

Eldre med epilepsi – får de suboptimal behandling?

Sætre E, Perucca E, Isojärvi J et al.

An international multicenter, randomized double-blind controlled trial of lamotrigine and sustained release carbamazepine in the treatment of newly diagnosed epilepsy in the elderly. *Epilepsia* 2007; 48(7): 1292-302



Målsetting: Å sammenligne effekt, tolerabilitet og retensjonsrate av lamotrigin (LTG) og karbamazepin (CBZ)(med retardformulering), i behandling av eldre med nydiagnostisert epilepsi.

Materiale og metode: Forfatterne har gjennomført en dobbel-blindet, randomisert multisenterstudie av 185 pasienter. Alle pasientene, som var over 65 år, hadde hatt minst to uprovosert partielle eller generaliserte tonisk-kloniske anfall. 93 pasienter ble randomisert til LTG, mens 92 fikk CBZ. Studien varte i 40 uker. Først var det en fire ukers doseopptrapping, deretter en vedlikeholdsfasen der klinikerne doserte ut fra effekt og bivirkninger. Initial-, vedlikeholds- og maksimaldose for LTG var henholdsvis 25 mg, 100 mg og 500 mg, og for CBZ henholdsvis 100 mg, 400 mg og 2000 mg. Det primære endepunkt var retensjonsraten.

Resultater: Antall pasienter som fullførte studien var 68 (73 %) i LTG-gruppen og 61 (67 %) i CBZ-gruppen. Det var ingen forskjell mellom de to gruppene når det gjaldt tid før seponering – uavhengig av årsak. Antall anfallsfrie pasienter de siste 20 ukene av studien var 48 (52%) i LTG-gruppen og 52 (57 %) i CBZ-gruppen. Antallet som seponerte på grunn av bivirkninger var 13 (14 %) i LTG-gruppen og 23 (25 %) i CBZ-gruppen.

Konklusjon: Den anfallsreducerende effekten av LTG og CBZ var nokså lik, med en liten tendens til flere anfallsfrie pasienter på CBZ, mens LTG hadde noe bedre tolerabilitet. Resultatet skiller seg noe fra tidligere studier, noe forfatterne trodde skyldtes forskjeller i doseopptrappingstakt og retardformulering av CBZ.

Egne kommentarer: Med den eldrebølgen vi forventer i Norge de neste årene, vil epilepsi blant eldre få stadig større aktualitet. Erik Sætre har på en prisverdig måte satt dette temaet på epilepsikartet her hjemme, og den refererte artikkelen er ledd i hans doktorgradsarbeid. Nå ser vi alle frem til en snarlig disputas, Erik!

De fleste eldre får epilepsi som en følge av cerebrovaskulær sykdom. Mange av disse blir anfallsfrie med AEDs. Men, hvilke AED skal vi velge? Her er det mange hensyn å ta. Fordi mange eldre får bivirkninger på relativt lave doser/serumkonsentrasjoner, bør doseopptrappingen være særlig langsom og vedlikeholdsdosen lav.

Selv om den refererte studien viste at CBZ gir en god anfallsreducerende effekt blant eldre, bør man etter mitt skjønn søke å unngå enzyminduserende AEDs i denne pasientgruppen. Dette for å unngå farmakokinetiske interaksjoner med andre medikamenter. De fleste eldre har behandlingstrengende komorbide tilstander; i vår studie av sykehjemsbeboere i Asker og Bærum brukte de eldre i gjennomsnitt sju (7) medikamenter (!) (Rytter E et al. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127(3): 1185-7). Dessuten kan enzyminduserende AEDs fremskynde aldersbetinget osteoporose.

Lamotrigin, gabapentin, zonisamid eller levetiracetam kan være aktuelle AEDs å gi til eldre.

Dessverre ser det ut til at kvaliteten på så vel diagnostikk og behandling av epilepsi blant eldre er dårlig. I hvert fall om man skal tro en nylig publisert amerikansk studie der bare 27 % av 9.682 pasienter fikk diagnosen av nevrolog, og 70 % fikk suboptimal behandling, her definert som behandling med "gamle" AEDs, som fenytoin, fenobarbital og primidon.

(Hope OA et al. *Epilepsia* 2009; 50(5): 1085-93).

Dette bør vi kunne gjøre bedre!

Karl O. Nakken