

Benzodiazepinnedtrapning

Benzodiazepiner har en potent og hurtigt indsættende effekt på en række symptomer, fx angst, søvnløshed, agitation og kramper. Grundet bivirkninger og toleransudvikling, samt risiko for udvikling af afhængighed, bør behandling med benzodiazepiner begrænses til den akutte sygdomsfase. Når effekten af den primære behandling indtræder, fx antidepressiva ved angst/depression eller antipsykotika ved psykotiske lidelser, bør benzodiazepinbehandlingen udtrappes eller seponeres.

Uhensigtsmæssige følger af benzodiazepinbehandling

- Afhængighed
- Amnesi
- Apati
- Depression
- Disinhibition (paradokseffekt)
- Faldtendens
- Hæmmet motorik
- Konfusion
- Svimmelhed
- Svækket koordinationsevne
- Toleransudvikling
- Øget reaktionstid

Sundhedsstyrelsen har bekendtgjort regler for ret til at føre motorkøretøj under benzodiazepinbehandling, jf. bagsiden.

Optimér behandling af primær psykiatrisk lidelse.

Benzodiazepindosis reduceres med 20% ugentligt*,
jf. benzodiazepinberegner på www.psykofarmakologi.dk
Ved seponeringssymptomer pauseres nedtrapning i 1-2 uger.

Ved svære seponeringssymptomer**

Skift fra oprindelig benzodiazepinbehandling til diazepam,
jf. ækvipotensskema på bagside eller benzodiazepinberegner på www.psykofarmakologi.dk

Benzodiazepindosis reduceres med 20% ugentligt.
Ved seponeringssymptomer pauseres nedtrapning i 1-2 uger.

Ved svære seponeringssymptomer**

Fortsat nedtrapning ved tillæg af:
Carbamazepin hvis benzodiazepin er monoterapi.
Valproat/pregabalin hvis patienten behandles med andet end benzodiazepin.

* Hvis benzodiazepinbehandlingen har varet under 4 uger, kan der foretages hurtigere nedtrapning end foreslået ovenfor.

** Lettere seponeringssymptomer må forventes under nedtrapning. Supplerende psykosocial støtte kan være påkrævet. Alternativt kan nedtrapning under indlæggelse være nødvendig.

Seponeringssymptomer

Benzodiazepinnedtrapning kan medføre seponeringssymptomer identiske med de symptomer, der har foranlediget behandlingen, fx fysisk og psykisk uro eller angst. I sjældne tilfælde kan der forekomme mere alvorlige tilstande, fx kramper, delir og psykose.

Kompensatorisk forbrug af alkohol kan forekomme under nedtrapning af benzodiazepiner grundet stoffernes ensartede virkning.

Virkningsmekanisme

Benzodiazepinmolekylet fungerer som en positiv allosterisk modulator på GABA_A-receptoren, og øger dermed receptorens affinitet for neurotransmitteren GABA. Benzodiazepiners primære effekter er sedation, anxiolyse, muskelrelaksation og øget krampetærskel. Udvikling af tolerans for den sedative, muskelafslappende og antikonvulsive virkning optræder ofte indenfor 1-2 måneder, mens det er uvist i hvor høj grad der udvikles tolerans overfor den anxiolytiske virkning.

Benzodiazepin ækvipotensskema

SØVNBESVÆR	Halveringstid (timer)	Tid til maksimal plasmakonzentration (timer)	Ækvipotent dosis (mg)	Maks. døgndosis (mg) ved kørekort jf. Sundhedsstyrelsens vejledning
Flunitrazepam	24	1	0,5	Ikke anbefalet
Lormetazepam (OH)*	10	2	1	1
Nitrazepam	24	1,5	5	Ikke anbefalet
Triazolam	3	1	0,125	0,125
Zaleplon	1 - 2	1	10	10
Zolpidem	2	1,5	10	10
Zopiclon	5	0,5 - 2	7,5	7,5

ANGST & URO	Halveringstid (timer)	Tid til maksimal plasmakonzentration (timer)	Ækvipotent dosis (mg)	Maks. døgndosis (mg) ved kørekort jf. Sundhedsstyrelsens vejledning
Alprazolam	12	1,5	0,5	Ikke anbefalet
Bromazepam	15	1,5	3	Ikke anbefalet
Chlordiazepoxid	72	2	12,5	Ikke anbefalet
Clobazam	40	2	10	Ikke anbefalet
Clonazepam	40	2,5	0,5	Ikke anbefalet
Diazepam	72	1	5	Ikke anbefalet
Lorazepam (OH)*	12	2	1	Ikke anbefalet
Oxazepam (OH)*	10	2	15	30

* (OH) er hydroxylerede benzodiazepiner.

Benzodiazepiner hos ældre

Ældre har øget følsomhed for benzodiazepiners sedative virkning og dermed øget risiko for faldtraumer. Metabolisering af non-hydroxylerede benzodiazepiner foregår i leveren. Hos ældre personer er halveringstiden for non-hydroxylerede benzodiazepiner forlænget på grund af aldersrelateret nedsat hepatiske clearance. Dette er af betydning ved skift fra et hydroxyleret til et non-hydroxyleret benzodiazepin. Ved nedtrapning hos ældre må yderligere dosisreduktion end de angivne 20% pr. uge overvejes ved skift fra et hydroxyleret til et non-hydroxyleret benzodiazepin, da de forlængede halveringstider kan medføre overdosering og akkumulering.

Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 38 af 18. juni 2008 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (Uddrag)

- Vejledningen henviser generelt til § 17 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 (autorisationsloven), som omhandler en sundhedspersons forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.
- Lægen skal anbefale kørselspause ved iværksættelse af behandlingen og ved markant øgning af dosis af igangværende behandling. Det vil generelt være fornuftigt, at anbefale en kørselspause på 4 uger, men længden skal altid bero på en konkret vurdering.
- Det kan ikke anbefales, at der føres motorkøretøj under fast behandling med benzodiazepiner med lang halveringstid (>10 timer). Fast længerevarende behandling med disse midler vil derfor føre til inddragelse af kørekortet ved fornyelse, udvidelse eller generhvervelse af kørekortet, eller hvis lægen anmelder til embedslægen/Sundhedsstyrelsen efter § 44 i autorisationsloven. Fast behandling med benzodiazepiner med halveringstid på 10 timer vil medføre en tidsbegrænsning i kørekortet på ét år.
- Tages midlerne kun som en enkelt dosis, undtagelsesvist og i særlige situationer, anbefales det, at der ikke føres motorkøretøj i tiden efter indtagelsen, under hensyntagen til halveringstiden for det pågældende præparat og den individuelle påvirkning.
- Kørekort (alle kategorier) kan ikke anbefales ved samtidig brug af stærk smertestillende medicin i fast dosering og benzodiazepiner/benzodiazepinlignende midler, undtaget når de kortidssvirkende midler (halveringstid < 5 timer) anvendes mod søvnløshed i anbefalet dosering, og kørslen ikke finder sted i timerne efter indtagelsen.
- Bemærk at benzodiazepiner som led i behandlingen af epilepsi er underlagt særlige bestemmelser.

