

# Bipolär sjukdom

Fastställd april 2019 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till april 2021.

## Huvudbudskap

- Stämningsstabiliserande behandling utgör grunden för att inte återinsjukna och om detta inte är tillräckligt kan behandling mot specifika symtom läggas till
- Litium är förstahandsmedel för både barn och vuxna
- Patientutbildning minskar risken för återinsjuknande och bör erbjudas
- Fördjupad läkemedelsgenomgång ska göras årligen
- Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll bör erbjudas i specialistsjukvård

## Bakgrund

Bipolära sjukdomar är kroniska och utmärks av återkommande sjukdomsskov av depression och mani/hypomani. Blandtillstånd med både depressiva och maniska symtom förekommer. Mellan de affektiva episoderna är stämningsläget oftast neutralt och funktionen god. Samsjuklighet med ADHD är vanligt.

## Prevalens

Prevalensen för bipolär I (depression + mani) och för bipolär II (depression + hypomani) uppskattas vardera till 0,7%. Därtill kommer bipolära spektrumtillstånd (cirka 1%). Vid cyklotymi förekommer affektiva svängningar som inte uppfyller kriterier för bipolär sjukdom och tillståndet är vanligare hos släktingar till patienter med bipolär sjukdom.

## Debut och förlopp

Debuten kan ske i alla åldrar men är vanligast från tidiga tonår upp till ca 35 års ålder. Senare debut är vanligare vid organiska förstämningssyndrom med liknande sjukdomsbild. Återkommande depressioner dominerar för de flesta och depression är den vanligaste debutepisoden för både bipolär I och bipolär II. Bipolär II och cyklotymi kan senare i förloppet utvecklas till bipolär I. Utan underhållsbehandling med stämningsstabiliserande läkemedel återinsjuknar majoriteten i nya affektiva episoder. Vid fyra eller fler skov per år kallas tillståndet rapid cykling. Vid upprepade skov ökar risken för långvariga symtom med försämrad funktion socialt och yrkesmässigt. Skoven riskerar också att försämma kognitiva funktioner för vissa patienter. Samsjuklighet med beroende av alkohol/droger ökar risken för agitation och försämrar prognosen. Se [RMR Riskbruk av alkohol](#) samt [Skadligt bruk och beroende](#). Stämningsstabiliserande behandling och behandling av affektiva episoder ger en bättre prognos. Målet är att uppnå symtomfrihet.

## Suicidrisk

Suicidrisken är förhöjd vid bipolär sjukdom och bör bedömas, särskilt i samband med affektiva skov, se [RMR Suicidriskbedömning för barn och unga](#) och [RMR Utredning/behandling av akut suicidalitet hos vuxna](#). Vid obehandlad bipolär sjukdom är suicidrisken mycket hög, ca 20%.

## Metabol risk

Personer med bipolärt syndrom uppvisar i högre grad än befolkningen i övrigt metabola avvikelser samt en ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Ohälsosamma levnadsvanor och även medicineringen kan bidra, se Svenska Psykiatriska Föreningen ([SPF](#)) om metabol risk. För råd om fysisk aktivitet, se [FYSS](#).

## Diagnostik

Bipolär sjukdom kännetecknas av avgränsade sjukdomsskov med depression eller mani/hypomani. Andra diagnoser bör övervägas om patienten inte har symtomfria intervall mellan skoven. Maniska episoder utmärks av abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning, abnormt förhöjd självkänsla, minskat sömnböbehov, ökad pratsamhet, tankeflykt och ökad målinriktad aktivitet som leder till kraftig funktionsförsämring. Hypomanier företer samma, men mildare, symtom och kan lätt förbises då patienten sällan söker vård för dessa. För diagnostik av depressiva skov, se [RMR Depression](#).

## Strukturerade intervjuer och skattningsskalor

Bipolär sjukdom diagnostiseras genom det kliniska samtalet. Använd gärna kommunikationsverktyget [förstå mig rätt](#). Samtalet bör kompletteras med en strukturerad intervju, t.ex. [MINI](#), [SCID-I](#) eller [MINI-KID](#). [Anamnesprotokoll för bipolära syndrom](#) är en strukturerad diagnostisk intervju som även innehåller frågor för kvalitetsregister [Bipolär](#). Bipolärt Index ingår i protokollet och innefattar frågor kring typ av episod, debutålder, sjukdomsförlopp, svar på läkemedelsbehandling samt hereditet. [MDQ](#) kan användas för screening av maniska/hypomana symtom, men en klinisk värdering av svaren måste göras för att utesluta falskt positiva svar. [YMRS](#) är en skala för skattning av svårighetsgraden vid maniska symtom. För barn och unga kan skalan [K-SADS-PL](#) för affektiva störningar och [CMRS-P](#) för skattning av mani användas.

## Övrig anamnes och undersökningar

I anamnesen ska frågor kring somatisk sjukdom samt alkohol och droger ingå. Relevant provtagning och undersökning ska göras för att utesluta somatiska orsaker till affektiva sväng-

ningar (se referenser). Organiska förstämningssyndrom kan debutera efter hjärnskada eller vid neurologiska sjukdomar.

## Diagnoser

Diagnoser fastställs enligt ICD-10 och kriterier enligt DSM-5 kan användas som stöd: Bipolär sjukdom (F31.\_), Cyklotymi (F34.0) och Organiskt förstämningssyndrom (F06.3). Differentialdiagnoser till bipolära sjukdomar är främst unipolär depression, [ADHD](#), schizoaffektiv sjukdom, emotionellt instabil personlighetsstörning samt enstaka hypoman eller manisk episod i samband med yttre belastning eller utlöst av läkemedel/droger.

## Icke-farmakologisk behandling

Behandling planeras tillsammans med patient och ev. med närstående. Patientutbildning enligt kvalitetssäkrad VGR-modell minskar risken för återinsjuknande och bör erbjudas till alla patienter. Närstående har en viktig roll, t.ex. för att uppmärksamma tidiga tecken på sjukdomsskov och bör erbjudas närståendebildning i grupp. Utbildningen innefattar kunskap om sjukdomen, tidiga tecken på återinsjuknande, betydelse av läkemedelsbehandling samt kännedom om stress- och sårbarhetsfaktorer. Vid behov bör individuell psykoterapi, t.ex. KBT, erbjudas. Behandling med ECT kan vara aktuell vid bipolär sjukdom i samband med depression med eller utan psykotiska symtom, vid blandepisoder och vid mani, se [RMR ECT](#).

## Farmakologisk behandling

Tre olika effekter eftersträvas vid behandling av bipolär sjukdom:

- Stabiliserande effekt för att förhindra nya skov
- Antidepressiv effekt
- Dämpande effekt vid mani eller hypomani

Stämningsstabiliserande behandling utgör grunden för att inte återinsjukna och om detta inte är tillräckligt kan behandling mot specifika symtom läggas till. Litium är förstahandsmedel och i andra hand kan antiepileptika eller antipsykotiska medicin väljas. Kombinationsbehandling med två eller tre läkemedel från de olika grupperna kan behövas i vissa fall. Vid bipolär depression kan den stämningsstabiliserande behandlingen kombineras med antidepressiv medicin. Akut mani kan behandlas med högre doser av litium, alternativt valproat och/eller antipsykotika. Samma behandlingsprinciper gäller för olika bipolära sjukdomar. Valet av behandling är beroende av sjukdomens svårighetsgrad och hur väl patienten tolererar ett läkemedel. Vid organiska förstämningssyndrom har

stämningsstabiliserande läkemedel ofta påtagliga biverkningar och behovet av långtidsbehandling måste bedömas individuellt.

## Stämningsstabiliserande läkemedel

### Litium

Litium är förstahandsmedel för både barn och vuxna och har bäst dokumenterad effekt för att förebygga såväl depressiva som maniska episoder. Litium kan även användas vid akut mani och har en god dokumentation för minskad suicidrisk. Litium finns som tabl Lithionit 42 mg och tabl Litarex 42 mg (licensläkemedel) som är delbar, vilket kan vara en fördel när lägre doser eftersträvas. 1 tabl Lithionit eller Litarex motsvaras av 10 mL litiumcitrat (ex tempore) 0,6 mmol/mL. Doseringen är individuell och fastställs med hjälp av upprepade koncentrationer. Rekommenderad litiumkoncentration är 0,5-0,8 mmol/L. En högre koncentration kan krävas vid maniska symtom. Vid litium >1,2 mmol/L kan toxiska symtom uppkomma.

Beakta risken för förhöjd koncentration av litium vid samtidig behandling med läkemedel som påverkar njurfunktionen, t.ex. COX-hämmare och ACE-hämmare/ARB. Intorkning i samband med t.ex. svettningar, feber, kräkning, diarré eller operationer kan också leda till förhöjd litiumkoncentration. Litium kan ge flera biverkningar, bland annat på njurfunktion, sköldkörtel och bisköldkörtel. Insättning och uppföljning av litium sker inom specialisterpsykiatri.

### Antiepileptika

Valproat och karbamazepin har stämningsstabiliserande effekt. Valproat har också effekt vid akut mani. Beakta risken för encephalopati som även kan uppkomma akut. Valproat bör undvikas till fertila kvinnor på grund av risk för polycystiskt ovariesyndrom och teratogen effekt. Lamotrigin kan förebygga och behandla depressiva episoder och kan vara ett alternativ när depressiva episoder, men ej maniska, dominerar, t.ex. vid bipolär II. Beakta och be patienten uppmärksamma ev. hudbiverkningar. Lamotrigin ska trappas upp långsamt enligt schema i [FASS](#). Topiramast som tillägg till övrig behandling kan ev. minska viktuppgång men har svag dokumentation avseende affektiva symtom.

### Andra generationens antipsykotika (SGA)

Alla SGA har dämpande effekt vid mani/hypomani. Undantaget är lurasidon (Latuda), off label, som endast har effekt vid bipolär depression. SGA med bäst dokumenterad effekt är quetiapin och olanzapin. Quetiapin har en antidepressiv, antimanisk och stämningsstabiliserande effekt. Quetiapin är sederande och kortverkande quetiapin till natten kan enligt klinisk erfarenhet förbättra sömnen. Olanzapin kan förebygga maniska episoder och användas vid behandling av akut mani. Övriga SGA som kan övervägas är risperidon och aripiprazol. Risk för viktuppgång och metabol påverkan bör beaktas för alla SGA. Risken är mindre för aripiprazol och lurasidon.

## Övriga läkemedel

### Första generationens antipsykotika (FGA)

Zuklopentixol eller haloperidol kan användas vid akut mani, främst när sederande effekt eftersträvas. Långtidsbehandling rekommenderas ej på grund av risken för extrapyramidala symtom (EPS) och tardiv dyskinesi.

### Antidepressiva läkemedel

Antidepressiva kan läggas till vid ett depressivt skov men bör kombineras med stämningsstabiliserande preparat för att undvika att utlösa ett maniskt skov. Om patienten uppvisar maniska/hypomana symtom under pågående behandling bör det antidepressiva läkemedlet sättas ut. SSRI anses ge mindre risk för mani än SNRI eller TCA. För behandling av depressiv episod, se [RMR depression](#).

### Bensodiazepiner (BDZ)

#### och bensodiazepinanaloger (BDZa)

Vid akut och svår ångest i samband med skov i bipolär sjukdom kan det finnas behov av ångestlindrande behandling med BDZ under en period. Vid sömnsvårigheter i samband med affektiv episod kan tillägg av BDZa vara ett led i behandlingen, se [RMR Insomni](#). En plan för utsättning av BDZ/BDZa ska finnas, se [RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – In- och utsättning](#).

## Barn och ungdomar

Psykopedagogiska insatser är viktiga för barn, ungdomar och för närstående. Sjukdomsbilden är mindre distinkt i unga år. För utredning och behandling, se [sfbup](#). Det episodiska förloppet vid bipolär sjukdom är viktigt att få fram. En betydande samsjuklighet föreligger mellan bipolär sjukdom och ADHD. Differentialdiagnostiken mot ADHD är mycket viktig då behandlingsstrategierna är olika. Hos unga kan agitation och uppvarvning uppstå på grund av SSRI. Detta kan lätt misstolkas som mani/hypomani och man bör då i första hand sänka dosen av SSRI. Vid kvarstående maniska symtom ska SSRI sättas ut.

## Läkemedelsbehandling

Litium är basläkemedel också för barn och ungdomar med bipolär sjukdom. Lamotrigin kan vara ett alternativ vid övervägande depressiva skov. SSRI ska normalt kombineras med ett stämningsstabiliserande läkemedel men kan prövas ensamt vid bipolär II med mest lindrig hypomani. Barn och ungdomar är generellt mer känsliga för biverkningar än vuxna. Risk för viktuppgång och metabol syndrom är större. Flickor ska ej behandlas med valproat pga. risk för hormonella rubbningar. Karbamazepin bör undvikas hos både flickor och pojkar pga. låg effekt, mer biverkningar och hög interaktionsrisk. Vid behandling med SGA är quetiapin, risperidon och aripiprazol mer lämpliga än olanzapin vid akut mani/hypomani. Olanzapin kan vara ett tredjehandsmedel för akut behandling. Vid uttalad bipolär depression är quetiapin förstahandsval. Alternativ är lurasidon men beakta att den saknar effekt på manisymtom.

## Äldre

Stämningsstabiliserande behandling bör pågå livet ut och om behandlingen avslutas kan det leda till svårbehandlade affektiva skov. Lägsta effektiva dos eftersträvas, se [RMR Läkemedel och äldre](#). Vid stabil underhållsbehandling med litium kan en lägre koncentration (0,4 mmol/L) accepteras. Vid hög koncentration ses ofta förvirringsinslag. Beakta risken för njurskada t.ex. vid tillfällig vätskebrist. Demenssjukdom och/eller demensläkemedel är inget behandlingshinder, se [RMR Demens](#). Valproat kan ge kognitiva biverkningar hos äldre, särskilt vid högre doser. Lamotrigin ger förhållandevis få biverkningar.

## Graviditet och amning

Kvinnor i fertil ålder med bipolär sjukdom ska informeras om att kontakta läkare inför planerad eller fastställd graviditet. Beslut om läkemedelsbehandling under graviditet och amning ska ske i samråd med kvinnan och efter noggrann information, se [janusinfo](#). Partnern bör inbjudas att vara delaktig i informationen. Risken för påverkan på barnet ska vägas mot risken för återinsjuknande i affektiv episod. Den gravida kvinnan bör ha en tät uppföljning med extra provtagning och medicinjustering vid behov. Valproat ska undvikas helt under graviditet pga. allvarlig teratogen effekt.

## Uppföljning

Patienter med bipolära sjukdomar ska som regel följas upp inom specialisterpsykiatri. Fördjupad läkemedelsgenomgång ska göras årligen, KVÅ XV016. Registrering bör ske i kvalitetsregister [Bipolär](#).

## Vårdnivå

Enligt [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och specialisterpsykiatri, vuxna](#) respektive [BUP](#) har specialisterpsykiatri huvudansvaret för utredning och behandling av patientgruppen. I enskilda fall kan patienter i stabilt skede och efter ömsesidig överenskommelse, följas upp i primärvården. Primärvården har ansvar för att upptäcka och remittera patienter med misstänkt bipolär sjukdom. Specialisterpsykiatri har ansvar för hälsosamtal och somatisk kontroll, se [RMR Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykisk ohälsa](#). Vid misstanke om somatisk ohälsa, remitteras patienten till primärvård.

### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Ingrid Lindstedt, ordförande

### Referenser

SPF 2014 – Bipolär sjukdom – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling

### Länkar

[www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri](http://www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri)

### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel) Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; [adress.distributionscentrum@vgregion.se](mailto:adress.distributionscentrum@vgregion.se)