

## Kommentar

# Intoksikasjon med psykofarmaka

Denne pasienthistorien illustrerer flere viktige poenger. Etter tett samarbeid mellom kliniker og farmakologisk laboratorium kunne diagnosen intoksikasjon med et utvalg psykofarmaka stilles raskt, til tross for sparsomme anamnesticke opplysninger. Selv om det etter hvert kom frem at pasienten brukte fluoksetin og olanzapin, viste en utvidet analyse at hun også hadde inntatt citalopram og mianserin. Dette er således et eksempel på at pasienter ikke nødvendigvis alltid bare har inntatt sine egne aktuelle legemidler; det kan også forekomme at de har tatt midler som de har brukt tidligere eller som pårørende bruker eller har brukt. Det kan derfor være grunnlag for å gjøre en utvidet analyse for legemidler og rusmidler. En slik utvidet analyse kan til en viss grad styres ut fra aktuelle symptomer og funn, men bør trolig i de fleste tilfeller inkludere de vanligst brukte psykofarmaka og rusmidler. Hvis en slik analyse blir utført raskt, kan man i mange tilfeller løse et klinisk problem – ikke fordi det nødvendigvis endrer behandlingen (den er i de aller fleste tilfeller kun symptomatisk), men fordi man kan spare pasienten for unødige undersøkelser videre.

Kunne symptomene hos den aktuelle pasienten ha ført tankene i retning av intoksikasjon med antidepressiver og/eller antipsykotika før man fikk innhentet anamnesticke opplysninger? De kliniske funnene var hver for seg ikke særlig spesifikke, men motorisk påvirkning i form

av myoklonier er typisk for inntak av slike midler, fremfor alt selektive serotoninreopptakshemmere. Bevisstløshet forekommer ved inntak av alle de aktuelle midlene i overdoser, men særlig for olanzapin og mianserin. Det var påfallende at pupillene var miotiske, for siden flere av midlene har antikolinerge effekter, er mydriasis et langt vanligere fenomen. Alt i alt blir konklusjonen at ingen av de kliniske funnene er typiske kun for én type legemiddelintoksikasjon, og at man derfor initialt må utrede på bred front, slik det også ble gjort.

Er det noe man kan ta lærdom av i forhold til de konsentrasjonsmålingene som ble utført? De angitte referanseområdene for legemidlene (tabell 1 i Solberg og medarbeideres artikkel) er basert på prøver som er tatt 12–24 timer etter inntak av siste dose. Hvis prøven er tatt tidligere enn dette, kan også inntak av terapeutiske doser gi konsentrasjoner over referanseområdet. Hvor mye høyere konsentrasjonene kan ligge, varierer fra middel til middel, blant annet avhengig av legemidlets halveringstid. For å kunne gjøre en fornuftig tolking av serumkonsentrasjonene sammenholdt med de kliniske funnene og antatt tid fra legemiddelinntaket skjedde er derfor dialog mellom kliniker og klinisk farmakolog nødvendig.

Et annet poeng er at legemidler kan ligge lenge i ventrikkelen og tarmen uten å bli absorbert, fremfor alt hos helt immobiliserte pasienter, hvis sirkulasjonen er ustabil eller hvis legemidlene

har antikolinerge effekter. Dette betyr at en initialt tilsynelatende normal serumkonsentrasjon noen timer senere kan nå toksiske nivåer. Også for å håndtere dette på en adekvat måte kan en diskusjon med farmakologisk laboratorium være nyttig. Til sist er det grunn til å være oppmerksom på at det kan komme en ny konsentrasjonstopp idet pasienten blir mobilisert. Dette skyldes at tablettrester som har vært sekvestrert i tarmen mens pasienten har vært sengeliggende nå vil absorberes. I noen tilfeller kan det derfor være nyttig med gjentatte serumkonsentrasjonsmålinger av legemidlene i kortere eller lengre tid etter den første analysen.

Selv om det kun er regionsykehus og spesiallaboratorier som har et bredt analysespekter av psykofarmaka, kan en telefonhenvendelse til de farmakologiske laboratoriene være avklarende også når pasientene kommer inn til mindre sykehus. I slike tilfeller vil imidlertid den tiden som går med til forsendelse av prøven være en begrenset faktor i forhold til den umiddelbare nytteverdien.

### Olav Spigset

*olav.spigset@legemidler.no*  
Avdeling for klinisk farmakologi  
St. Olavs Hospital  
7006 Trondheim

*Manuskriptet ble godkjent 4.5. 2006.  
Medisinsk redaktør Torgeir Bruun Wyller.*