

Rapport om läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

NR 219 • MARS 2019

Text: Jens Lindqvist, Läkemedelscentrum



Primär hypertoni - uppdaterat kunskapsläge

European Society of Cardiology (ESC) och European Society of Hypertension (ESH) har 2018 givit ut uppdaterade riktlinjer gällande handläggning av hypertoni. Nedan ges en översikt av förändringar jämfört med tidigare utgivna riktlinjer.

Huvudbudskap

- Hypertoni definieras med samma blodtrycksgränser som tidigare, men efter att diagnosen hypertoni ställts rekommenderas definition av **mål-blodtryck**. Då hypertoni diagnostiserats räcker det alltså ej med att sänka blodtrycket under den diagnostiska gränsen, utan ett målblodtryck ska definieras för den enskilda patienten.
- Vid insättning av blodtryckssänkande behandling förordas kombinationsbehandling till de flesta patienter.

Definition av blodtrycksgräns för diagnosen hypertoni är oförändrad

- Gränsen för hypertoni vid traditionell blodtrycksmätning på mottagning är alltså blodtryck $> 140/90$ mmHg.
 - Hypertoni grad 1: $140-159/90-99$ mmHg.
 - Hypertoni grad 2: $160-179/100-109$ mmHg.
 - Hypertoni grad 3: $\geq 180/110$ mmHg.
- Högt normalt blodtryck definieras som blodtryck $130-139/85-89$ mmHg.
- Den diagnostiska gränsen för hypertoni vid hembloodtrycksmätning är definierad som $\leq 135/85$ mmHg, eftersom värdena i genomsnitt ligger 5-15 mmHg lägre vid sådan blodtrycksmätning jämfört med mätning av blodtryck på mottagning.
- Vid 24-timmars blodtrycksmätning är den diagnostiska gränsen definierad som ett medelblodtryck på $\geq 130/80$ mmHg över hela dygnet ($\geq 135/85$ mmHg dagtid, respektive $\geq 120/70$ mmHg nattetid).
- Hos patienter > 80 år är gränsen för behandlingskrävande hypertoni $160/90$ mmHg.

Utökad användning av hembloodtryck samt 24-timmars blodtrycksmätning uppmuntras i de nya riktlinjerna. Dessutom förordas blodtrycksmätning hos hela populationen över 18 år minst vart femte år.



forts sid 8 »

Målblodtryck

I de nya riktlinjerna rekommenderas definition av målblodtryck efter det att diagnosen hypertoni ställts. Tidigare har det systoliska målblodtrycket varit < 140 mmHg och det diastoliska målblodtrycket < 90 mmHg för de flesta patienter, dvs att sänka blodtrycket under den diagnostiska gränsen. Det första steget vid blodtryckssänkande läkemedelsbehandling är fortfarande att sänka blodtrycket < 140/90 mmHg hos de flesta patienter, men målblodtrycket ligger hos många patienter lägre enligt de nya riktlinjerna.

- Hos individer < 65 år rekommenderas systoliskt målblodtryck mellan 120-129 mmHg.
- Hos individer > 65 år rekommenderas systoliskt målblodtryck mellan 130-139 mmHg.
- Hos individer > 80 år rekommenderas systoliskt målblodtryck mellan 130-139 mmHg, förutsatt att behandlingen tolereras väl.
- Hos samtliga bör det diastoliska målblodtrycket ligga < 80 mmHg, förutsatt att behandlingen tolereras väl.
- Hos individer med högt normalt blodtryck (130-139/85-89 mmHg) kan farmakologisk blodtryckssänkande behandling övervägas vid förekomst av kardiovaskulär sjukdom, särskilt om kranskärslsjukdom föreligger.

Vid ställningstagande till målblodtryck hos äldre är det viktigt att tänka på att studierna gällande antihypertensiv läkemedelsbehandling hos patienter > 80 år är gjorda på relativt friska personer. Multisjuklighet och känslighet för biverkningar kan motivera annat målblodtryck.

Systoliskt blodtryck bör ej sänkas under 120 mmHg, då riskerna överväger nyttan under denna blodtrycksnivå.

Observera att andra blodtrycksnivåer gäller vid diabetes mellitus och kronisk njursjukdom.

Viktiga faktorer vid riskvärdering

Livsstilsförändringar är viktigt vid hypertoni, men i de nya riktlinjerna förordas något lägre tröskel för insättning av farmakologisk blodtryckssänkande behandling. För riskstratifiering av kardiovaskulär risk hos patienter med hypertoni rekommenderas fortsatt användning av SCORE. Som komplement till SCORE vid sammantagen riskfaktorvärdering bör även hypertoni-relaterad organskada (hypertension-mediated organ damage, HMOD) identifieras, då riskbedömning med enbart SCORE-systemet riskerar leda till en undervärdering av den kardiovaskulära risken. För att identifiera organskada vid klinisk undersökning är det viktigt att kontrollera EKG, eGFR, albumin/kreatinin-kvot.

Val av läkemedel vid insättning

I de nya riktlinjerna förespråkas kombinationsbehandling vid insättning av blodtryckssänkande behandling hos de flesta patienter. Undantagna är patienter med låg kardiovaskulär risk och hypertoni grad 1, samt äldre, sköra patienter. Tidigare har initial kombinationsbehandling förespråkats först vid kraftigt förhöjt blodtryck eller hög kardiovaskulär risk. Den kombination som lyfts fram utgörs av i första hand RAAS-blockad/kalciumflödeshämmare eller RAAS-blockad/diuretikum.

Högt normalt BT BT 130-139/85-89 mmHg	Grad 1 Hypertoni BT 140-159/90-99 mmHg	Grad 2 Hypertoni BT 160-179/100-109 mmHg	Grad 3 Hypertoni BT ≥ 180/110 mmHg
Livsstilsförändring	Livsstilsförändring	Livsstilsförändring	Livsstilsförändring
Överväg läkemedelsbehandling hos patienter med känd kardiovaskulär sjukdom och mycket hög risk.	Omedelbar läkemedelsbehandling till patienter med hög eller mycket hög risk med samtidig kardiovaskulär sjukdom, njursvikt eller hypertoniorsakad organskada.	Omedelbar insättning av behandling till alla patienter.	Omedelbar insättning av behandling till alla patienter.
	Läkemedelsbehandling till patienter med måttlig risk utan kardiovaskulär sjukdom, njursvikt eller hypertoniorsakad organskada som efter 3-6 månaders livsstilsförändringar inte normaliserat sitt blodtryck.	Normaliserat blodtryck efter 3 månader.	Normaliserat blodtryck efter 3 månader.

Referens: 2018: ESH and ESC Guidelines, *Journal of Hypertension* 2018;36:1953-2041.

Migrän hos vuxna



Migrän är en neurovaskulär huvudvärksform

Migrän är den vanligaste neurovaskulära huvudvärksformen. I Sverige är prevalensen 15 %, dvs ca 1,5 miljoner har migrän, varav 65 % är kvinnor. Svårighetsgrad och anfallsfrekvens varierar stort. 20 % har klassisk migrän, dvs med aura.

Vid migrän saknas bakomliggande strukturella förändringar och nervstatus är normalt. Hjärninfarkt är en mycket ovanlig komplikation till ett migränanfall med aura. Samtidig användning av östrogeninnehållande preventivmedel och rökning innebär en riskökning. Kvinnor som har migrän med aura ska därför erbjudas stöd att sluta röka och ett alternativt preventivmedel.

Definition på migrän

Migrän utan aura hos vuxna karakteriseras av återkommande episoder av unilateral men sidoväxlande mellan anfällen svår pulserande/intensiv huvudvärk, som förvärras av lindrig-normal fysisk aktivitet, kombinerad med illamående/kräkning och/eller ljus- och ljudkänslighet. Anfallsdurationen vid obehandlad migrän är 4-72 timmar, men symtomfrihet ska föreligga mellan anfällen. För diagnosen krävs minst 5 anfall.

Migrän med aura hos vuxna karakteriseras av ett eller flera fullt reversibla aurasymtom. Aurasymtomen utvecklas under minst 5 minuter och varar högst 1 timme. Vid två eller fler aurasymtom uppträder de i tur och ordning – inte samtidigt. Huvudvärk följer inom 60 minuter från det auran upphört. Flimmerskotom är den vanligaste formen av aura, men även andra symtom såsom känselstörningar i ena handen eller parestesier/domningar i ena mungipan kan förekomma. För diagnosen krävs minst 2 anfall.

Utlösande faktorer

De utlösande faktorerna är individuella. Faktorer som anses trigga ett anfall är avslappning efter fysisk och psykisk stress, sömnbrist, hormonella

faktorer, starkt ljus och höga ljud, oregelbundna måltider, födoämnen (t ex choklad, kakao, ost) och alkohol.

Migrändagbok

Migrändagbok kan vara ett hjälpmedel för att identifiera utlösande faktor hos den enskilda patienten samt individanpassa behandlingen. Icke farmakologiska åtgärder utgör grunden i behandlingen.

Diagnos

Diagnosen ställs genom en typisk anamnes och normalt somatiskt och neurologiskt status. Ompröva diagnosen och överväg utredning om patienten uppvisar atypiska symtom eller inte svarar på behandling.

Anfallskuperande läkemedelsbehandling

I första hand provas effektivast möjliga anfallsbehandling. Preparaten tas i fulldos så tidigt som möjligt under anfallet. Använd gärna snabblösliga beredningsformer och undvik enterotabletter.

Paracetamol (initialdos 750-1000 mg), **Acetylsalicylsyra** (750-1000 mg) eller ett **NSAID-preparat**. Läke-medelskommittén i Region Örebro län rekommenderar **Naproxen** (750 mg) eller **Diklofenak T** (50-100 mg).

Metoklopramid 10 mg kan ges som tillägg för att påskynda ventrikeltömning, analgetikaabsorption samt motverka illamående/kräkning.

Triptaner används vid svårare anfall när ovanstående preparat inte har tillfredsställande effekt. Läke-medelskommittén i Region Örebro län rekommenderar i första hand **Sumatriptan peroralt**. **Zomig Nasal** är ett alternativ till patienter med kräkningar.

Triptaner kan ges även när anfallet pågått en stund, men effekten är bättre vid tidig tillförsel. 30-40 % av patienterna får efter att migränsymtomen avklingat återfallshuvudvärk inom 24 timmar.

Triptaner ska inte ges under pågående aura, vid hjärt-kärlsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom eller vid svår eller obehandlad hypertoni. Det finns begränsad kunskap om användning av triptaner under graviditet, därför rekommenderas fortsatt allmän försiktighet. För flera av triptanerna finns ingen kunskap om passage till modersmjölk annat än från djurstudier. För sumatriptan har man sett att substansen passerar ut i modersmjölken och effekterna på spädbarn är okända. Möjligen kan man tillåta amning om mer än ett halvt dygn passerat efter intag av preparatet.

Läkemedelsinducerad huvudvärk

Analgetikaanvändning flera gånger per vecka vid migrän kan förvärra huvudvärksbesvären, med ökad intensitet och anfallsfrekvens. Huvudvärken kan också bli kronisk. NSAID, ASA, opioidinnehållande preparat, triptaner, ergotamin samt koffeininnehållande preparat kan ge läkemedelsinducerad huvudvärk.

Profylaktisk behandling

Profylaktisk behandling rekommenderas vid 3 migränanfall eller fler per månad. Målet med behandlingen är att minska anfallsintensitet och frekvens med minst hälften.

Betareceptorblockerare är förstahandsval om kontraindikationer inte föreligger. Läkemedelskommittén i Region Örebro län rekommenderar **Metoprolol** tabl 25-100 mg x 2 alternativt depottablett 50-200 mg x 1. **Inderal** tabl (propranolol) 10-80 mg x 2. Inderal depottablett är numera ett licenspreparat.

Epilepsiläkemedlet **Topiram** är ett andrahandsmedel om betareceptorblockerare ej fungerat. Startdos är 25 mg till natten och dosen kan ökas med 25 mg per vecka till måldosen 50 mg x 2. Många patienter har effekt på dosen 50 mg per dygn. Man kan med fördel trappa upp i långsam takt för att minska risken för biverkningar.

Effekten är ej säkert bättre än behandling med betareceptorblockerare. Biverkningsprofil och risken för teratogena effekter bör beaktas. Behandling med Topiram kan sättas in i primärvården med försiktig dosering och successiv dosökning enligt ovan.

Amitriptylin är ett alternativ och kan med fördel användas vid samtidig spänningshuvudvärk och/eller depression. Startdos är 10-25 mg till natten. Dosen ökas med 10-25 mg var 3:e-7:e dag utifrån vad som tolereras av patienten. Underhållsdos är 25-75 mg till natten.

Kandesartan har ej migränprofylax som indikation. I en studie 2014 har kandesartan 16 mg/dygn visat jämförbar effekt med propranolol 160 mg/dygn. Startdos var 8 mg kandesartan per dygn.

Botulinumtoxin (Botox) är endast aktuell som preventiv behandling vid kronisk migrän (se definition nedan). Innan sådan behandling övervägs bör effektivast möjliga anfallsbehandling ha prövats samt profylaktisk migränbehandling har givit otillräcklig effekt eller inte tolererats.

Profylax vid menstruationsrelaterad migrän

Vid menstruationsrelaterad migrän kan Naproxen tablett 500 mg x 2 prövas som profylax. Preparatet ges från 6 dagar före beräknad mensstart till 7 dagar efter mensstart.

Aimovig (erenumab)

Erenumab är en human monoklonal antikropp som binder till receptorn för neuropeptiden CGRP (kalcitoninrelaterad peptid) varvid dess funktion hindras. CGRP frisätts bl a från aktiverade sensoriska trigeminusnerv vid migränanfall och inducerar kärl dilatation samt neurogen inflammation, vilket anses bidra till migränanfallet. Aimovig injiceras subkutant var 4:e vecka i dosen 70 mg. Vissa patienter kan ha nytta av 140 mg (2 injektioner à 70 mg). I studier på kronisk migrän med erenumab 70 mg eller 140 mg var 4:e vecka i 3 månader minskade antalet migrändagar per månad med 2,4 dagar mer än i placebogrupper. 40 % av de erenumabbehandlade personerna

fick minst en halvering av antalet migrändagar per månad. Vid studiestart var medelvärdet för antal månatliga migrändagar 18 dagar. Erenumab har generellt tolererats väl i studierna.

Enligt EMA är effekten av erenumab i linje med den som setts vid behandling med Topiram och Botox i publicerade studier. Direkt jämförande studier finns dock inte.

NT-rådets rekommendation är:

- Att Aimovig endast ska användas enligt den godkända begränsade subventionen från TLV. "Till patienter med kronisk migrän (≥ 15 huvudvärksdagar/månad varav (≥ 8 migrändagar/månad) i mer än 3 månader, till patienter med optimerad behandling som inte haft effekt av eller inte tolererat minst två olika förebyggande läkemedelsbehandlingar." TLV grundar subventionsbeslutet på genomförda studier. Läkemedlet är endast kostnadseffektivt för patienter med kronisk migrän enligt ovan.
- Att Aimovig förskrivs av neurolog eller läkare på klinik specialiserad på behandling av svår migrän.
- Att patienterna registreras och följs upp i Neuroregistret. Patienterna ska bl a rapportera in skattning av sina besvär.
- Att effekten (minskning av antal månatliga migrändagar) utvärderas efter 3 månader och att Aimovig sätts ut vid utebliven effekt eller om minskning i antal månatliga migrändagar understiger 30 %.
- Behandlingen bör vara tidsbegränsad. Efter 12-18 månader med god effekt bör utsättningsförsök göras då migrän sällan är en statisk sjukdom utan går i cykler.
- Hos patienter över 50 år bör behandling föregås av genomgång och åtgärd av kardiiovaskulära riskfaktorer. I studierna har patienter med signifikant hjärtsjukdom exkluderats.



Kliniska aspekter

Överläkare Bo Ekstedt och verksamhetschef Martin Gunnarsson Neuro- och rehabiliteringsmedicinska kliniken USÖ har svarat på nedanstående frågor.

Vilka migränpatienter ska primärvården remittera till neurologen?

Remiss till neurolog rekommenderas i följande fall:

- Patienter med oklar diagnos/differentialdiagnos där "farlig huvudvärk" kan vara ett möjligt alternativ.
- Migrän där fokalneurologiskt aurafenomen (t ex synfält, sensibiliseringsrubbnig, talstörning) kvarstår länge ($> 1-2$ timmar).
- Vid nydebuterad migrän eller migränliknande huvudvärk hos patient över 40-50 års ålder.

Genomgång av livsstilsfaktorer och icke farmakologiska åtgärder bör vara prövade. Vid frekventa migränattacker ($> 2-3$ per månad) där flera alternativ av förebyggande farmakologisk behandling i adekvata doser under rimlig tid prövats (betareceptorblockerare, Topiram), men inte givit tillfredsställande resultat. Förekomst av läkemedelsinducerad huvudvärk har beaktats. För att bättre kunna utvärdera effekterna av insatta åtgärder bör patienten föra huvudvärksdagbok. Remiss till neurolog kan övervägas för patienter som trots dessa insatser har svår migrän. Patienter som uppfyller kriterierna för kronisk migrän och inte svarat på vanlig profylaktisk behandling kan remitteras för ställningstagande till eventuell behandling med botulinumtoxin (Botox) eller erenumab (Aimovig).

Vad är era kliniska erfarenheter kring effekten av de olika profylaktiska behandlingsalternativen?

Det varierar hur pass bra patienter svarar på förebyggande behandling, vilket betonar vikten av att pröva olika alternativ. Farmakologisk behandling bör kombineras med icke farmakologiska insatser och åtgärder inriktade på livsstilsfaktorer.

Erfarenheterna från behandling med betareceptorblockerare är relativt goda. Större andelen patienter blir förbättrade avseende anfallets frekvens och svårighetsgrad och ett fåtal patienter blir helt anfallsfria. Det är viktigt med försiktig och gradvis upptrappning av dosen samt ha en tillräckligt lång utvärderingsperiod (> 3 månader).

Erfarenheten från behandling med Topiramet är betydligt mindre, men effekten är i paritet med betareceptorblockerare. Problem med biverkningar kan vara något mer frekvent med Topiramet, såsom sedation och yrsel.

Hur tolereras de olika profylaktiska behandlingsalternativen?

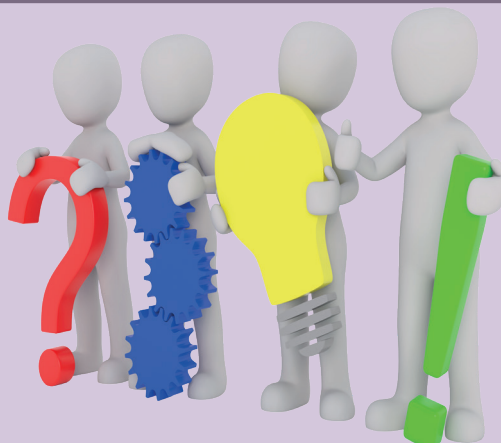
Den individuella variationen är stor men rent generellt kan man säga att för snabb upptrappning inte är att rekommendera oavsett preparatval. Det finns ingen anledning att gå skyndsamt tillväga, vilket i stället riskerar att patienten avbryter medicineringen på grund av biverkningar utan att man kunnat utvärdera behandlingseffekten.

Vad är era erfarenheter av botulinumtoxinbehandling (Botox) ur effektsynpunkt och biverkningsynpunkt?

Botoxbehandling kan bli aktuell för patienter med kronisk migrän. Erfarenheten på kliniken är begränsad. En del patienter svarar mycket bra på behandling, men generellt är effekten liten. Bra indikatorer för terapivar saknas. Botulinumtoxin ger få biverkningar om patienten accepterar > 30 injektionssticker per behandlingstillfälle. Dosrelaterad övergående lokal muskelsvaghet – t ex ptos, nackmuskelsvaghet har noterats.

Med Aimovig finns nu ytterligare ett alternativ i behandlingsarsenalen för denna patientgrupp. Oavsett val av behandling är det viktigt att följa upp, utvärdera effekten och göra utsättningsförsök. Migrän varierar ofta i svårighetsgrad över tid. På kliniken finns hittills ingen erfarenhet av Aimovigbehandling. I studier har effekten av Aimovig varit relativt liten, i paritet med botulinumtoxin, men det finns sannolikt även här en interindividuell variation.

Referenslista till artikeln finns på Läkemiddelskommitténs hemsida www.regionorebrolan.se/lakemedel under Publikationer/dokument/Referenslistor.



Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema: **Smart antibiotikaförskrivning i öppenvård**

Tid: **Onsdag 3 april 2019 kl 13.00-17.00**

i Wilandersalen, M-huset USÖ

Det finns även möjlighet att delta via Region Örebro läns videokonferenssystem. Tekniker kommer att finnas på plats för denna sändning till katastrofrummet på Karlskoga lasarett och föreläsningssalen på Lindesbergs lasarett.

Program: Inledning
Presentation av STRAMA-appen och ny regnbågsbroschyr
Vanligaste odlingsfynden i primärvården
Svårigheter vid behandling av urinvägsinfektioner – ABU, ESBL mm
Kan vi lita på behandlingsriktlinjerna eller ökar risken för komplikationer?
Penicillinallergi
Clostridium difficile – ett primärvårdsproblem?
Antibiotika – farmakokinetik/farmakodynamik för "dummies"
Fallgropar och praktiska råd – patientfall
Avslut

Inbjudan med detaljerat program bifogas detta nummer av Rapport om läkemedel. Du kan anmäla dig via mail till: ann-britt.lundback@regionorebrolan.se Anmälan senast 29 mars. Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!

Läkemedelskommittén och Strama

Mellansvenskt läkemedelsforum



Mellansvenskt läkemedelsforum 2019

Mellansvenskt läkemedelsforum har genomförts, denna gång i Västerås. Det arrangeras av Läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebroregionen och är helt oavhängigt läkemedelsindustrin. Under ett par dagar gavs möjlighet att uppdatera sig inom flera terapiområden med stor bredd. Nedan presenteras några korta budskap från föredragen.

Boka in 5-6 februari 2020 – då går Mellansvenskt läkemedelsforum av stapeln i Örebro. Innehåll väljs för att passa både primärvårds- och sjukhusläkare samt vara lämpligt för läkare under utbildning.

Lugnande och smärtstillande läkemedel - skapar doktorn beroende?

I Region Västmanland har man på initiativ av chefsläkare sedan 2015 arbetat med frågan läkemedelsberoende ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Bakgrunden var att det i Västmanland förskrevs mer beroendeframkallande läkemedel jämfört med riksgenomsnittet. Det beslutades att genomföra en översyn med syfte att minska risken för att patienter utvecklar ett iatrogen läkemedelsberoende samt förbättra omhändertagandet vid iatrogen beroende. Det saknades regionövergripande styrning och uppföljning på området och vårdcentralerna stod relativt ensamma och utan stöd i frågan. Vidare sågs att verksamheterna ofta inte kommunicerade med varandra.

En regionövergripande riktlinje kring beroendeframkallande läkemedel samt en lathund till förskrivare har tagits fram. I journalsystemet har införts tydliga sökord kring beroendeframkallande läkemedel samt varning vid förskrivning till patient med substansbrukssyndrom. Patientinformationsmaterial distribueras via vårdenheter, 1177, sociala medier och man håller återkommande utbildningsinsatser för vårdpersonal (AT-, ST-läkare samt sjuksköterskor). Informationsläkare besöker vårdenheter och informerar om de nya arbetssätten samt diskuterar lokal förskrivningsstatistik.

Genom dessa åtgärder har förskrivningen totalt sett inom Region Västmanland minskat, (opioider - 14 %, bensodiazepiner - 13 % och bensodiazepinbesläktade läkemedel - 10 %). Man har upplevt positiv återkoppling från patienter, anhöriga och vårdpersonal, men även mött negativa reaktioner med skrivelser i tidningar samt anmälningar till patientnämnd.

Ett praktiskt verktyg som kan användas i den kliniska vardagen i samband med utsättning av opioider har tagits fram. På ett schema skattar patienten sin smärta respektive funktionsnivå (VAS/aktivitet) olika tider på dygnet under en vecka före respektive efter utsättning av opioider.

Diabetes

I Region Uppsala har man de senaste 5 åren sett kraftigt ökade kostnader för diabetesläkemedel. Medelvärdet på HbA1c hos patienterna har legat på väsentligen oförändrad nivå under samma tidsperiod. Kan en subgruppsklassificering av diabetes mellitus och läkemedelsval utifrån denna

ge bättre glukossänkande effekt? Lokal forskning inom området lyftes fram, men det är för tidigt att dra några slutsatser av detta till dags dato.

Vid behandling av typ 2-diabetes försvarar Metformin fortfarande sin ställning som förstahandspreparat. Preparatet bör sättas in tidigt efter diagnos, dosreduceras vid eGFR < 45 ml/min, och sättas ut vid eGFR < 30 ml/min. Samsjuklighet, vikt och risk för hypoglykemi styr vilket preparat som rekommenderas efter insättning av Metformin.

Vid etablerad kardiovaskulär sjukdom rekommenderas GLP-1-agonister eller SGLT-2-hämmare i första hand. SGLT-2-hämmare bör ej sättas in om eGFR < 60 ml/min, och bör sättas ut om eGFR < 45 ml/min. Om det är prioriterat att minska risken för hypoglykemi väljes DPP-4-hämmare, GLP-1-agonist, SGLT-2-hämmare i första hand. Vid prioriterat att åstadkomma viktminskning väljes i första hand GLP-1-agonist eller SGLT-2-hämmare.

Atopisk dermatit – rätt behandling gör skillnad

Det saknas golden standard för diagnostik, men Williams kriterier (UK-criteria) är de bäst validerade, se nedan.

Kliande hudutslag de senaste 12 månaderna samt 3 av följande kriterier:

- Anamnes på hudutslag i hudveck (och ansikte om < 10 års ålder).
- Anamnes på astma och/eller hösnuva (eller på atopisk sjukdom hos förstagrads släkting om patienten är < 4 år).
- Anamnes på torr hud.
- Vid undersökning synligt eksem i hudveck.
- Sjukdomsdebut före 2 års ålder (används inte om barnet < 4 år).

Under livet uttrycks den atopiska dermatiten på olika sätt med lokaliseringar beroende på ålder:

- Infantil fas 0-2 år – kinder, bål, hjassa, extremiteternas sträcksidor.
- Barndomsfas 2-12 år – böjveck, händer, baksida av lår och glutéer.
- Vuxenfas > 12 år – böjveck, ansikte, händer, bål.

Svårt eksem i barndomen, persisterande besvär och kvinnligt kön är faktorer associerade med sämre prognos. 30 % av vuxna med atopisk dermatit har kontaktallergi, vilket är viktigt att tänka på vid försämring av tidigare känd atopisk dermatit.

Livskvaliteten är försämrad hos individer med atopiskt eksem, och i deras familjer. Såväl hudbesvären såsom klåda, men även psykosociala aspekter påverkar livskvaliteten.

Det finns ett relativt stort vetenskapligt underlag kring behandling av atopiskt eksem. Basbehandling utgörs av frekvent användning av mjukgörande medel, samt antiinflammatorisk lokalbehandling med glukokortikoider, och ibland med calcineurinhämmare. Frekvent användning av mjukgörande medel bör uppmuntras. Det spelar ingen roll om mjukgörande medel eller glukokortikoider appliceras först, båda kan användas samtidigt.

Proaktiv behandling bör övervägas med applikation av glukokortikoider ett par gånger per vecka för att minska risken för att eksemet ånyo blossar upp. Behandling med antihistaminer i klådstillande syfte rekommenderas ej, men sederande antihistaminer kan vara aktuella för att minska sömnbesvär sekundärt till klådan.

Vid behandlingssvikt på basal behandling ska fototerapi övervägas. Vid fortsatta besvär trots detta kan peroral behandling övervägas med bl a glukokortikoider, ciklosporin, metotrexat, azatioprin, mykofenolsyra. Dupilumab kan användas vid svår atopisk dermatit där patienten inte svarat på behandling med dessa läkemedel, eller där sådan behandling är olämplig.

Man har ej kunnat belägga att exklusion av vissa födoämnen skulle ha någon preventiv effekt vid atopisk dermatit. Användning av probiotika har inte heller visat någon preventiv effekt. Det finns studier som indikerar en preventiv effekt genom smörjning med mjukgörande medel till riskindivider.

Prurigo senilis

Den åldrande huden har reducerad vattenbindande förmåga i stratum corneum, vilket gör huden kliande, torr och fjällande. Prurigo senilis betecknar klåda hos äldre, utan annan påvisbar orsak. Det är viktigt att tänka på differentialdiagnostik, med uteslutande av bakomliggande systemsjukdomar såsom uremi, kolestas, malignitet, polycytemia vera, järnbrist, hypertyreos, neuropati, psykogen klåda samt naturligtvis kliande hudsjukdom. Det är även viktigt att utesluta eventuell läkemedelsbiverkning.

Basal provtagning inkluderar Hb, SR, LPK, TPK, ferritin, leverprover, TSH, kreatinin, urinsticka och P-glukos.

Behandlingen är kausal. För att minska klådcirkeln bör naglarna klippas korta. Antihistaminer har generell dålig effekt, förutom vid urtikaria. Dessutom är behandling med sederande antihistaminerga preparat olämpligt till äldre. Vid psykogen klåda kan SSRI/SNRI provas. Vid terapisten svår prurigo kan ljusbehandling vara aktuell.

Geriatrisk farmakologi

Äldre personer är generellt mer känsliga för läkemedelsbiverkningar jämfört med yngre och använder samtidigt flera läkemedel. Hos multisjuka äldre har vid läkemedelsgenomgång identifierats problem med biverkningar i 54 % av fallen. Förvirring är en vanlig biverkning. Vid utredning av förvirringstillstånd hos äldre är det viktigt att tänka på läkemedelsrelaterade orsaker, utöver den utredning med provtagning och radiologi som ofta blir aktuell.

Hos äldre individer med polyfarmaci är det viktigt att ifrågasätta behandlingen – föreligger fortfarande indikation och överväger nyttan riskerna med behandlingen?

Ett praktiskt tips i Pascal för att lättare identifiera möjliga biverkningar, är att använda funktionen ”sök biverkan”, där möjliga biverkningar av de preparat patienten använder presenteras överskådligt.

Ett budskap som lyftes fram var – ”Kontrollera blodtryck stående hos äldre”.



Osteoporos

Ungefär 70 000 frakturer per år anses orsakade av bakomliggande osteoporos och osteoporos får därmed betraktas som en av folksjukdomarna.

Osteoporos är en kronisk sjukdom där det idag saknas botande behandling, men med farmakologisk behandling kan skelettet stärkas och risken för osteoporosrelaterade frakturer minskas. Farmakologiska behandlingsalternativ som används idag, utöver tillskott av kalcium och vitamin D, är antiresorptiv behandling med alendronat, zoledronat, denosumab eller anabol behandling med teriparatid (PTH 1-34). Användningen av teriparatid kan komma att öka då patentet löper ut augusti 2019. Det ses en ökad parenteral antiresorptiv läkemedelsbehandling på grund av låg compliance med motsvarande tablettbehandling.

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, som uppdaterades 2014, bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med fragilitetsfraktur en systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att minska risken för ytterligare frakturer (prioritet 3).

I Region Gävleborg har man strukturerat om frakturkedjan, på grund av att för få patienter fick osteoporosbehandling efter lågenergifraktur och att för få patienter som diagnostiserats med osteoporos fick bemspecifik behandling. Tidigare låg ansvaret för att fånga upp och initiera osteoporosbehandling helt på läkare i primärvården, men på grund av underbemanning och tidsbrist hade man svårt att klara uppdraget. Vid omstruktureringen fick ett antal fysioterapeuter en funktion som osteoporoskoordinatorer. De fångar upp patienter med fraktur som vårdats på sjukhus och ”remitterar” dem till sjuksköterskebaserade specialistmottagningar för osteoporos i primärvården. Distriktssköterskan utreder och tar fram ett underlag till läkare i primärvården som tar ställning till och initierar behandling. Distriktssköterskan ansvarar även för uppföljning av patienterna, inklusive kontroll av compliance och beställning av uppföljande DEXA-mätning. I frakturkedjan finns även geriatrisk och endokrinologisk konsult.

Digitala vårdbesök

Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro (CAMTÖ) har undersökt det vetenskapliga underlaget för diagnostik av nyttillkomna symtom i samband med digitala vårdbesök. De konstaterar att det inte finns några relevanta studier för vidare granskning på området. Även Socialstyrelsen har gjort en genomgång och konstaterar att det vetenskapliga underlaget på området är litet. I de fåtal studier som finns ses bl a problem med studiedesign och låg studie kvalitet. Sammanfattningsvis finns i dagsläget otillräcklig kunskap om säkerheten vid diagnostik via videokontakt.

Föreläsarnas presentationer finns utlagda på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel under Läkemedelsrekommendationer/Utbildning, information/Mellansvenskt läkemedelsforum.





Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema: Somatisk samsjuklighet - vid demens, psykisk sjukdom, beroendesjukdom och intellektuell funktionsnedsättning

Tid: Tisdag 28 maj 2019 kl 13.00-17.00
i Wilandersalen, M-huset USÖ

Det finns även möjlighet att delta via Region Örebro läns videokonferenssystem. Tekniker kommer att finnas på plats för denna sändning till föreläsningssalen på Karlskoga och Lindesbergs lasarett.

Program: Inledning
Habilitering – intellektuell funktionsnedsättning
Demens
Psykisk sjukdom
Beroendesjukdom
Avslut

Inbjudan med detaljerat program bifogas detta nummer av Rapport om läkemedel. Du kan anmäla dig via mail till: ann-britt.lundback@regionorebrolan.se Anmälan senast 17 maj. Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!

Läkemedelskommittén

INNEHÅLL

Primär hypertoni – uppdaterat kunskapsläge	7
Migrän hos vuxna	9
Smart antibiotikaförskrivning i öppenvård. Läkemedelsinformation på våra villkor 3 april 2019	11
Mellansvenskt läkemedelsforum 2019	12
Somatisk samsjuklighet – vid demens, psykisk sjukdom, beroendesjukdom och intellektuell funktionsnedsättning.	14
Läkemedelsinformation på våra villkor 28 maj 2019.	

Redaktionsråd:
Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Informationsläkare Michael Holmér
Informationsläkare Jens Lindqvist
Apotekare Birgitta Lernhage

Redaktör:
Apotekare Birgitta Lernhage

E-post:
birgitta.lernhage@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare:
Överläkare Maria Palmetun Ekbäck

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



Region Örebro län