

Vergleichstabelle Antiepileptika

Erstellt: L. Ramseier/L. Flückiger		Geprüft: J. Hunziker / Dr. Markus Gschwind			Freigegeben: J. Hunziker	
Name (INN/Brand) Klassische / Neuere	Valproat (Depakine®, Orfiril®, Convulex®, Generika)	Carbamazepin (Tegretol®, Timonil®)	Oxcarbazepin (Trileptal®, Apydan®)	Lamotrigin (Lamictal®, Generika)	Levetiracetam (Keppra®, Generika)	
Auswahl verfügbarer Formen mit Stärke (KSA-Artikel)	Retardiert: Depakine Chrono Tabl 300, 500 mg; Orfiril Ret Kaps 150, 300 mg; Ret-Minitabl. 500, 1000 mg Unretardiert: Convulex Kaps 150, 300, 500 mg, Sirup 50 mg/ml; Depakine Lös 300 mg/ml, TS 400 mg; Orfiril Sirup 60 mg/ml, Inj. Lös. 300mg/3ml	Retardiert: Tegretol CR Tabl 200, 400 mg; Timonil Ret Tabl. 300, 400, 600 mg Unretardiert: Tegretol Tabl. 200, 400 mg, Susp. 20mg/ml; Timonil Tabl 200 mg; Sirup 20 mg/ml	Retardiert: Apydan extent Tabl. 150, 300, 600 mg Unretardiert: Trileptal Filmtabl. 300, 600 mg; Susp. 60mg/ml	Lamotrigin Desitin Disp Tabl, 5mg; Tabl. 25, 50, 100, 200 mg Lamictal Disp Tabl 5, 25, 50, 100, 200 mg	Levetiracetam Desitin Mini Filmtabl. 250, 500, 1000 mg; FilmTabl. 250, 500, 1000 mg; Inf Konz 100mg/ml, Lös 100 mg/ml Keppra FilmTabl 250, 500, 1000 mg, oral Lös. 100 mg/ml, Inf Konz 100 mg/ml	
Zugelassene Indikationen bei Erwachsenen, orale Dosierung ^[1, 9]						
Epilepsie (Monotherapie, Erwachsene)	Initiale TD	1x tgl. 10-15 mg/kg, Erhöhung alle 2-3 d bis ED	1x bis 2x tgl. 100-200 mg (cave: siehe FI bzgl. Alltestung vor Start)	2x tgl. 300 mg, 8-10 mg/kg/d unretardiert: (2-) 3 Gaben retardiert: 2 Gaben	1. und 2. Woche: 1x tgl. 25 mg 3. und 4. Woche: 1x tgl. 50 mg Ab 5. Wo.: 50-100 mg mehr bis ED	2x tgl. 500 mg
	Erhaltungsdosis (ED)	20 mg/kg Unretardiert: 2 Gaben, Retardiert: 1 Gabe tgl., ≥50mg/kg/Tag; in 3 Gaben tgl.	800-1200 mg Unretardiert: (2-) 3 Gaben Retardiert: 2 Gaben	600-2400 mg, im Mittel 900 mg (in 2 Gaben, mit dem Essen)	100-200mg (off-label in RS mit Spezialist bis 600 mg) (in (1)-2 Gaben)	2x tgl. 500-2000 mg
	Maximale TD	3000 mg (bei bipolaren Störungen)	2000 mg	2400 mg		3000 mg
	Niereninsuffizienz (NI)	höhere freie Konzentrationen möglich	- (Carbamazepin-10,11-Epoxid-Spiegel bei v.a.Tox.)	Bei CrCl ≤30 initial 300 mg/d	Mit Vorsicht titrieren (+50 mg alle 2 Wochen), KI bei schwerer NI	CrCl 50-79: 2x 500-1000 mg/d CrCl 30-49: 2x 250-750 mg/d CrCl ≤30: 2x 250-500 mg/d
	Leberinsuffizienz (LI)	höhere freie Konzentrationen möglich, (kontraindiziert bei schwerer LI)	-	-	Child-Pugh Grad B / C: Reduktion der Dosis um 50 / 75%	schwere NI führt zu einer Fehleinschätzung der NI, daher 50% d. ED
Weitere Indikationen	Bipolare Störungen (Manie)	Manie und Dauertherapie der bipolaren Psychose, Alkoholentzugssyndrom, Trigemini-, Glossopharyngeusneuralgie	-	Bipolare depressive Episoden, Migräne, neuropathische SZ		
Kontraindikationen (Details s. Fachinformation)						
Kontraindikationen ^[1]	akute/chronische Hepatitis, Pankreasdysfunktion, hepatische Porphyrie, mitochondriale Erkrank. (POLG, MELAS etc.), Harnstoffzyklusstörungen CAVE: Risikoauflklärung* für Mädchen/ Frauen im gebärfähigen Alter (SS-Verhütungsprogramm)	AV Block, Knochenmarksdepression, hepatische Porphyrie, Kombination mit MAO-Hemmern, Fortpflanzung der Frau bis 2 Wo. nach Therapie	Fortpflanzung der Frau	schwere Niereninsuffizienz	CAVE Depression (starken negativen psychiatrischen Effekt bis Suizidalität)	
Schwangerschaft/Stillzeit ^[1, 10]	Bei Kinderwunsch oder festgestellter Schwangerschaft sollte an den behandelnden Neurologen verwiesen werden, um die Therapie im Hinblick auf die Risiken von Mutter und Kind zu evaluieren. Das Risiko für Geburtsfehler ist bei Kindern von Müttern, die mit einem antiepileptischen Arzneimittel behandelt wurden, um das 2- bis 3-Fache erhöht.					
	Teratogen, Missbildungen und Entwicklungsstörungen des Kindes möglich			Mittel der Wahl		
				TDM notwendig zur Dosisanpassung		
Interaktionen ^[1, 2, 4, 7]						
Pharmakodynamische & Pharmakokinetische IA (besonders Ungünstig/Günstig)	Vorsicht insb. bei Kombination mit krampfschwellensenkenden Substanzen: Details siehe KD 023.040 „Krampfschwelle-senkende Arzneistoffe“ CYP-Enzyme und Transporter werden häufig von Antiepileptika beeinflusst (siehe unten). Interaktionen sind zu erwarten und müssen geprüft werden.					
Enzym-Induktion/Hemmung	Carbapeneme können Valproatspiegel stark reduzieren! Kombi Topiramate: Hyperammonämie	I: 1A2, 2A6, 2B6, 2C9, 3A4, P-gp, UGT, Autoinduktion	H: 2C19 I: 3A4/5, UGT	Ostrogene (Antibabypille) /Paracetamol können Lamotriginspiegel ↓		
	H: 2C9, 3A4, (2C19) (schwach)			I: UGT		
Nebenwirkungen ^[4, 9]						
Häufige + Seltene, aber schwerwiegende (Details & Vollständigkeit siehe FI)	Haarausfall, Übelkeit, Müdigkeit, Tremor, Schwindel, Gewichtszunahme, Entzugsanfälle Agranulozytose, aplastische Anämie, Pankreatitis, schwere Leberschädigung, Enzephalopathie, SJS/TEN, PCO	Übelkeit, Diarrhöe, Rash, Juckreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Lethargie, Sehstörung. Hyponatriämie, Agranulozytose, aplastische Anämie, SJS/TEN, DRESS, SLE, Lebersversagen, Pankreatitis	Nausea, Müdigkeit, Ataxie, Schwindel, Diplopie, Tremor, Gewichtszunahme Hypo-natriämie, SJS/TEN, DRESS, Agranulozytose, Panzytopenie	Rash, Nausea, Schwindel, Müdigkeit, Tremor, Diplopie, SJS/TEN, DRESS, aseptische Meningitis	Infektanfälligkeit. Somnolenz, Asthenie Schwindel, Agitation, Angst, Depression, Reizbarkeit SJS/TEN, Anaphylaxie, Angioödem, Panzytopenie, Psychose	
Pharmakokinetik						
Bioverfügbarkeit ^[1,2,4, 9]	100 %	75-85 %	90 %	98 %	99 %	
Therapeutischer Referenzbereich KSA ^[6] TDM empfohlen	350-700 µmol/l Freies Valproat: 5 – 10 mg/l	4-12 mg/l Epoxid Metabolit 0.2-9 mg/l	aktiver Metabolit 10- Hydroxycarbazepin 10-35 mg/l	3-14 mg/l	10-40 mg/l	
Metabolismus ^[1,2]	Extensive Glucoronidierung (Div. UGT) + Beta-Oxidation, CYP2A6, 2B6, 2C9, 2C19	Oxidation via CYP 3A4/5 ; CYP1A2/2C8, UGT2B7, P-gp, BCRP, Epoxidhydrilase	AKR, UGT2B15, P-gp	Glucuronidierung, UGT1A4/3B7, P-gp, BCRP	Keine Metabolisierung, P-gp	
Elimination ^[1]	Vorwiegend renal (haupt. Metabolite)	72 % renal	>95 % renal	94 % renal	95 % renal (66% unverändert)	
Halbwertszeit ^[2,4,9]	9 - 19 h	initial: 36h, Steady-State: 10-20h	Oxcarbazepin: 2h; ER: 7-11h. akt. Metabolit (MHD): 9-11	14-104 h	6-8 h	



Vergleichstabelle Antiepileptika

KD : 023.048

Version : 01

Gültig ab : 08.03.2023

Seite : 2 von 4

Name (INN/Brand) Klassische / Neuere		Phenytoin (Phenhydan®, Phenytoin Gerot®)	Phenobarbital (Aphenylbarbit®, Phenobarbital Bichsel)	Primidon (Mysoline®)	Gabapentin (Neurontin®, Generika)	Pregabalin (Lyrica®, Generika)
Verfügbare Formen mit Stärke (KSA-Artikel)		Phenhydan Tabl. 100 mg, Inj Lös 250 mg/5ml, Phenytoin Gerot Tabl 100 mg	Aphenylbarbit Tabl. 15, 50, 100 mg, Phenobarbital Bichsel Inj Lös 20 mg/ml, 200 mg/2ml	Tabl. 250 mg	Gabapentin Pfizer Kaps 100, 300, 400 mg, Tabl. 600, 800 mg	Pregabalin Pfizer Kaps 25, 50, 75, 100, 150, 200, 300 mg
Zugelassene Indikationen bei Erwachsenen, Dosierung [1, 8]						
Epilepsie (Monotherapie, Erwachsene)	Initiale TD	individuell, einschleichen	Individuell (gemäss Blutspiegel)	1x125 mg abends, alle 3 Tage um 125mg erhöhen bis auf 2x 1 Tabl. pro Tag, danach alle 3 Tage um 1 Tabl.	3x tgl. 300 mg oder aufdosieren 300mg/d bis 900mg oder 400mg/d bis 1200mg	keine Zulassung zur Monotherapie 2x tgl. 75 mg oder 3x tgl. 50 mg
	Erhaltungsdosis (ED)	300 mg (in 2-3 Gaben, mit/nach dem Essen bzw. 2h vor/nach Sondenernährung)	1-3 mg/kg KG	750-1500 mg (in 2 Gaben)	900-1200 mg (in 3 Gaben) (Evt. alle 3-4 Wo um max. 400mg/Tag weitersteigern)	300 mg in (2-3 Gaben)
	Maximale TD	>25 mcg/ml	600 mg	1500 mg	2400 mg	600 mg
	Niereninsuffizienz (NI)	bei schwerer NI: Überwachung der freien Serumkonzentration [9]	Dosisreduktion je nach Nierenfunktion angepasst auf den Zielspiegel	Akkumulationsgefahr (TDM empfohlen) CrCl 10-20: vermeiden von hohen Dosen CrCl <10: initial Dosisreduktion um 25-50%	CrCl 50-79: 600-1200 mg/d CrCl 30-49: 300-900 mg/d CrCl 15-29: 150*-600 mg/d CrCl <15: 150*-300 mg/d	*Kps. 300 mg jeden zweiten Tag CrCl 30-60: max. 300 mg CrCl ≤30: keine Anwendung (ggf. nach Verträglichkeit /Ansprechen initial sehr tief und langsam)
	Leberinsuffizienz (LI)	-	Bei Leberzirrhose verlängerte HWZ. Dosisreduktion angepasst auf den Zielspiegel.	Ggf. Dosisreduktion (TDM/Spiegelmessung empfohlen)	-	-
Weitere Indikationen		Trigeminusneuralgie	Erregungszustände, Fieberkrämpfe, Adjuvans bei Entzugsbehandlung	-	Neuropathische Schmerzen	Neuropathische Schmerzen, generalisierte Angststörungen
Kontraindikationen (Details s. Fachinformation)						
Kontraindikationen [1]		AV Block Grad 2/3, Sick-Sinus-Syndrom, <3 Mon. post-Myokardinfarkt, LVEF <35%, schwere Schädigung Blutzellen und Knochenmark	akute Vergiftung mit zentralwirksamen Arzneimitteln, Arzneimittelabhängigkeit, hepatische Porphyrie, schwere Nieren- und Leberfunktionsstörung, Herzmuskelschäden	akute Vergiftung mit zentralwirksamen Arzneimitteln, hepatische Porphyrie, schwere Nieren- und Leberfunktionsstörung, Herzmuskelschäden	-	-
Schwangerschaft/Stillzeit [1, 10]		Bei Kinderwunsch oder festgestellter Schwangerschaft sollte an den behandelnden Neurologen verwiesen werden, um die Therapie im Hinblick auf die Risiken von Mutter und Kind zu evaluieren. Das Risiko für Geburtsfehler ist bei Nachkommen von Müttern, die mit einem antiepileptischen Arzneimittel behandelt wurden, um das 2- bis 3-Fache erhöht.				
Interaktionen [1, 2, 7]						
Pharmakodynamische & Pharmakokinetische IA (besonders Ungünstig/Günstig)		Vorsicht bei Kombination mit krampfschwelensenkenden Substanzen: Details siehe KD 023.040 „Krampfschwelle-senkende Arzneistoffe“ CYP-Enzyme und Transporter werden häufig von Antiepileptika beeinflusst (siehe unten). Interaktionen sind zu erwarten und müssen geprüft werden.				
Enzym-Induktion/Hemmung		Achtung bei Hypalbuminämie, da 90% proteingebunden, nicht lineare Kinetik, Karenz von 2h bei enteraler Ernährung. I: CYP1A2, 2B6 , 2C9/19, 3A4 , UGT, P-gp	Alkohol & andere ZNS wirksame Substanzen: additive zentral dämpfende Effekte I: CYP1A2, 2B6 , 2C9/19, 3A4 , UGT1A1	Alkohol & andere ZNS wirksame Substanzen: additive zentral dämpfende Effekte I: CYP2C9/19, 3A4	-	-
Nebenwirkungen [4,9]						
Häufige + Seltene, aber schwerwiegende (Details & Vollständigkeit siehe FI)		Gingivahyperplasie, Rash, Verwirrtheit, Verwaschene Sprache, Ataxie, Diplopie, Agranulozytose, aplastische Anämie, Leberversagen, SJS/TEN, SLE, Pseudolymphom Osteo-, Neuropathien, Hirsutismus, Enzephalopathie	Müdigkeit, Somnolenz, Ataxie, Lethargie, Toleranz-, Abhängigkeitspotential, Osteopathien, megaloblastische Anämie, SJS/TEN, Entzugssymptome, Leberschaden	Nausea, Rash, Somnolenz, Ataxie, Toleranz-, Abhängigkeitspotential, Arganulozytose, SJS/TEN, Leberschaden (Vergleichbar mit Phenobarbital)	Somnolenz, Müdigkeit, Schwindel, Ataxie, periphere Ödeme DRESS/SJS	Gewichtszunahme, Schwindel, Müdigkeit, Somnolenz, Ataxie, Tremor, periphere Ödeme, Angiödem, Rhabdomyolyse, Hypersensitivitätsreaktionen
Pharmakokinetik						
Bioverfügbarkeit [2, 4, 9]		Stark inter- und intraindividuell (70-95 %)	90 %	90 %	27 – 60% (Abnahme mit steigender Dosierung: 300 mg 59%, 2400 mg 34%)	>90 %
Therapeutischer Referenzbereich KSA [6] TDM empfohlen		10-20 mg/l (freies° 0.9-1.8 mg/l)	10-40 mg/l	5-10 mg/l	3-21 mg/l	2-5 mg/l
Metabolismus [2, 7]		CYP2C9/19, UGT2B15	CYP2C19, UGT1A4	Hauptmetabolit ist Phenobarbital CYP 2C19, 3A4	Keine Metabolisierung	Keine nennenswerte Metabolisierung
Elimination [1]		Primär biliär, sekundär renal	25% renal	40 % renal	ausschliesslich renal	vorwiegend renal
Halbwertszeit [1, 2]		20-60 h	80-120 h (abhängig von Alter, Leberfunktion, ph-Wert des Urins)	10-15 h	5-7 h	6 h



Vergleichstabelle Antiepileptika

Name (INN/Brand) Klassische / Neuere		Perampanel (Fycompa®)	Ethosuximid (Petinimid®)	Lacosamid (Vimpat®, Generika)	Brivaracetam (Briviact®)	Topiramat (Topamax®, Generika)
Verfügbare Formen mit Stärke (KSA-Artikel)		Tabl. 2, 4, 6, 8, 10, 12 mg Susp. 0.5 mg/ml	Kps 250 mg, Saft/Sirup 50 mg/ml (IMP)	Tabl. 50, 100, 150, 200 mg, Sirup 10 mg/ml, Inf. Konz. 200 mg/20ml	Tabl. 10, 25, 50, 75, 100 mg, Inj. Lös. 50 mg/5ml, Lös. 10 mg/ml	Tabl. 25, 50, 100, 200 mg, Kps. 15, 50 mg
Zugelassene Indikationen bei Erwachsenen, Dosierung [1, 8, 9]						
Epilepsie (Monotherapie, Erwachsene)	Initiale TD	keine Zulassung zur Monotherapie 2mg/d, Steigerung um 2mg alle 1-2 Wochen	keine Zulassung zur Monotherapie 1. Woche: 500 mg 2. Woche: 1000 mg 3. Woche: 1000-1250 mg 4. Woche: 1250-1500 mg	1. Woche: 2x tgl. 50 mg 2. Woche: 2x tgl. 100 mg, dann wöchentlich um 2x tgl. 50 mg erhöhen (Für alternative Aufsättigung siehe FI)	keine Zulassung zur Monotherapie 2x tgl. 25 mg (bis 50 mg) ≥75 J.: keine Neueinstellung	1. Woche 25 mg abends, dann alle 1-2 Wochen um 25-50 mg verteilt auf 2 Gaben steigern
	Erhaltungsdosis (ED)	4-8 mg vor dem Schlafengehen	20 mg/kg KG (in 2-3 Gaben, mit dem Essen)	200-600 mg (in 2 Gaben)	50-200 mg (in 2 Gaben)	100 mg
	Maximale TD	12 mg	1500mg, in Einzelfällen mehr (nach therapeut. Plasmakonz.)	600 mg	200 mg	500 mg, Einzelfälle bis zu 1000mg
	Niereninsuffizienz (NI)	CrCl <50 ml/min: Mit Vorsicht titrieren, TDM CrCl <30 ml/min: kontraindiziert	bei CrCl <10ml/min: Dosisreduktion	CrCl <30 ml/min: max. ED 250mg/d	nicht empfohlen bei moderater oder schwerer NI	bei CrCl <60ml/min 50% Anfangs und Erhaltungsdosis
	Leberinsuffizienz (LI)	Leichte und mässige LI: Nach Verträglichkeit, max. 8 mg/d, schwere LI: kontraindiziert	-	leicht bis mässige Einschränkung max. Dosis 300 mg/d	initial 50 mg/d, max. 150 mg/d	
Weitere Indikationen		-	Absenzenepilepsie	-	-	Migräne
Kontraindikationen (Details s. Fachinformation)						
Kontraindikationen [1]		schwere Leberfunktionsstörung CAVE: psychiatrische Erkrankungen	-	AV Block Grad 2/3	-	CAVE: Kombination mit Valproat
Schwangerschaft/Stillzeit [1, 10]		Bei Kinderwunsch oder festgestellter Schwangerschaft sollte an den behandelnden Neurologen verwiesen werden, um die Therapie im Hinblick auf die Risiken von Mutter und Kind zu evaluieren. Das Risiko für Geburtsfehler ist bei Nachkommen von Müttern, die mit einem antiepileptischen Arzneimittel behandelt wurden, um das 2- bis 3-Fache erhöht.				Teratogen. Frauen im gebärfähigen Alter müssen eine sichere Verhütungsmethode verwenden
Interaktionen						
Pharmakodynamische & Pharmakokinetische IA (besonders Ungünstig/ Günstig) Enzym-Induktion/Hemmung		Vorsicht bei Kombination mit krampfschwelensenkenden Substanzen: Details siehe KD 023.040 „Krampfschwelle-senkende Arzneistoffe“ CYP-Enzyme und Transporter werden häufig von Antiepileptika beeinflusst (siehe unten). Interaktionen sind zu erwarten und müssen geprüft werden.				
		I: schwach CYP2B6,3A4/5, UGT1A1/4 H: schwach auf CYP2C8 und 3A4	- (cave: ist CYP-Substrat)	-- (cave: ist CYP-Substrat)	-- (cave: ist CYP-Substrat)	Siehe FI zu Kombi mit Valproat (Hyperammonämie, Enzephalopathie), Metformin od. Lithium I: CYP3A4, H: 2C19
Nebenwirkungen [4, 9]						
Häufige + Seltene, aber schwerwiegende (Details & Vollständigkeit siehe FI)	Gewichtsverlust, Schwindel, Somnolenz, Gleichgewichtsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankung, SJS schwere neuropsychiatrische Symptome,	Appetitstörungen, Erbrechen, Schlafstörungen, psychotische Symptome Agranulozytose, SJS/TEN, DRESS, aplastische Anämie, SLE	Rash, Nausea, Schwindel, Somnolenz, Kopfschmerzen, Ataxie, Tremor, Diplopie verlängertes PR-Intervall, AV Block, DRESS	Übelkeit, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Ataxie, Nystagmus Bronchospasmus, Angioödem, Leuko-, Neutropenie, psychotische Störungen	Gewichtsverlust, Parästhesien, Somnolenz, beeinträchtigte Kognition, Verwirrtheit, Depression, Nierensteine, Glaukom, Myopie, Hypohidrose, Hyperthermie, SJS/TEN	
Pharmakokinetik						
Bioverfügbarkeit [2]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	80 %
Therapeutischer Referenz- bereich KSA [6] TDM empfohlen	0.09-1 mg/l	40-100 mg/l	1-10 mg/l	0.2-2 mg/l	5-20 mg/l (antikonvulsiv) 2-10 mg/l (psychiatrisch)	
Metabolismus [2, 4, 7]	CYP3A4, 2B6, UGT1A1/4	CYP3A4, 2E1	CYP3A4, 2C9/C19	CYP2C8, 2C19	UGT, P-gp	
Elimination [1]	30 % renal, 48% fäkal	19 % renal	95 % renal	96 % renal	vorwiegend renal (ca. 70%)	
Halbwertszeit [2]	(48-)105 h	33-60 h	10-15 h	7-11 h	19-23 h	



Hinweis zur generischen Substitution

In der Indikation "Epilepsie" wird bei eingestellter Therapie vom Wechsel der generischen Substitution abgeraten (unterschiedliche Resorptionseigenschaften der Generika). Falls allerdings das vom Patienten verwendete Präparat nicht innert angemessener Frist erhältlich ist, oder der Patient der Hersteller nicht benennen kann, soll das entsprechende Präparat der KSA-Liste verwendet werden, um einen Therapieunterbruch zu vermeiden.

Behandlung des Status epilepticus

→ Informationen in den KSA-Richtlinien zur Behandlung des Status epilepticus (SE) [3]

* https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/health-professional-communication--hpc-/dhpc-valproat_depakine-depakine_chrono_valproate_chrono_sanofi.html

AKR: Aldo-Keto-Reduktase, **AM:** Arzneimitteln, **AV-Block:** atrioventrikulärer Block, **BCRP:** Breast Cancer Resistance Protein **CrCl:** Kreatinin-Clearance in ml/min, **CK:** Creatinin Kinase, **CYP:** Cytochrome P450, **ED:** Erhaltungsdosis, **GFR:** Glomeruläre Filtrationsrate, **GI-Toxizität:** Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö; **HWZ:** Halbwertszeit, **LI:** Leberinsuffizienz, **MNS:** malignes neuroleptisches Syndrom **MAO-Hemmer:** Monoaminoxidase-Hemmer, **NI:** Niereninsuffizienz, **PCO:** Poly Cystic Ovary Syndrom, **P-gp:** P-Glykoprotein, **POLG:** Polymerase Gamma, **t_{1/2}:** Halbwertszeit, **SE:** Status epilepticus, **SIADH:** Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion, **SLE:** Lupus erythematosus, **SJS:** Stevens-Johnson-Syndrome, **SV2A:** synaptische Vesikelprotein 2A **TEN:** Toxic epidermal necrolysis, **TD:** Tagesdosis, **TDM:** Therapeutisches Drug Monitoring, **UGT:** Glucuronyltransferase

1 Quellen

- [1] Fachinformationen: Compendium.ch; Zugriff am 28.02.2022
 [2] Konsensus-Guideline TDM Neuropsychopharmakologie Update 2017, Hefner et al., Psychopharmakotherapie, 25. Jahrgang Heft 3 2018
 [3] Behandlung des Status epilepticus: [http://intranet.ksa.loc/Medizin/Neurologie/Documents/KSA_Status_epilepticus_2019\(2\).pdf](http://intranet.ksa.loc/Medizin/Neurologie/Documents/KSA_Status_epilepticus_2019(2).pdf) , Zugriff am 04.04.2022
 [4] IBM Micromedex; Zugriff am 28.02.2022
 [5] Crediblemeds.org; Zugriff am 27.10.2020
 [6] Therapeutischer Referenzbereich KSA: <http://dgvademecum.ksa.ch/>; Zugriff am 28.02.2022
 [7] mediQ.ch, Zugriff am 28.02.2022
 [8] Renal Drug Guide, 5th Edition
 [9] Uptodate.com, Zugriff am 16.02.2022
 [10] embryotox.de, Zugriff am 28.02.2022

© Spitalapotheke KSA 2023. Dieses Dokument ist aus den genannten Quellen zusammengestellt und ersetzt nicht die Fachinformation. Der Inhalt dieses Dokumentes oder Teile davon dürfen ohne ausdrückliche Genehmigung nicht kopiert und in andere Websites oder Medien übernommen werden. Die Kantonsspital Aarau AG übernimmt keine Verantwortung für etwaige Personen- oder Sachschäden, die aus der Verwendung dieses Dokumentes ausserhalb der Kantonsspital Aarau AG entstehen.

2 Änderungsindex

Datum	Wer	Ersetzt Version vom	Änderung	Änderungsgrund	Auswirkung
04.04.2022	L.Fückiger/L.Ramseier	-	Neuerstellung	-	-
08.03.2023	J.Hunziker	Version 1 vom 06.02.2023	Div. kleinere Anpassungen	Überprüfung von Dr.Gschwind	Neuaufschaltung V01