

Rapport om läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

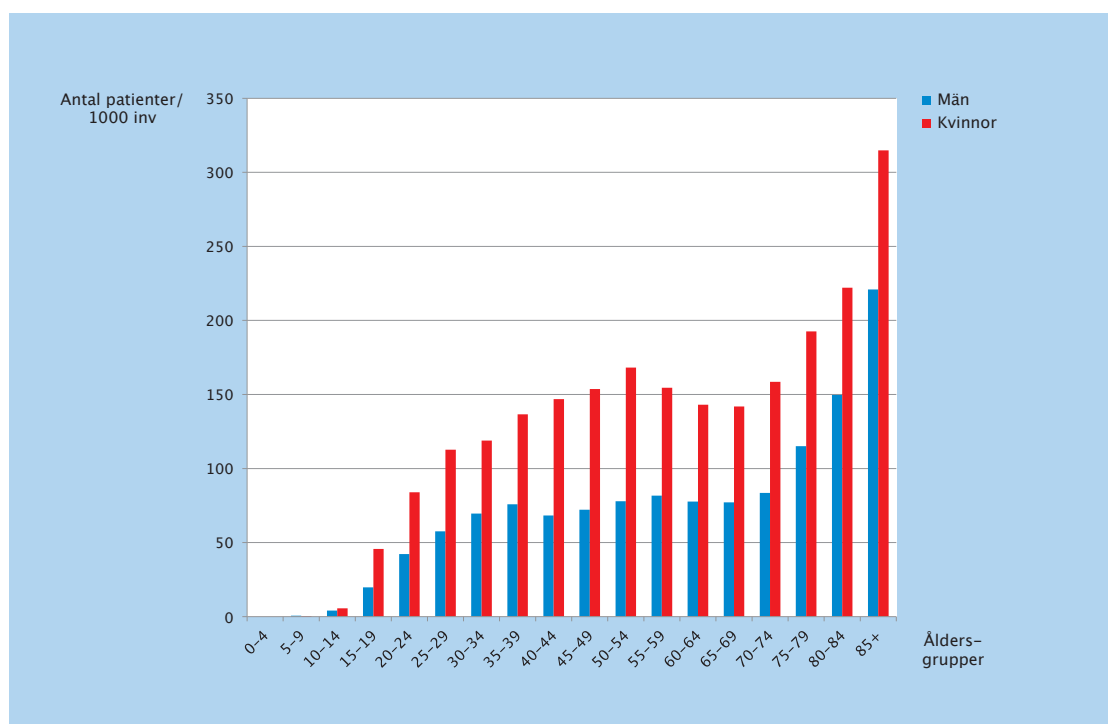
NR 206 • FEBRUARI 2017



Text: Ulf Rothelius och Birgitta Lernhage, Läkemedelscentrum

Psykisk ohälsa hos äldre

REFERAT FRÅN LÄKEMEDELSINFORMATION PÅ VÅRA VILLKOR (LIVV) 2016-12-06



I åldersgruppen 85 år och äldre hämtade var tredje kvinna och var femte man i Örebro län ut antidepressiva medel under 2015.

Utbildningsdagen ägnades åt svår depression hos äldre samt beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

Svår depression hos äldre

Diagnoskriterier för depression (DSM-IV)

För diagnosen depression måste nedstämdhet eller minskat intresse föreligga.

Dessutom måste minst fyra av nedanstående symtom föreligga:

- Aptit-/viktförändring
- Sömnstörning
- Psykomotorisk hämning/Agitation
- Energibrist
- Värdelöshet/Skuldkänslor
- Koncentrationssvårigheter/Ambivalens
- Dödstankar

forts sid 2 »

Antidepressiva medel

De antidepressiva läkemedlen delas in i olika farmakologiska klasser. Några exempel är SSRI (serotoninåterupptagshämmare), SNRI (serotonin-noradrenalinåterupptagshämmare), TCA (tricykliska antidepressiva) samt övriga (t ex mirtazapin).

I Läkemedelskommitténs rekommendationer är SSRI-preparaten Escitalopram och Sertralin förstahandsval vid lindrig till måttlig depression. Vid svår depression som behandlas i öppen vård eller vid bristande effekt av SSRI rekommenderas Venlafaxin depotkapsel eller Mirtazapin.

En metaanalys från 2012 visar att alla klasser av antidepressiva medel är effektiva vid depression hos äldre. Det finns ingen säkerställd skillnad i effekt mellan olika klasser av antidepressiva. Dessa läkemedel minskar symtom, förbättrar funktion och minskar självmordsrisk. Efter tre månaders behandling är 2 av 3 patienter förbättrade.

Behandlingstid

Vid en förstagångsdepression kan man prova att trappa ner och sätta ut efter en symtomfri period på 6–12 månader. Vid upprepade depressioner bör kontinuerlig behandling ges.

Biverkningar av antidepressiva hos äldre

Tricykliska antidepressiva t ex nortriptylin (Sensaval) har antikolinerga biverkningar med bl a risk för förvirring och ortostatism. För såväl SSRI som SNRI förekommer hyponatremi som kan ge diffusa symtom som trötthet och yrsel, speciellt hos äldre, somatiskt sjuka och vid samtidig behandling med diuretika.

Antidepressiva bidrar till neuroneogenes

I djurstudier har man påvisat att antidepressiva medel bidrar till nybildning av nervceller. Man har också visat att denna effekt motverkas av bensodiazepiner. Hos människa har man vid neuroradiologisk undersökning sett en volymsökning i hippocampus, vilket kan stödja att antidepressiva medel även hos människa kan leda till neuroneogenes.

Ångest i samband med depression

Ångestförstärkning i början av antidepressiv medicinering kan förekomma hos en mindre andel av patienterna.

Icke farmakologiska åtgärder t ex fysisk aktivitet, samtalsbehandling rekommenderas i första hand vid ångestsymtom. Man behöver oftast inte ordinera läkemedel.

ECT (elektrokonvulsiv behandling)

Vid depression med psykotiska symtom är ECT överlägset läkemedelsbehandling. Generellt har ECT en bättre effekt hos äldre patienter. Vid ECT-behandling kan en kortvarig minnesstörning förekomma, men denna biverkan är mindre frekvent hos äldre.

BPSD (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid demenssjukdom)

”Det finns starkt vetenskapligt stöd för att de initiala interventionerna vid BPSD bör vara av icke-farmakologisk art.”

Symtom och förekomst av BPSD

Vid lätt demens förekommer apati hos ca 30 % av patienterna och depression hos drygt 20 %. Hos drygt 30 % av patienter med svår demens förekommer agitation eller aggressivitet. Andra symtom är ångest, van-

föreställningar och synhallucinationer. Vandrings- och ropbeteende ses också hos dessa patienter.

BPSD avgör i hög grad patientens och anhörigas livskvalitet, tid för flytt till särskilt boende, personalbelastning, snabbare förlopp, högre mortalitet.

Kartläggning av orsak till BPSD

Det är viktigt att försöka klarlägga orsak till symtomen innan åtgärder sätts in! Orsaker till symtomen kan t ex vara urinretention, smärta, förstoppning, infektion eller läkemedelsbiverkan. Man bör också försöka kartlägga om symtomen uppträder i specifika situationer (mat, ADL, ensamhet) eller vissa tider på dygnet. Tillstånd som försvårar kommunikation såsom syn- eller hörselnedsättning kan vara bidragande orsaker.

Aggressivitet

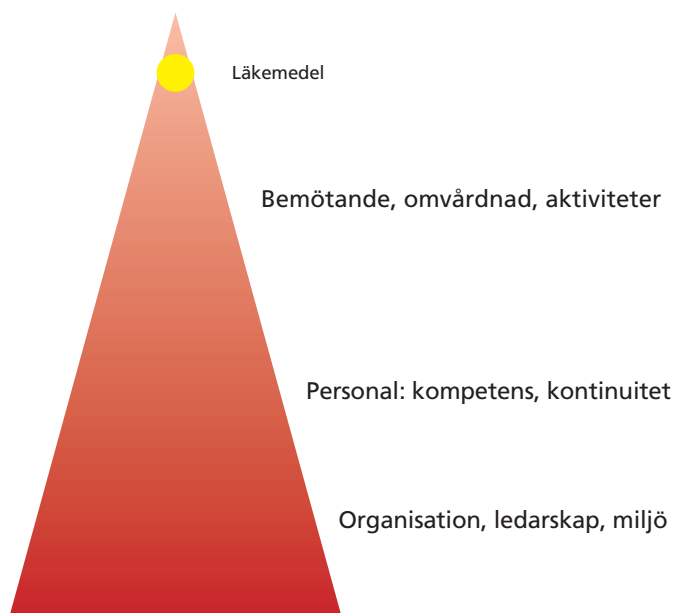
Förslag på omvårdnadsåtgärder är att försöka undvika situationer och personer som kan vara provocerande och undvika argumentation och konfrontation. Miljön bör vara lugn och tyst. Man bör närma sig patienten lugnt och stilla samt tänka på sin kroppshållning.

Psykotiska symtom

Alla psykotiska symtom behöver inte behandlas, t ex synhallucinationer som ej upplevs skrämmande. Om symtomen orsakar subjektiva besvär, lidande och oro kan neuroleptika prövas i små doser under begränsad tid. Det är viktigt att utvärdera effekten och följa upp patienten.

Läkemedelsbehandling

Vid irritabilitet, agitation och oro kan SSRI-preparat prövas. Memantin kan ha viss effekt vid främst agitation och aggressivitet. Vid psykotiska symtom och aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/eller potentiell fara för patient eller andra kan risperidon i dos upp till 1,5 mg/dag prövas.



Läkemedel har en liten plats vid behandling av BPSD.

Medverkande på LIVV-dagen var Axel Nordenskjöld, Nils-Olof Hagnelius och moderator Maria Palmetun Ekbäck. Föreläsarnas powerpointbilder finns utlagda på Läkemedelskommitténs hemsida:

www.regionorebrolan.se/lakemedel

Cedax försvinner – förslag på alternativ

Företaget MSD har beslutat att lägga ner tillverkningen av ceftibuten (Cedax). Cedax kapslar och oral suspension är beräknade att vara slut i månads-skiftet januari/februari. Ceftributen är den enda perorala tredje generationens cefalosporin som finns registrerad i Sverige.

Huvudsakliga användningsområden har varit:

- peroral empirisk behandling av febril UVI (akut pyelonefrit) hos barn
- peroral behandling av febril UVI hos gravida
- andrahandsval vid febril UVI hos kvinnor och män (framför allt vid resistens mot ciprofloxacin och trimetoprim-sulfametoxazol).

Som ersättningspreparat, rekommenderas **i första hand** andra produkter som innehåller ceftibuten via licensförskrivning av läkemedel godkänt i annat land.

Tillgången till och priser på licenspreparat kan variera, men exempel på produkter är:

- **Isocef OR Susp 36 mg/ml, 60 ml.**
MAH: Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A., Italien.
Leveranstid: ca 2 veckor.
Cirkapris: 500–600 kr.
- **Isocef 400 mg, 6 st kapslar.**
MAH: Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A., Italien.
Leveranstid: ca 2 veckor.
Cirkapris: 500–600 kr.

I andra hand rekommenderas licensförskrivning av produkter innehållande cefixim. Cefixim har ett liknande antibakteriellt spektrum som ceftibuten. Dock är det osäkert om effekten av cefixim är likvärdig med den för ceftibuten. Därför kan initial intravenös behandling med cefotaxim alternativt ceftriaxon (längre T 1/2) övervägas vid febril UVI.

Cefixim finns tillgängligt både som oral suspension och som kapselberedning och är liksom Cedax klassat i kategori B avseende graviditet.

Exempel på produkter innehållande cefixim är:

- **Produkt: Suprax (cefixim).**
Form och styrka: pulver till oral suspension 20 mg/ml från Astellas.
Dosering: startdos 8 mg/kg, sedan 4 mg/kg x 2/dygn.
Totalmängd: 100 ml.
Leveranstid ca 5 veckor.
Cirkapris: 400–500 kr.
- **Produkt: Cefixdura (cefixim).**
Form och styrka: tablett 400 mg, 7 st från Mylan.
Tabletten är delbar i två ekvipotenta delar.
Leveranstid: tillgängligt hos grossist.
Cirkapris: 300–400 kr.

Vi rekommenderar att varje enhet eller klinik med behov att förskriva en tredje generationens peroral cefalosporin ordnar med en generell licens för förskrivning av både ceftibuten och cefixim, eftersom tillgången till olika licenspreparat är osäker och kan variera. Ta gärna kontakt med lokalt apotek som kan undersöka pris och tillgänglighet för olika leverantörer av ceftibuten och cefixim.

Enskild licens blir knappast aktuell. Vid generell licens kan läkemedlet rekvireras till mottagningen/kliniken och delas ut till patienten.

Att ansöka om licens från Läkemedelsverket:

www.lakemedelsverket.se under Hälso- & sjukvård/Förskrivning/Licens/

Källa – länkar till nedanstående dokument finns på www.regionorebrolan.se/lakemedel

1. Läkemedelsverket. Cedax – lager tar slut tidigare än beräknat. Nyhet 2016-12-22
2. Produktinformation Isocef (italienska)
3. Produktinformation Suprax (italienska)
4. Produktinformation Cefixdura (engelska)
5. Bipacksedel Cefixdura (engelska)

Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema: **HUR SKA SVÅRLÄKTA SÅR BEHANDLAS?**

Tid: **Torsdag 6 april kl 13.00–17.00**
i Wilandersalen, M-huset, USÖ

Program: Inledning
Bakteriologi
Antibiotikastatistik
Diabetesfoten – en multidisciplinär angelägenhet
Svårsläta sår – prevention och behandling
Frågor och diskussion

Hans Fredlund
Martin Sundqvist
Mårten Prag
Börje Åkerlund, Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset
Rut Öien, Sårcentrum, landstinget Blekinge

Inbjudan till utbildningsdagen bifogas detta nummer av Rapport om läkemedel.

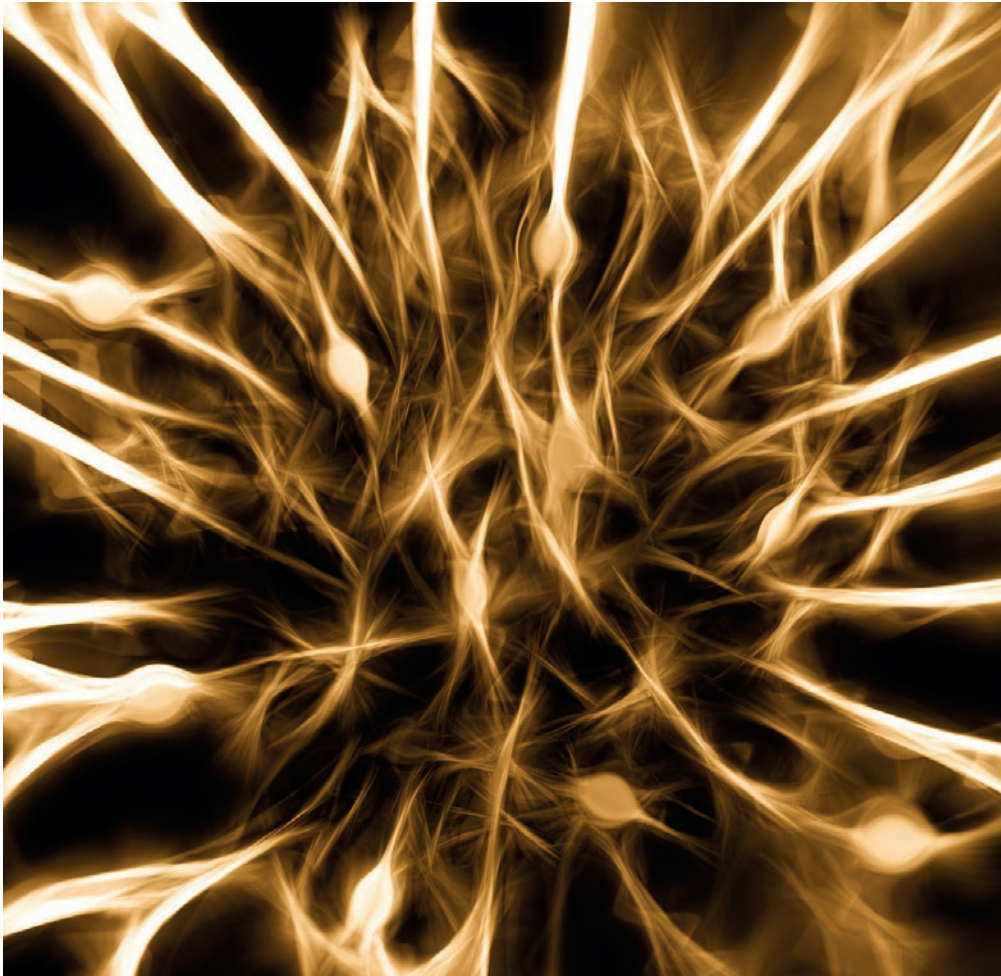
Du kan även anmäla dig via mail: ann-britt.lundback@regionorebrolan.se

Anmälan senast den 24 mars. Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!

Läkemedelskommittén och Strama

Ökande användning av rituximab (Mabthera) vid MS



Rituximab (Mabthera) är en monoklonal antikropp. Fab-domänen binder till CD20-antigenet på B-lymfocyter, vilket leder till eliminering av cirkulerande B-celler.

Patentet för rituximab har gått ut, Truxima fick en ”positive opinion” den 16/12 2016 av EMA:s vetenskapliga kommitté (CHMP), men någon biosimilar finns ännu inte på marknaden. Rituximab är godkänt på indikationerna non-Hodgkinlymfom, kronisk lymfatisk leukemi, reumatoid artrit samt Wegeners granulomatos och mikroskopisk polyangit. Läkemedlet är inte godkänt för MS, men har fått en stor användning i Sverige. Orsaken till detta är att förstahandsmedlet vid högaktivt skovvis fortlöpande MS, natalizumab (Tysabri) kan ge en allvarlig biverkning i form av progressiv multifokal leukoencefalopati (PML) hos patienter som är bärare av JC-virus. Rituximab har studerats vid skovvis MS fram till fas II-prövning. Studieprogrammet avbröts eftersom patentet för Mabthera

snart skulle gå ut. I stället prioriterades framtagandet av två nya anti CD20 monoklonala antikroppar.

T-cellerna ansågs länge vara nyckelspelare i sjukdomsutvecklingen vid MS. Nu vet man att B-cellerna också bidrar till patogenesen vid MS genom att fungera som antigenpresenterande celler vid aktiveringen av patogena T-celler. B-cellerna differentieras också till plasmaceller, som producerar autoreaktiva antikroppar vilka frisätter proinflammatoriska cytokiner.

I en nyligen uppmärksamsvad svensk observationsstudie har forskarna jämfört behandling med rituximab (Mabthera) och fingolimod (Gilenya) hos patienter som var bärare av JC-virus och tidigare behandlats med natalizumab (Tysabri). Studien visar god effekt och säkerhet för rituximab. Patienter som behandlades med rituximab hade betydligt färre skov än de som behandlades med fingolimod. Två av 114 patienter i rituximab-

gruppen fick skov under mätperioden (1 ½ år) jämfört med 25 av 142 patienter i fingolimodgruppen. Detta ger ett odds ratio på 0,08, vilket innebär att det var tio gånger lägre risk att få skov om patienten behandlades med rituximab jämfört med fingolimod. Det var vanligare med en "infusionsreaktion" vid första dosen av rituximab, men detta ledde inte till behandlingsavbrott i någon större omfattning. Efterföljande infusioner tolererades av flertalet. Sammantaget visade studien påtagligt bättre resultat för rituximab, både vad gäller effekt och biverkningar (1).

En observationsstudie av Salzer et al 2016 (2) med över 800 patienter från tre olika centra i Sverige talade för att användningen av rituximab vid MS är säker. Då patienterna inkluderades från tre olika centra och hade olika subgrupper av MS blir den externa validiteten lägre. Data talar dock för god effekt i samtliga subgrupper. Studiens resultat ligger i linje med en tidigare publicerad randomiserad dubbelblind placebokontrollerad studie (3). I denna studie ingick endast 104 patienter. En större randomiserad kontrollerad studie vore därför av värde. En "head to head"-studie med dimetylfumarat (Tecfidera) och rituximab (Mabthera) är dock i planeringsstadiet.

Rituximab har även använts off-label för att behandla andra neuroimmunologiska sjukdomar såsom neuromyelitis optica, myastenia gravis, autoimmun encefalit och autoimmuna neuropatier och myopatier (4).

Den kliniska erfarenheten av rituximabanvändning vid MS

Docent Martin Gunnarsson, Neuro- och Rehabmedicinska kliniken USÖ har svarat på nedanstående frågor.

Vid nydebuterad MS som kräver behandling vilket läkemedel väljer ni i första hand?

Vi kommer att delta i "head to head"-studien RIFUND där patienterna randomiseras till dimetylfumarat eller rituximab. Nyinsjuknade patienter som uppfyller studiekriterierna kommer att få möjlighet att delta men informeras även om första linjens behandlingsalternativ däribland dimetylfumarat.

Till vilken grupp av patienter väljer ni på kliniken Mabthera som förstahandsval?

Till patienter där annan behandling inte är tillräckligt effektiv eller olämplig av andra skäl såsom biverkningar eller negativ inverkan på livskvaliteten.

Vilken/vilka behandlingsregimer har ni för Mabthera på kliniken?

Vanligtvis ger vi 1000 mg iv vid första dostillfället följt av 500 mg var 6:e månad i tre år och därefter 500 mg årligen i ytterligare tre år. Men variationer i dos och intervall kan förekomma.

Vilka parametrar är viktigast vid uppföljning? – MR?

Kliniska skov förekommer sällan och MR är därför den viktigaste parametern för att kontrollera subklinisk sjukdomsaktivitet. MR-undersökningar utförs vanligen på årsbasis. Metodutveckling pågår kring serumanalyser av neurofilament men det används idag inte i klinisk praxis.

Vilka fördelar ser ni med Mabthera?

Vi ser mycket sällan sjukdomsaktivitet, vare sig i form av kliniska skov eller vid MR-kontroller. Behandlingen förorsakar få eller inga besvär hos patienten.

Vilka är nackdelarna med Mabthera?

Jag har svårt att se några nackdelar i jämförelse med övriga behandlingsalternativ men vi fortsätter samla data och bidra till akademiskt initierade prövningar i syfte att fortsätta studera både säkerhet och effekt.

Vilka biverkningar ska man beakta?

Även om vi utifrån den samlade användningen av Mabthera anser behandlingen säker tycker jag att man ska vara observant när det gäller patienter som drabbas av oklara eller allvarliga infektioner. Någon uppenbar risk för PML vid behandling med Mabthera hos MS-patienter tycks inte föreligga.

Kommentarer angående lågdos- respektive högdosregim?

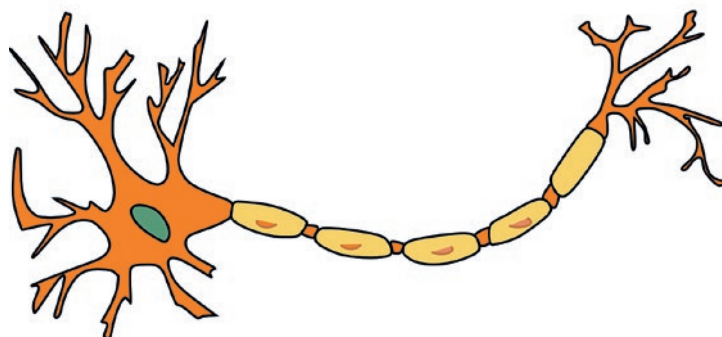
Erfarenhetsmässigt ser vi hos flertalet patienter bibehållen effekt även med lågdosprotokoll varför detta blivit allt vanligare. MS-registret är ett utmärkt verktyg för att utvärdera dosfrågan närmare.

Eftersom infusionen ges så sällan behöver man tänka på interaktioner?

Nej, inga interaktioner behöver beaktas men om samtidig behandling med immunosuppressiva preparat skulle vara aktuell bör noggsamma överväganden göras av nytta vs risk.

Vilka symtom hos en MS-patient som får behandling med Mabthera ska övriga läkare reagera på och ska patienterna då hänvisas till er?

Hänvisa till kontakt med MS-sjuksköterska eller behandlande läkare om patienten får nytillkomna neurologiska symtom eller ökad infektionsbenägenhet. Maligniteter är också ett observandum även om inga säkra orsakssamband föreligger.



Referenslista till artikeln finns på Läkemedelskommitténs hemsida www.regionorebrolan.se/lakemedel under Läkemedelsrekommendationer/Publikationer/dokument

Upphandlade läkemedel

Under 2016 har en ny upphandling av flertalet läkemedel som köps på rekvisition genomförts. Som tidigare år har arbetet gjorts gemensamt med Landstinget Sörmland och Landstinget i Värmland. Landstinget Sörmland har det administrativa och organisatoriska ansvaret för upphandlingen, men experter från alla tre länen har varit delaktiga under arbetet med förfrågningsunderlaget. Utvärdering av anbuderna har också utförts gemensamt.

Anbud saknades på ett antal produktområden och nya behov har identifierats varför en kompletterande upphandling pågår. I skrivande stund tas tilldelningsbeslut för denna.

Alla läkemedel har inte upphandlats, eftersom det för ca 200 produkter var möjligt att förlänga befintliga avtal. Dessa kommer konkurrensutsättas vid ett senare tillfälle.

Förlängningsprocessen är administrativt tung och inte helt klar än.

Medicintekniska produkter, vacciner och hemodialyskoncentrat har i de flesta fall separata avtal med andra löptider.

Aktuella priser finns i Care från årsskiftet

En lista över nya avtalade läkemedel finns på Läkemedelscentrums hemsida. Denna uppdateras kontinuerligt i takt med att nya avtal blir klara.

www.regionorebrolan.se/upphandladelakemedel

Nytt för i år är att vi upphandlat licensläkemedel (se tabell 1 nedan)

Det är viktigt att säkerställa att licensmotiveringar motsvarar de avtalade produkterna för att avtalspriset ska gälla. Vi hoppas kunna utvidga med fler licensläkemedel i framtiden eftersom detta är ett område där prissättningen annars är helt oreglerad.

Upphandlingsprocessen

Tillvägagångssättet för upphandlingsprocessen styrs av lagen om offentlig upphandling, LOU. Läkemedelsupphandlingen är gjord enligt öppet förfarande, dvs man annonserar ett förfrågningsunderlag och alla leverantörer får lämna anbud. Förhandling får inte göras.

Upphandlingen av läkemedel till landstingets vårdinrättningar har ingen direkt koppling till de rekommendationer som ges i "Rekommenderade läkemedel 2016–2017" vilka i första hand avser läkemedel förskrivna på

recept i öppenvård. Det innebär att preparat som inte rekommenderas kan vara upphandlade. Avtalen styr inte på något sätt förskrivning av läkemedel på recept. Vi får i normalfallet inte någon rabatt på receptförskrivna läkemedel. Det förekommer däremot olika typer av riskdelningsavtal som slutits inom ramen för den nationella samverkansmodellen, de kan även gälla läkemedel som förskrivs på recept.

Kraven på följsamhet till avtalen är tydliga och är dessutom en förutsättning för att ta del av de rabatterade priser som avtalen ger.

Återkoppling – bli delaktig!

Det är viktigt att vi får återkoppling angående kvalitetsbrister och andra problem så att vi kan ta hänsyn till detta i framtida upphandlingar. Många produkter upphandlas på lägst pris och i de fall någon produkt uppvisar tydliga kvalitetsbrister kan det gå att ställa olika typer av krav i samband med upphandlingen.

Återkopplingen kan också användas som beslutsstöd vid en eventuell förlängning. Vi kan välja att förlänga hela eller delar av avtalen. Vi måste dock vara överens i våra tre län eftersom förlängningsbeslut gäller gemensamt.

Vi tar gärna emot idéer om hur vi kan konkurrensutsätta läkemedel på ett bra sätt. Vi är särskilt intresserade av områden där vi kan skapa konkurrens på gruppnivå, dvs där det inte föreligger generiska alternativ utan där ni anser att man kan få likvärdiga medicinska resultat med produkter innehållande olika substanser. Ett lyckosamt exempel på detta är GnRH-analoger där vi var först i Sverige att skapa konkurrens inom gruppen. Detta har sänkt regionens kostnader avsevärt.

Upphandlingsprocessen är levande och utvecklas kontinuerligt, mycket tack vare bra synpunkter från våra verksamheter. Kommentarer samt återkoppling tas tacksamt emot.

Tabell 1

Företag	Licensläkemedel	Beredningsform	Styrka
CampusPharma AB	Catapres-TTS	plåster	300 mikrogram
CampusPharma AB	Catapresan	tablett	75 mikrogram
CampusPharma AB	Albothyl	vaginallösning	36 %
CampusPharma AB	Tebrazid	tablett	500 mg
Unimedic Pharma	Td-pur Ffylsp u nål	inj	20IU/2IU
Unimedic Pharma	TD-Rix Ffylsp	inj	
CampusPharma AB	Carmubris	konc t inf	100 mg
CampusPharma AB	Zanosar	pulv t inj	1 g
CampusPharma AB	Natulan Sigma-Tau	kapsel	50 mg
Unimedic Pharma	Oncaspar	inj	750 IE
CampusPharma AB	Atgam	inj	50 mg/ml
CampusPharma AB	Dantrolen	pulv t inj	20 mg
CampusPharma AB	Digifab	pulv t inf	40 mg
Unimedic Pharma	Patentblau V	inj	25 mg/ml
CampusPharma AB	Bleu Patenté V	inj	25 mg/ml
Unimedic Pharma	TUBERTEST	inj	5 IE/dos
Unimedic Pharma	E-Z-HD	pulver	98 %

Ordlista – upphandlingstermer

www.konkurrensverket.se/upphandling/fragor-och-svar/ordlista/

Frågor om läkemedel



Vi på Läkemedelscentrum hjälper gärna er förskrivare vid frågeställningar kring läkemedel. Det kan t ex vara läkemedelsfrågor kring blandbarhet, möjlighet att ge i sond, interaktionsfrågor, amning, graviditet eller hjälp att söka i vetenskapliga referenser och databaser efter bakgrundsfakta. Vi har även informationsläkare att rådfråga kring kliniska frågeställningar.

Du kan maila din fråga till lakemedelskommitten@regionorebrolan.se eller ringa **019-602 3512**.

Nedan presenteras en fråga och sammanfattning av svaret. Vi kommer att fortsätta publicera frågor i Rapport om läkemedel.

Fråga

Azitromycin ska ingå i en läkemedelsstudie vid STI (Sexually Transmitted Infections). I samband med studien ska kliniken skriva ett PM. Azitromycin har en rad D-interaktioner med andra läkemedel, bl a med escitalopram, citalopram, hydroxicin och flukonazol. Dessa läkemedel tror vi att en del av våra studiepatienter kan ha på sina läkemedelslistor. Hur kan vi hantera interaktionerna?

Svar

Azitromycin, liksom andra makrolider, kan orsaka förlängning av QT-intervall och torsades de pointes (TdP). TdP är en ovanlig form av ventrikeltakykardi, vilken kan orsaka synkope och i sällsynta fall plötslig död. Risken ökar additivt vid kombination med andra läkemedel som också kan ge QT-förlängning. Effekten är koncentrationsberoende - ju högre dos desto större risk. Man har sett att risken är störst för predisponerade patienter med riskfaktorer (se nedan).

Hemsidan <https://crediblemeds.org> innehåller information om läkemedel som påverkar QT-tiden. Nedanstående information är hämtad från denna sida.

Riskfaktorer för QT-förlängning och TdP: hög ålder, kvinnligt kön, samtidig behandling med flera QT-förlängande läkemedel, elektrolyttrubbningar, bradykardi, sänkt njur- eller leverfunktion, diuretikabehandling, digitalisbehandling, kongenitalt långt-QT-syndrom, underliggande hjärtsjukdom, hög läkemedelskoncentration, etablerad QT-förlängning, polymorfism i gener för olika jonkanaler, snabb infusion

av läkemedel och om patienten nyligen behandlats med QT-förlängande läkemedel på grund av förmaksflimmer.

Ordinera inte QT-förlängande läkemedel till kvinnor med $QT_c > 440ms$ eller till män med $QT_c > 420ms$. Observera att ett normalt korttids-EKG ej utesluter en etablerad QT-förlängning, då variabiliteten i QT-tid över dygnet även hos friska individer är stor.

Utifrån liknande frågeställningar som finns i databaser för informationscentralerna Karolic (www.drugline.se) och Relis (www.relis.no), samt med stöd av information från <https://crediblemeds.org> är mina slutsatser följande angående interaktioner med azitromycin:

För att förhindra additiv effekt på QT-förlängning föreslås **att vänta 5 halveringstider** (för aktiv substans och ev aktiva metaboliter) **efter sista dosintag** för att säkerställa att första läkemedlet ej förekommer i signifikanta koncentrationer innan man påbörjar behandling med nästa läkemedel.

- Kombination med **hydroxicin** (Atarax): Undvik. Överväg andra behandlingsalternativ (beroende på indikation) framför Atarax. Utsättning av Atarax föreslås ske tre dagar (baserat på halveringstid) innan azitromycin sätts in. Återuppta behandling med Atarax tre veckor efter avslutad kur.
- Kombination med (es)citalopram: Av SSRI-preparaten är det citalopram och escitalopram som har störst risk för QT-förlängning. En sammanvägd riskbedömning får göras i det enskilda fallet – kartlägg **riskfaktorer för QT-förlängning**. Vid seponering av citalopram innebär detta behandlingsuppehåll på totalt 7 veckor baserat på dess halveringstid. Beakta att uppehåll av SSRI dels kan resultera i att man får tillbaka symtom för vilket man behandlas, dels får **utsättningsbesvär om utsättning ej sker stegvis**. Utsättning bör diskuteras med läkare ansvarig för SSRI-behandling. Vid planerad kombinationsbehandling kan man överväga EKG inför insättning samt diskutera med kardiolog.
- Kombination med **flukonazol**: Undvik, kan man i första hand överväga annat svampmedel, t ex lokal behandling? Eller kan man undvika samtidig behandling? I så fall flukonazol 3 veckor efter azitromycin, eller azitromycin 1 vecka efter flukonazol. Vid planerad kombinationsbehandling kan man överväga EKG inför insättning samt diskutera med kardiolog.

Läkemedel innehållande hormoner skall returneras till apotek



Det råder osäkerhet kring hur läkemedel som innehåller hormoner, t ex hormonspiraler, P-stavar och P-ringar, ska hanteras.

De kommuner som ingår i Örebro län kan inte garantera att hushållens avfall förbränns vid en anläggning som är validerad och godkänd för förbränning av läkemedelsavfall. Således får **inte** hormoninnehållande produkter kastas i det vanliga hushållsavfallet. Detta avfall ska istället, i likhet med övrigt läkemedelsavfall, skickas till destruktion vid godkänd förbränningsanläggning. Öppenvårdsapotek är skyldiga att ta emot läkemedelsavfall från privatpersoner, men vårdinrättningar ansvarar själva för att läkemedelsavfallet hanteras på korrekt vis. Vårdinrättningar i Region Örebro län och andra som har avtal med ApoEx kan skicka sitt avfall till dem för vidare hantering.

Licensläkemedel kan hämtas ut på valfritt apotek

Från och med den 1 januari 2017 träder en lagändring kring licensläkemedel i kraft. Den innebär att patienter får hämta ut sina licensläkemedel förskrivna på recept på valfritt öppenvårdsapotek oavsett vilken apotekskedja som har beviljats licensen. Det gäller endast för licenser som beviljas från och med 1 januari 2017.

För förskrivare innebär det inga förändringar vid licensansökan.



INNEHÅLL

Psykisk ohälsa hos äldre. Referat från Läkemedelsinformation på våra villkor (LIVV) 2016-12-06	1–2
Cedax försvinner – förslag på alternativ	3
Läkemedelsinformation på våra villkor – Hur ska svåråkrta sår behandlas?	3
Ökande användning av rituximab (Mabthera) vid MS	4–5
Upphandlade läkemedel	6
Frågor om läkemedel	7
Läkemedel innehållande hormoner skall returneras till apotek	8
Licensläkemedel kan hämtas ut på valfritt apotek	8

Redaktionsråd:

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Överläkare Märten Prag
Informationsläkare Michael Holmér
Informationsläkare Ulf Rothelius
Apotekare Birgitta Lernhage

Redaktör: Apotekare Birgitta Lernhage
E-post: birgitta.lernhage@regionorebrolan.se

Adress:

Läkemedelskommittén
Läkemedelscentrum
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro
Tel. 019-602 23 10

Läkemedelskommitténs hemsida:
www.regionorebrolan.se/lakemedel

Tryck och distribution:

Trio Tryck

Layout:
Factum

