



## Hvilke antiepileptika bør vi velge til eldre epilepsipasienter?

Arif H, Buchsbaum R, Pierro, J et al.

*Comparative effectiveness of 10 antiepileptic drugs in older adults with epilepsy.*

*Arch Neurol 2010; 67(4): 408-15.*

**Målsetting:** Å sammenlikne den anfallsreducerende effekten av 10 AEDs blant eldre personer med epilepsi.

**Materiale og metode:** Ved et epilepsisenter i New York ble det foretatt en retrospektiv ukontrollert studie av 417 eldre (> 55 år) epilepsipasienter som i perioden 2000-2005 fikk behandling med AEDs. 12-måneders retensjonsrate og 12-måneders anfallsfrihet ble brukt som effektmål. Også bivirkninger som førte til dosejustering eller seponering ble registrert. Bare de 10 AEDs som ble brukt av flere enn 10 pasienter ble analysert.

**Resultater:** Lamotrigin hadde den høyeste 12-måneders retensjonsraten (79 %), tett fulgt av levetiracetam (73 %). Disse var signifikant bedre enn gabapentin (59 %), fenytoin (59 %), topiramet (56 %), karbamazepin (48 %) og okskarbazepin (24 %). Det var også flest anfallsfrie blant dem som brukte lamotrigin (54 %), fulgt av levetiracetambrukerne (43 %). Dårligst var okskarbazepin med bare 9 % anfallsfrihet. Ustøhet, tretthet og mage-tarmlager var de hyppigst rapporterte bivirkningene. De som brukte gabapentin hadde færrest bivirkninger.

**Konklusjon:** Bedømt ut fra retensjonsraten og anfallsfrihet etter 12 måneders behandling viste denne studien at lamotrigin var det mest effektive AED, med levetiracetam som en god nummer to.

**Egne kommentarer:** "Effectiveness" er et begrep som rommer en kombinasjon av effekt og tolerabilitet av et medikament. Retensjonsraten, dvs. hvor mange pasienter som fortsatt bruker medikamentet etter en bestemt tid, er et ofte benyttet mål for "effectiveness". Resultatene av denne studien stemmer godt med to andre "eldrestudier" (Brodie et al, 1999, Rowan et al, 2005) som har vist at nye AEDs, slik som lamotrigin, kommer bedre ut enn de eldre AEDs, slik som karbamazepin. Erik Sætres studie derimot, viste at karbamazepin hadde en vel så god effekt (dog ikke signifikant) enn lamotrigin i denne pasientgruppen (Sætre et al, 2007). Noe av forklaringen kan være at det i Sætre-studien ble benyttet retard formulering av karbamazepin, noe som ikke, eller bare delvis, var tilfelle i de andre studiene. Hvorfor okskarbazepin kom så mye dårligere ut i denne studien enn karbamazepin, hadde ikke forfatterne noen forklaring på. Man skal imidlertid være klar over at okskarbazepin-assosiert hyponatremi er mest uttalt blant våre eldste pasienter. Mange eldre har komorbide tilstander og bruker mange medikamenter, ikke bare AEDs. Dette øker risikoen for drug-drug interaksjoner. Samtidig sees det hos mange eldre en endret farmakokinetikk og -dynamikk. Etter mitt skjønn er det derfor hos eldre fornuftig å velge AEDs med minst mulig interaksjonspotensial. Ved siden av økt risiko for farmakokinetiske interaksjoner, kan enzyminduserende AEDs brukt blant eldre forsterke tendensen til osteoporose og kardio- og cerebrovaskulær sykdom, blant annet ved å påvirke lipidprofilen homocystein og C-reaktivt protein (Mintzer et al 2009). Ikke-enzyminduserende AEDs slik som lamotrigin eller levetiracetam er derfor naturlige valg, noe som denne studien gir støtte til.

**Karl O. Nakken**