

Kvetiapiin (P-Quetiapine)

Kliinilise keemia ja laboratoorse hematoloogia osakond

Kvetiapiin kuulub atüüpiliste antipsühhootikumide rühma, mida kasutatakse skisofreenia ja bipolaarse häire raviks ning depressiooni täiendraviks täiskasvanutel.

Kvetiapiini manustatakse suukaudselt ning maksimaalne plasmakontsentratsioon saavutatakse ligikaudu 6 tundi pärast manustamist. Kvetiapiin imendub hästi ning metabolism toimub maksas, kus tekib aktiivne metaboliit norkvetiapiin. Norkvetiapiin moodustab maksimaalselt 35% kvetiapiini kontsentratsioonist ravimi tasakaaluolekus. Kvetiapiin on seondunud 83% ulatuses plasmavalkudega. Ravimit elimineeritakse neerude kaudu. Kvetiapiini ja norkvetiapiini poolväärtusajad plasmas on ligikaudu 7 ja 12 tundi. Raske neerupuudulikkusega ja teadaoleva maksakahjustusega patsientidel on vajalik annuse kohandamine eliminatsiooni aeglustumise tõttu.

Kvetiapiini manustamine koos ketokonasooli ja CYP3A4 inhibiitoritega on vastunäidustatud, kuna need tõstavad kvetiapiini plasmakontsentratsiooni 5–8 korda. Maksaensüümide indutseerijatega (nt karbamasepiiniga) koostoimes suureneb kvetiapiini kliirens olulisel määral ning võib mõjutada raviefektiivsust.

Kõige sagedasemateks kõrvalnähtudeks on unisus, pearinglus, peavalu, suukuivus, ärajätusümptomid, kolesterooli taseme tõus, kehakaalu tõus, hemoglobiini taseme vähenemine ning ekstrapüramidaalhäired. Üleannustamisel ilmneb ravimi farmakoloogiliste toimete tugevnemine, tekitabes uimasust, sedatsiooni, tahhükardiat, hüpotensiooni ja antikolinergilisi toimeid. Võivad tekkida krambid, epileptiline staatus, QT-intervalli pikenemine, deliirium jne.

Uuritav materjal, selle võtmine, saatmine ja säilitamine

Proov tuleb võtta vahetult enne järgmise ravimiannuse manustamist!

Katsuti	K2E/K3E-katsuti (lilla kork)
Säilivus	Plasmas +4 °C üks nädal

Analüüsi tegemise aeg: üks kord nädalas

Analüüsimeetod: vedelikkromatograafia-massispektromeetria (LC-MS/MS)

Referentsväärtused

≥ 18 a	Soovituslik terapeutiline vahemik (kvetiapiin)*	100–500 ng/mL
	Toksiline kontsentratsioon*	>1000 ng/mL

*C. Hiemke et al (2018). „Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017” [Pharmacopsychiatry 2018](#); 51: 9–62

Terapeutiline vahemik ja toksiline piir ei ole üheselt määratud. Antud terapeutiline vahemik põhineb populatsiooniuuringutel, seega ei pruugi olla rakendatav igale patsiendile. Mõne patsiendi puhul võib optimaalne ravivastus olla ravimikontsentratsiooni juures, mis jääb antud vahemikust välja.

Näidustus ja kliiniline tähendus

Ravi jälgimine, optimaalse raviskeemi leidmine ja kontroll, ravimimürgistuse diagnostika.

Julia Keller/Jelena Beljantseva

03.06.2020