

## Läkemedel

Vid debut av BPSD är det viktigt att **snabbt** genomföra en systematisk analys av eventuell utlösande orsak. Om man avvaktar för länge har man betydligt mindre möjligheter att med enkla åtgärder bryta ett olämpligt beteendemönster (gäller både personal och närstående/vårdare) som en följd av pålagringseffekter.

Innan farmakologisk behandling kan tillgripas skall patienten ha genomgått en bred och noggrann somatisk undersökning men även omgivningsfaktorer skall beaktas och åtgärdas i första hand.

### Viktigast är att behandla eventuell utlösande orsak!

I de fall man trots olika somatiska och bemötandeinterventioner behöver tillgripa läkemedel skall denna behandling riktas mot de specifika symptom som patienten uppvisar. Det finns ingen standardbehandling för BPSD.

### Demensspecifik behandling

BPSD symtomen har setts minska i en del, men inte alla studier vid behandling med acetylkolinesterashämmare och även med memantin. Detta är dock inte en behandling att tillgripa i det akuta skedet.

### Psykotiska symptom

De vanligaste psykotiska symtomen är vanföreställningar och hallucinationer. Neuroleptika har använts länge vid behandling av psykotiska symptom vid demens men det saknas studier av bra kvalitet. Neuroleptika har visat sig vara användbart vid psykotiska symptom hos patienter med demens. Dock är biverkningar vanligt förekommande och kan orsaka en mer uttalad funktionsförlust varför man bör ha en mycket restriktiv hållning till neuroleptikabehandling.

#### **OBS!**

Man har sett en ökad dödlighet vid behandling med atypiska antipsykotiska läkemedel varför preparaten skall användas med största försiktighet. Utsättningsförsök av neuroleptika bör också alltid genomföras efter en tids behandling (3-6 månader). Vid utsättningsförsök är det viktigt att man utvärdera effekten av läkemedelsutsättningen.

#### **OBS!**

Stor försiktighet med neuroleptikabehandling hos patienter med parkinsonism. Dessa patienter kan ha Lewy Body Demens och har då en ökad känslighet för neuroleptika som kan leda till mycket svåra biverkningar.

Haloperidol har signifikant men dock begränsad effekt. Bör användas i låg dosering och man bör om möjligt inte överskrida 1 mg per dygn med tanke på biverkningsrisken, särskilt extrapyramidala biverkningar. Kom ihåg att haloperidol kan ge hypoglykemi hos diabetiker.

Under senare år så kallade atypiska antipsykotika introducerats. Risperidon har signifikant men begränsad effekt. Dosering bör ligga kring ca 1 mg/ dygn. Olanzapin i dosering 5-10 mg/dygn har visats ha viss effekt. Detta preparat är dock inte välstuderat och bör därför användas med viss försiktighet.

### **Depression**

Depressiva symtom är vanliga vid demenssjukdom. Man kan även se ett dysforiskt tillstånd där agitation, passivitet och ångest kan ingå.

Behandling med SSRI-preparat är i Sverige väl etablerad, men få studier av SSRI-behandling av patienter med BPSD föreligger.

Behandling med SSRI har visat positiva effekter på lätt till måttligt svår grad av depression vid demens. Man bör även här överväga ett utsättningsförsök (efter 6-12 månaders behandling).

Mirtazapin är ett annat antidepressivt preparat som man har god erfarenhet av i klinisk praxis. Det saknas dock studier som värderar preparatets effekt hos patienter med demens. Tricykliska antidepressiva skall undvikas pga. preparatens välkända antikolinerga biverkningsprofil.

### **Ångest**

Ångest kan vara en del i en depression och bör då behandlas med antidepressiva. Vid svår ångesten är mirtazapin ett alternativ till SSRI.

Anxiolytika kan också behövas. Bensodiazepiner med kort halveringstid och i låga doser kan användas. OBS! Försiktighet – se nedan.

### **Svårare orostillstånd/Agitation -**

I första hand bör pat vara vaken dagtid och sova nattetid. Ibland krävs dock sedering även dagtid.

Vid behov av tillfällig sedering kan klometiazol tillgripas. **OBS! Risk för blodtrycksfall och omkullfall varför man bör ha god tillsyn av patienten!**

### **Aggressivitet**

SSRI har använts i klinisk praxis mot irritabilitet (lindrigare former av aggressivitet) och det finns enstaka studier som visar på en positiv effekt.

Bensodiazepiner kan i enstaka fall vara motiverade vid aggressivitet, särskilt om inslag av ångest finns.

**Antiepileptika** har använts vid behandling av BPSD.

Karbamazepin har i enstaka studier befunnits ha en dämpande effekt på BPSD-symptom.

Samtidigt orsakar karbamazepin nedsättningar i kognitiv funktion. Det saknas idag säkerställt underlag att karbamazepin reducerar BPSD.

### **Sömnstörningar**

Insomningstabletter (Zopiklon eller Zolpidem) skall utgöra förstahandsvalet. Bensodiazepiner kan i vissa fall övervägas och då bör kortverkande preparat användas. De långverkande ackumuleras och leder till försämrad kognition (förutom ökad fallrisk med höftfrakturer osv).

### **Hypermotoriska tillstånd (t ex vandrande)**

Idag föreligger ingen bra farmakologisk behandling för vandringsbeteende. Om tillståndet bedöms som sekundärt till ångest eller psykotiska symtom kan behandling för dessa symptom övervägas.

### **Ropbeteende**

Vid debut av ropbeteende är det mycket viktigt att snabbt utesluta somatisk orsak till beteendet. Det finns idag ingen bra farmakologisk behandling. Om tillståndet bedöms som sekundärt till ångest eller psykotiska symtom kan behandling för dessa symptom övervägas.

### **Användande av bensodiazepiner vid demens.**

Man bör undvika bensodiazepiner pga. att de kan ha en paradoxal effekt dvs. man kan se en ökad ångest och oro.

I de fall man trots detta väljer att prova bensodiazepiner skall man välja de **kortverkande** preparaten i låg dos, exempelvis oxazepam.

**av Katarina Nägga, öl, Minneskliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö**

2011-03-20