

Farmakologisk behandling af panikangst

Ved utilstrækkeligt respons efter 6-8 ugers behandling i terapeutisk dosis skiftes til nyt præparat.
Ved adækvat respons fortsættes behandlingen i mindst 12 måneder.

Afklaring af behandlingsbehov

Faktorer der har indflydelse på valg af behandling:

- Hyppighed og sværhedsgrad af panikangstanfald.
- Patientens ønske om fast behandling vs. anfaldsbehandling.
- Erfaringer fra tidligere behandlingsforløb.

Forebyggende behandling *

Selektive Serotonin Reuptake Inhibitorer (SSRI)

Venlafaxin (75-225 mg dagligt)

Clomipramin (75-250 mg/dg) eller
Imipramin (75-250 mg/dg)

Anfaldsbehandling *

Følgende præparater anses (pga. sparsom evidens) for indbyrdes ligeværdige og valget beror derfor på bivirkningsprofilen:

- Hydroxyleret benzodiazepin, fx oxazepam (7,5-15 mg pn) eller lorazepam (1-2 mg pn).
- Hydroxizin (25 mg pn).
- Quetiapin (25-50 mg pn).
- Chlorprothixen (15-25 mg pn).

Typisk anvendes præparaterne maks. 3 gange dagligt.

For følgende præparater er der nogen, omend begrænset, dokumentation for behandling af panikangst:

Duloxetin (60-120 mg/dg), mirtazapin (30 mg/dg), moclobemid (300-600 mg/dg), olanzapin (2,5 mg/dg), pregabalin (150-600 mg/dg).

Overvej løbende i samråd med patient om kombinationsbehandling (avancement til næste trin) bør foretrækkes frem for fortsatte monoterapeutiske behandlingsforsøg

Kombinationsbehandling

Ved kombinationsbehandling bør anvendes lægemidler med forskellige virkningsmekanismer.
Vær særlig opmærksom på øget risiko for bivirkninger.

VIRKNINGSMEKANISME	LÆGEMIDLER
Antihistaminerg	Chlorprothixen, hydroxizin, mirtazapin, olanzapin, quetiapin
Membranstabiliserende	Pregabalin
Serotonerg	Buspiron**, chlorprothixen, imipramin, mirtazapin, olanzapin, quetiapin, SSRI, venlafaxin

** Buspiron kan kombineres med andre lægemidler med serotonerg virkning.

Overvej kombination med vedvarende benzodiazepinbehandling (jf. bagside).

* Anfaldsbehandling kan anvendes indtil der er tilstrækkelig effekt af den forebyggende behandling. Selv ved optimal forebyggende behandling kan der fortsat være behov for sideløbende anfaldsbehandling.

Generelle farmakologiske behandlingsprincipper ved panikangst

- SSRI-præparaterne er førstevalg pga. veldokumenteret effekt samt gunstig bivirkningsprofil og anses for at være indbyrdes ligeværdige. Ved samtidig behandling med andre lægemidler bør man være opmærksom på at paroxetin og fluoxetin inhiberer CYP2D6 og fluvoxamin inhiberer CYP1A2 (se DSKPs interaktionskort).
- Ved behandling af panikangst med antidepressiva anvendes samme dosis som ved behandling af depression, dog bør optitrering foregå langsomt grundet risiko for initial forværring af angstsymptomer.
- Patienten bør informeres om, at begyndende effekt af antidepressiva først kan forventes efter 4-6 uger.
- Anfald af panikagtig angst kan forekomme sekundært til andre psykiske lidelser, fx affektive lidelser, andre angstlidelser og OCD, og i disse tilfælde bør behandlingen rettes mod den primære lidelse.
- Agorafobi (frygt for at færdes alene uden for eget hjem) udvikles hyppigt sekundært til panikangst og er associeret med dårligt respons på den farmakologiske behandling.

Hyppigste bivirkninger for udvalgte farmaka i behandling af panikangst

Chlorprotixen	Mundtørhed, øget sputsekretion, svimmelhed, sedation.
Clomipramin	Mundtørhed, obstipation, hypotension, konfusion, svimmelhed, akkommodationsbesvær, seksuelle forstyrrelser, øget appetit, kvalme, svedtendens, vandladningsbesvær.
Duloxetin	Mundtørhed, kvalme, hovedpine, sedation.
Imipramin	Mundtørhed, obstipation, hypotension, konfusion, svimmelhed, akkommodationsbesvær, seksuelle forstyrrelser.
Mirtazapin	Vægtøgning, ødemer, somnolens, hovedpine, svimmelhed.
Moclobemid	Kvalme, mundtørhed, hovedpine, svimmelhed, søvnforstyrrelser.
Olanzapin	Vægtøgning, hypertriglyceridæmi, galaktoré, somnolens.
SSRI	Gastrointestinale gener, nervøsitet, søvnproblemer, seksuelle forstyrrelser.
Venlafaxin	Gastrointestinale gener, agitation, mundtørhed, svedtendens, hypertension.

Benzodiazepiner & angstbehandling

- Langtidsbehandling med benzodiazepiner bør reserveres til patienter med svær angst og utilstrækkeligt respons på anden farmakologisk og non-farmakologisk behandling.
- Behandling med benzodiazepiner hæmmer de kognitive funktioner.
- Benzodiazepinbehandling påvirker evnen til at føre motorkøretøj og medfører øget risiko for trafikuheld (se DSKPs Benzodiazepinnedtrappingskort).
- Fysisk og psykisk afhængighed kan udvikles allerede efter få ugers behandling.
- Tolerans udvikles efter få ugers behandling, dog mindre overfor den anxiolytiske end den sedative, muskelrelaxerende og antikonvulsive effekt.
- Patienter med tidligere eller aktuelt misbrug bør ikke behandles med benzodiazepiner, for deres angstlidelse, før andre behandlingsmuligheder er udtømte.

Psykoterapi i behandling af panikangst

- Kognitiv adfærdsterapi har dokumenteret virkning på panikangst og kan anvendes som alternativ til eller i kombination med farmakologisk behandling.

