

RIKTLINJER FÖR BEHANDLING AV MANI

Inläggningsindikation

Hypomani eller lindrig mani kan ofta behandlas i öppenvård, förutsatt att patienten är villig att ta emot medicinering och begränsa sin köplusta och annat skadligt beteende. Inläggning blir nödvändig om manin gjort att patienten betar sig aggressivt, skadligt för sig själv och andra eller om behandling inte kan genomföras på grund av bristande sjukdomsinsikt eller svag behandlingsmotivation. Vissa patienter med tidigare skov av allvarig mani måste läggas in redan vid tidiga tecken på mani för att omedelbart få kraftfull behandling.

Vårdintyg eller ej?

Det är vanligt att den maniske bagatelliserar allvaret i sina symtom eller döljer dem tillfälligt. Lyssna på vad anhöriga och andra berättar samt läs i journalen om eventuella tidigare manier. Det är vanligt att patienten går med på att lägga in sig, men sedan inte tar emot nödvändig behandling eller snabbt vill skriva ut sig. Om en patient måste läggas in för mani betyder det i de allra flesta fall att det finns allvarliga brister i sjukdomsinsikt och behandlingsföljsamhet. Därför innebär ett behov av slutenvård nästan alltid att kriterierna för LPT 4 § uppfyllda ("sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda").

Farmakologisk behandling av mani

Valen farmakologisk behandling som ska väljas beror på manins svårighetsgrad och preparatens speciella effekt- och biverkningsprofiler som ska anpassas till den enskilda patienten. I tabellen nedan finns förslag på behandlingar vid olika grader av mani. Generellt behöver unga, friska personer med kraftfull mani doser i de högre dosintervallen medan doserna bör vara lägre för äldre patienter samt vid hypomani/lindrig mani eller samtidig kroppssjukdom. Man ska via uppgifter i journal och annan information ta hänsyn till hur eventuella tidigare behandlingar fungerat.

Det är viktigt att komma igång med behandlingen snabbt och det är ofta fördel om läkaren är med och ser till att patienten tar emot den första behandlingsdosen. Vanligen har då intagningsbeslut enligt LPT 4 § fattats. Om patienten vägrar ta medicin eller om det krävs ny övertalning kan det anses bekräftat att fortsatt behandling inte kan säkerställas i frivilliga former, varför intagningsbeslut enligt LPT 6b § bör fattas snarast och vid behov får tvångsinjektion ges. Följ upp insatt behandling efter 2-4 timmar och ordinera vid behov ytterligare farmaka. Det behövs ofta tillägg av sömnmedicin, t.ex. nitrazepam eller levopromazin (Nozinan).

Vid akut dystoni måste man snabbt ge injektion av biperiden (Akineton). Vid höga doser av sederande farmaka kan andningsdepression inträffa. Finns sådan risk ska man ordinera medicinskt extravak för kontroll av andning, puls och blodtryck. Vid deliriös mani eller terapivikt vid svår mani kan ECT vara nödvändig och ges då vanligen med bitemporal teknik.

Fortsättningsbehandling

Förhoppningsvis har akutbehandlingen lett till att patienten redan inom några dygn blivit lugnare, fått sova och är beredd att ta emot peroral medicinering (om inte kan ny injektionsbehandling behövas). Valet av preparat och dos sker till stor del utifrån hur akutbehandlingen fungerat. Om de akut insatta preparaten och doserna verkade adekvata fortsätter man med dem. Om effekten varit otillräcklig måste doser ökas och/eller andra preparat väljas. Om patienten varit överdrivet sederad eller fått andra biverkningar ska doser sänkas eller preparaten bytas.

Omvårdnad

Patienter med mani bör vårdas i lugn miljö (stimulusbegränsning). De bör vila i sitt rum. Om patienten är uppvarvad bör han/hon vänligt men bestämt återföras till sitt rum. Maniskt beteende möts av vänligt, tydligt och konsekvent bemötande. Man måste också undvika konflikter i mindre viktiga frågor. PIVA-vård kan behövas vid uttalad aggressivitet eller okontrollerbar agitation/oro.

Rekommendationer för farmakologisk behandling av mani		
Tillstånd	Förslag till behandling	Alternativ
Hypomani och lindrig mani i öppen vård	Olanzapin	Annat neuroleptikum med evidens för mani (se nedan)
Mani i slutenvård – per oral behandling	Olanzapin + Valproat	Annat neuroleptikum + Valproat eller Litium
Svår mani i slutenvård – injektionsbehandling	Haloperidol + Prometazin	Annat neuroleptikum + Prometazin eller lorazepam
Fulminant mani med aggression	Zuclopentixolacetat + Haloperidol + Prometazin	Haloperidol + Lorazepam
Deliriös mani	ECT bitemporalt inom 24 timmar, ges dagligen till förbättring	
Per orala preparat		
Preparat	Dosering	Kommentarer
Olanzapin (Zyprexa)	Startdos 5-20 mg, sedan 5-30 mg som kvällsdos eller uppdelat på två doser	Sedation, metabola biverkningar, magbiverkningar.
Valproat (Ergenyl , Orfiril, Absenor)	Startdos 20-30 mg/kg kroppsvikt, sedan 1200-3000 mg/dygn uppdelat i 2 doser. Mål koncentration s-valproat: 350-700 µmol/L (20-100 µmol/L för fritt valproat)	Undviks vid graviditet. Blod- och leverstatus samt s-valproat kontrolleras efter 5-7 dagar.
Risperidon (Risperdal)	Initialt 2 mg, sedan 1-6 mg/dygn	EPS, hyperprolaktinemi
Haloperidol (Haldol)	2-10 mg/dygn	EPS, hyperprolaktinemi
Quetiapin (Seroquel)	Seroquel depot 300 mg 0+1 första dagen sedan 0+2.	Sedation, yrsel
Aripiprazol (Abilify)	Initialt 15 mg, sedan 15-30 mg/dygn	Akatisi, illamående
Ziprasidon (Zeldox)	Initialt 40 mg 1+1, sedan 80-160 mg/dygn	QT-förlängning
Litium (Lithionit)	Initialt 42 mg 3+3 eller 2+2+2+2, med målkoncentration 0,8-1,2 mmol/L	Risk för intoxication, ta s-li var tredje dag, justera doser
Injektionspreparat		
Haloperidol (Haldol)	5 ml/ml ½-2 ml im	EPS
Prometazin (Phenergan)	25 mg/ml (2,5%), 2-4 ml im	Sedation
Zuclopentixolacetat (Cisordinol Acutard)	50 mg/ml, 1-3 ml im	Sedation, EPS, andningsdepression
Aripiprazol (Abilify)	lösning 7,5 mg/ml, 5,25-15 mg (=0,7-2ml) givet som en engångsinjektion.	Akatisi
Lorazepam (Ativan)	4 mg/ml, ½-1 ml ges im	Sedation, andningsdepression
Biperiden (Akineton)	5 mg/ml , ½-1 ml im	Mot akut dystoni

Mats Adler, överläkare vid sektionen för affektiv sjukdom och ångestsyndrom, Psykiatriska kliniken Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. 130627

Referenser:

Cipriani A, Barbui C, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; **378**(9799): 1306-15.

Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O, et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; **262** Suppl 1: 1-48.

Powney MJ, Adams CE, Jones H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **11**: CD009377.

Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry* 2004; **185**: 63-9