etc

Övergång från en medicin till annan

Centralstimulantia (CS) till atomoxetin:

Vecka 1: CS fulldos, Strattera 1/2 dos

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

Vecka 3: CS utsatt, atomoxetin 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® 20 - 30 mg ska vara startdos även för de som använt höga doser metylfenidat.

Metylfenidat eller lisdexamfetamin kombinerat med alfa-agonist.

Alfa-agonist trappas upp enligt [Vårdriktlinje Alfa-agonister på BUP](#) veckovis för Intuniv® och var 2 – 3:e 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. Det kan krävas tätare återbesök för att följa viktsutveckling hos yngre barn och då särskilt i förskoleålder.
- Andra året och därefter sker kontroller hos sjuksköterska minst en gång per år.
- Smärre dosjusteringar (ett steg i styrka) 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. Avvikelser därutöver kräver barnmedicinsk konsultation eller åtgärd. Vid viktnedgång 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 inom normalvariationen, för skolbarn till 15 år uppemot 120 slag/min och från 16 år 100 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 enbart när sjuksköterskekontroll ger indikation på utökade behov. Okomplicerade fall är exempelvis patienter som enbart medicinerar med ett adhd-preparat (melatonin undantaget) eller där det finns en stabil kombinationsbehandling 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 viktigt 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

Återbesök för årskontroll till sjuksköterska kan ske som glesast en gång per år efter första året. Tidigare skulle det även alltid ske ett besök efter 18 månader.

EKG beställs inte av BUP utan vid fynd som indikerar hjärtrisk ska pediatrik konsulteras.