

Studiebrev

Nytta och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare

Gunilla Byström

2017-11-01

Författaren är specialist i allmänmedicin



Med utgångspunkt från SBU-rapport från nov 2014 ges exempel och studieanvisningar om ämnet.

Studiebrev utgående från SBU-rapport:

Nytta och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare

<http://www.sbu.se/229>

Inledning

I denna systematiska kunskapsöversikt har SBU undersökt hur starkt det vetenskapliga stödet är för att personer som är 65 år och äldre har nytta av behandling med perorala antikoagulantia och trombocythämmare eller om riskerna överväger. Med nytta avses förhindrande av kardiovaskulära händelser och med risk avses här blödningar.

SBU har gått igenom de läkemedel som var godkända i Sverige år 2013 och på deras respektive indikationer, men redovisar även nya då ännu icke godkända läkemedel vars effekter har studerats i kliniska studier.

SBU:s Slutsatser

- Det finns inga vetenskapligt underbyggda skäl att enbart på grund av hög ålder avstå från att behandla patienter med blodförtunnande läkemedel (perorala antikoagulantia eller trombocythämmare). Balansen mellan nytta och risk är överlag minst lika bra hos äldre personer som hos yngre. Detta gäller för de flesta av de studerade indikationerna såsom förmaksflimmer, stroke och hjärtinfarkt.
- Studier på det här området omfattar sällan uttalat sjuka äldre personer med många samtidiga läkemedelsbehandlingar. Den ansvarige läkaren måste därför alltid bedöma den enskilda individens risk för blödning och ta hänsyn till annan läkemedelsbehandling som kan störa och påverka risker, i synnerhet vid behandling med warfarin eller nya blodförtunnande medel.

Målsättning

Genom att tillämpa de kunskaper som SBU-rapporten ger kan jag ge rätt behandling till mina äldre patienter med indikation för antikoagulantia. Mina patienter mår bättre och deras risker minimeras.

Anvisningar

Läs först SBU sammanfattning. <http://www.sbu.se/229>

Du kommer till denna sida



Publicerad: 2014
Publikationstyp: Gul
Rapportnr: 229

Kontaktperson SBU:

Sigurd Vitols
vitols@sbu.se

[Projektgruppen](#)

[Pressmeddelande »](#)

[Tre frågor till Sigurd Vitols, projektledare för rapporten »](#)

[Bilaga 1.Sökstrategier.pdf](#)

[Bilaga 3 Mallar.pdf](#)

Intresserad av fler rapporter inom äldreomsorg? [Besök vår samlingsida »](#)

Läs mer om vård och omsorg om äldre på [Kunskapsguiden »](#)

[Startsida](#) / [Publikationer](#) / Nytt och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare

Nytt och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare

I denna systematiska kunskapsöversikt har vi undersökt hur starkt det vetenskapliga stödet är för att personer som är 65 år och äldre har nytta av behandling med perorala antikoagulantia och trombocythämmare (läkemedel som hämmar blodets leveringsförmåga) eller om riskerna överväger. Med nytta avses förhindrande av kardiovaskulära händelser och med risk avses här blödningar.

Vi har gått igenom de läkemedel som var godkända i Sverige år 2013 och på deras respektive indikationer, men vi redovisar även nya ännu icke godkända läkemedel vars effekter har studerats i kliniska studier.

Slutsatser

- Det finns inga vetenskapligt underbyggda skäl att enbart på grund av hög ålder avstå från att behandla patienter med blodförtunnande läkemedel (perorala antikoagulantia eller trombocythämmare). Balansen mellan nytta och risk är överlag minst lika bra hos äldre personer som hos yngre. Detta gäller för de flesta av de studerade indikationerna såsom förmaksflimmer, stroke och hjärtinfarkt.
- Studier på det här området omfattar sällan uttalat sjuka äldre personer med många samtidiga läkemedelsbehandlingar. Den ansvarige läkaren måste därför alltid bedöma den enskilda individens risk för blödning och ta hänsyn till annan läkemedelsbehandling som kan störa och påverka risker, i synnerhet vid behandling med warfarin eller nya blodförtunnande medel.

Citera denna rapport: SBU. Nytt och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 229. ISBN 978-91-85413-70-6.

Kort adress till sidan: <http://www.sbu.se/229>

Tipsa om denna sida [✉](#) [f](#) [t](#)

Ladda ner PDF

[Hela rapporten](#)

[Sammanfattning och slutsatser](#)

Vill du beställa en rapport eller sammanfattning?

Ring vår kundtjänst på tel 08-779 96 85 eller skicka e-post till sbu@strd.se

[Prislista »](#)

Ladda ner "Sammanfattning och slutsatser"

Det är ett PDF-dokument på 17 sidor, varav 15 innehåller text att läsa.

Sammanfattningen avslutas med texten

Konsekvensanalys för sjukvården

Ålder i sig är inte en kontraindikation för behandling med perorala antikoagulantia och trombocythämmare. Patientens totala bakgrundrisk för blödning måste, liksom för yngre patienter, vägas mot förväntad behandlingsnytta.

Fråga:

Innebär detta att jag har någon eller några patienter som enligt SBU-rapporten borde behandlas med AK (Antikoagulantia)? Vilka är det som inte har behandling?

Varför har de inte AK?

Diskutera i FQ-gruppen! Ge varandra exempel! Återvänd till denna SBU-sammanfattning när du vill ha mer fakta om hur du vill behandla dina patienter!

Patientfall

Fall nr 1: Olga

97-årig ensamboende tidigare väsentligen frisk kvinna med mångårig hypertoni. Klarar sig utan hemtjänstinsatser, men får hjälp av sina barn med städning inköp och dylikt. Har nyligen fått apodos. Har behandlats med tiaziddiuretika i lägsta dos sedan ett tiotal år. Fast läkarkontakt vilket hon har uttryckt uppskattning för, men byte av läkare i fjol då den tidigare gick i pension.

För nio år sedan noterades ett systoliskt biljud grad II med PM I 4 sin. Blodtrycket har legat välkontrollerat och hon har vardagsmotionerat flitigt. För fyra år sedan upptäcktes ett ganska snabbt förmaksflimmer (135/min) som frekvensreglerades med Metoprolol. Då sattes ASA-profylax in i form av Trombyl 160 mg.

Du är hennes nya fasta läkarkontakt och träffar henne på ett av hennes återkommande halvårsbesök. Hon är lite avvaktande i kontakten men ganska snart berättar hon klart och redigt hur hon mår. Hon blir ibland yr och ramlar säkert minst en gång i månaden, dock har hon lyckats undvika frakturer. Vid ett tillfälle hjärnskakning men CT var invändningsfri.

EKG visar som tidigare ett förmaksflimmer f 74/min. P-krea är 73 och elektrolyter normala. Hb och p-glukos normala. I status finner du samma blåsljud som tidigare.

Vad gör du nu?

Hur avgöra om nyttan av AK överstiger risken för Olga?

Enligt SBU är den årliga risken för cerebrala embolier över 10% för äldre pat med förmaksflimmer (ref 6 i rapporten) om de är obehandlade.

Hur många gånger behöver Olga ramla för att få en allvarlig blödning?

Enligt den generella bedömningen i SBU-rapporten överväger nyttan över risken.

Fundera:

Har Olga rätt form av trombosprofylax?

Hur kan blodtrycket inverka?

Innebär hennes risk att ramla ett hinder för insättande av effektiv antikoagulantia?

Vilken typ av antikoagulantia väljer du? Motivera!

Fall nr 2: Agneta

72 år gammal kvinna, gift, tidigare haft traumatisk hjärnskada med måttligt nedsatt kognitiv förmåga men fysiskt relativt vital. Fungerar väl i hemmet med makens stöd. Sköter ADL men maken håller i medicinering och sköter hennes läkarkontakter.

När du träffar henne, nyligen omlistad, så har hon ett icke symtomgivande förmaksflimmer sedan något år. I övrigt hypertoni och epilepsi. Står på Trombyl. Förra läkaren har valt bort warfarin pga epilepsin. Inga stora anfall på flera år visar det sig.

Man ska ha noterat förmaksflimmer redan för fyra år sedan. Det är möjligt att hon redan då hade en mindre stroke utan sequele. Man satte inte in Waran pga epilepsi och fallrisk.

Hennes epilepsi är faktiskt inte grand mal utan psykomotor med frånvaroattacker och något sämre balans. I övrigt har hon hypertoni, B12- och folsyrabrist och behandlas då du träffar henne med Tegretol retard för sin epilepsi.

Vilken risk har Agneta enligt CHADS ?

<http://icd.internetmedicin.se/CHA2DS2-VASc>

och vilken risk enligt HAS-BLED?

<http://icd.internetmedicin.se/HAS-BLED>

Hur är det med interaktionsrisker mellan hennes mediciner?

Bör Tegretol behållas eller bytas ut?

Bör Agneta ha Waran eller NOAK i stället för Trombyl?

Så här kan det gå efter någon tid...

Efter frågeremiss till neurologen får du rådet att successivt byta från Tegretol retard till Levetiracetam eftersom Tegretol interagerar både med Waran och NOAK.

Det har gått bra.

Hon har nu Xarelto och inte fler anfall än tidigare på sin nya epilepsibehandling

Fall nr 3: Valborg

Valborg bor på ditt boende, ett kommunalt servicehus med sjuksköterska och undersköterskor och nu är det dags för årlig läkemedelsgenomgång.

Valborg har alltid varit maklig och inte intresserad av träning. Hon är 95 år och änka sedan 1,5 år. Maken var den som "gjorde allt" medan Valborg bestämde vad som skulle göras. Vid 80 år insjuknade jämnåriga maken i diabetes typ 2 och behandlades med metformin några år. Valborgs blodsocker var också något högt, men hon fick enbart kostbehandling.

Förmaksflimmer konstaterades omkring 2008, varvid Waran sattes in. Valborg mår dåligt av det, som då byttes ut mot Trombyl och digoxin. Flimret kvarstår och hjärtat sviktar. Lasix injektioner gav ingen större effekt, så nu står hon på tabletter 40 mg 2+1. Trots det bensvullnad och andfåddhet vid lätt ansträngning.

Synen är nu starkt nedsatt efter några års kamp mot AMD via många besök på ögonkliniken. Injektionsbehandling kunde inte hejda totalt synbortfall centralt på vä öga. Hö öga blint sedan tidigare. Behandling med ögondroppar pga glaukom.

Hörseln är nedsatt och fungerar hjälpligt med hörapparat. Emellanåt vaxpropp och nedsatt kommunikation.

Balansen är mycket dålig och Valborg måste ha stöd vid gång. Kan inte stå utan stöd. Använder rollator eller rullstol. Hon har ramlat vid ett par tillfällen men klarat sig från fraktur.

Mångårig urininkontinens medför behov av tjockaste skyddet ständigt.

IBS sedan ungdomen nu behandlat med Movicol, fungerar oftast men ibland har Valborg ont i magen. Står på Omeprazol för det. Trombyl blev utsatt för ett par år sedan pga magont. Orolig har Valborg varit hela sitt liv. Ibland varit nedstämd och saknat livsvilja. Deprimerad. Mirtazapin till natten och Citalopram på dagarna samt oxascand ett på dagen håller det någorlunda bra. 2012 upptäcktes bröstcancer, som svarade bra på Arimidex, fick dock ledvärk och står nu på Tamoxifen. Kontroll på kirurgen regelbundet.

Värk En lång tid hade Valborg ont i foten på natten. Ingen orsak kunde hittas, men Alvedon i maxdos sattes in. Föga effekt. Lyrica sattes in och hjälper något. Nu är besväret ofta ont i knäna vid gång. Valborg kan inte förflytta sig själv, utan måste alltid ha hjälp och stöd. Förflyttningshindren är: nedsatt syn, dålig balans, knäsmärtor, svag muskulatur.

Psykiskt är Valborg välbevarad. Hon har en radio, som hon ibland lyssnar på och mängder med talböcker från biblioteket som hon lyssnar på via Daisy-spelare. Kan med svårighet ringa i telefon. Ofta besök av anhöriga, men upplever sin tillvaro ganska dystert.

ADL: klarar att äta själv, men måste ha maten upplagd. Dricker med sugrör. Borstar tänderna själv. Har hjälp med allt annat.

Valborg har fortfarande hjärtflimmer. Blodtrycket omkring 130/70 puls ca 70 oregelbunden. Vikten omkring 74 kg står ganska stilla. Benvullnad och andfåddhet som tidigare.

När du träffar Valborg har ni först svårt med kommunikationen till följd av hennes hörsel- och synnedsättning. Men efter en stunds samtal får ni bra kontakt. Du märker humor och livsaptit trots alla besvär.

Här är viktiga fakta:

Valborgs labvärden

| Analys | januari | mars | juli |
|----------------------------|---------|------|------|
| Hb | 114 | 101 | 109 |
| Vikt | 74 | 73 | 74 |
| Kalium | 4,7 | 5,0 | 4,0 |
| Kreatinin | 107 | 121 | 137 |
| eGFR(1,73 m ²) | 41 | 28 | 23 |
| NT-proBNP | 4099 | 4906 | 4863 |
| P-digoxin | | 0,8 | |

Valborgs medicinlista

| Läkemedel \ kl | 08 | 12 | 14 | 16 | 20 |
|-----------------------------|--------------------------------------|----|----|----|----|
| Azarga ögon dr | d | | | | d |
| Latanoprost ögdrp | | | | | d |
| Losartan 12,5 mg | | 2 | | | |
| Losartan 50 mg | 1 | | | | |
| Lyricea 100mg | | 1 | | | |
| Lyricea 25 mg | | | | | 1 |
| Furix 40mg | | 2 | 1 | | |
| Omeprazol 20mg | 2 | | | | |
| Oxascand 5mg | | | | 1 | |
| Citalopram 10 mg | 1 | | | | |
| Mirtazapin 15 mg | | | | | 1 |
| Alvedon tabl 500mg | 2 | | 2 | | 2 |
| Digoxin 0,13 mg | 1 vad | | | | |
| Movicol pulver dospås | 1 vad | | | | |
| Tamoxifen tabl 20 mg | 1 | | | | |
| Furix tabl 40 mg | en extra vid lunch om vikt över 75kg | | | | |
| Furix inj | 2 ml kl 08 vb | | | | |
| Xyloproct supp | max 3 per dygn | | | | |
| Alvedon tabl 500mg | 1-2 extra vb per dygn | | | | |
| Imodium tabl 2mg | 1 vid behov mot diarré | | | | |
| Nitroglycerin resoribl 0,25 | 1-2 vb | | | | |

Frågor:

Varför har Valborg inte antikoagulantia?

Bedöm riskerna enligt CHADS och HAS-BLED enligt ovan

Hur resonerar ni?

Bör Valborg ha AK? I så fall vilken sort?

Hur bedömer du hennes medicinlista? Är det något som bör förändras?

Fall nr 4: Harald

Harald är 91 år när ni träffas första gången.

Han var tidigare idrottsman och tränade bland annat löpning och friidrott.

Har arbetat som försäljare med mycket bilkörning, hans stora passion. Kör nu en Volvo S40, röd. Sedan omkring 9 år har han åldersdiabetes och har behandlats med metformin 500 mg 1-2 tabl dagligen. Brukar ta dagliga promenader och hjälpa sin hustru som ser och hör dåligt samt har dålig balans.

”Jag förstår inte varför jag blir så andfådd när jag går upp till garaget. Jag orkar nästan inte ens öppna dörren”

Undersökningen visar förmaksflimmer, strävt systoliskt blåsljud och blodtryck 160/80. EKG visar dessutom misstänkt infarkt. Du ringer akuten och Harald blir inlagd.

Vilken risk har Harald enligt CHADS? (Se länk ovan)

Enligt CHADS är risken 5 och Waran eller NOAK rekommenderas.

Harald får sviktbehandling och ställs in på Waran. Han utreds via kardiologen varvid konstateras kraftig aortastenosis och förträngningar i alla tre koronarkärlen. EF 50-55%. Inoperabelt. Stor risk för svimning och plötslig försämring.

Hur ska det gå med att köra bil? Han måste ju kolla sitt INR på AK-mottagningen ofta?
Och hur ska det gå med hustrun, som måste hjälpas dygnet runt?

Du blir den som ställer diagnosen förmaksflimmer och hjärtsvikt.

Hur resonerar du? Tvekan att remittera? Försöka behandla själv?

Efter sjukhusvården kommer Harald hem och du ser till att kontakta kommunens hemtjänst. Hembesök med biståndsbedömare. Planering tillsammans.

Harald – hur gick det?

Hemtjänst sätts in. Hustrun får hjälp av dem i stället för av Harald. Han har mycket svårt att acceptera detta initialt. ”Jag måste ju hjälpa henne, det är det viktigaste i mitt liv”

Du skriver Färdtjänstintyg. Harald försöker att inte vara alltför ledsen att han inte får köra sin röda Volvo längre.

Distriktssköterskan gör hembesök och tar PK-prov.

Hela Haralds värld har förändrats. Han och maken flyttar till ett servicehus med dygnetruntbemanning av personal. Även nu är det svårt att låta bli att känna ansvaret för hustrun, men det visar sig att Harald tack vare all hjälp de nu får orkar ta vara på de fina stunderna.

Svikten avtar, han kan gå korta sträckor igen. Osannolikt trött dock. Nitroglycerin i sprayform sätts in. ”Det går bättre om jag puffar”

Ytterligare ett barnbarnsbarn föds och alla gläder sig. Harald får hålla barnet i sin famn.

Harald får leva tills han blir 92,5.
En natt sitter han död på toaletten. Dagen innan hade han bestämt sig:

”Imorgon ska jag baka småkakor.”

Harald var mycket svårt sjuk.
Han fick den medicinska hjälp som fanns att erbjuda.
AK (Waran) gav honom troligende sista månaderna, utan att han drabbades av stroke.
Det var inte flimret som dödade Harald.

Här ser vi hur tiden går och får vara med om Haralds sista tid i livet.
Var det bra eller dåligt att han fick AK?

Fall nr 5: Tore

83-årig man med höftledsartros och en aning nedsatt närminne. Kommer på din mottagning efter uppmaning av transportstyrelsen. Polisen hade träffat på Tore en natt, när han i mörkret inte kunde hitta hem, körandes sin egen bil.

Tore tyckte det var genant, men förklarar att det berodde på att all gatubelysning var släckt, så det såg annorlunda ut.

Vid undersökningen finner du en psykiskt välbevarad man, som glatt berättar hela sammanhanget för dig. Ni har träffats tidigare. Aktuell medicinering: Naproxen 500mg 1x2.

Minimentaltestet går galant. Status visar BT 135/82, puls oregelbunden, frekvens ca 90.
EKG förmaksflimmer. Nydebuterat!

Vilken risk har Tore enligt CHADS och HAS-BLED?
Hur agerar du?

Tore, återbesök

Ett halvår senare kommer Tore på besök tillsammans med sin hustru.
Han har fått Waran och metoprolol 50 mg för sitt flimmer. Enligt patienten och hustrun är allt väl.
Utom att Tore ibland blir yr. Kan det vara av medicinen? En gång var han nära att ramla.

Tore har fått körkortet villkorat och får nu endast köra omkring sin bostad och endast i dagsljus.

Du finner att blodtrycket är 120/85, hjärtfrekvensen 76 och oregelbunden puls. EKG är som tidigare.

Hur agerar du?
Ändrar du medicinerna? Vilka risker har Tore nu?

Tore 3

Två månader senare skrivs Tore in på det sjukhem du ansvarar för. Han kan inte tala, har högersidig hemiplegi och kan inte sitta. Det är tveksamt om Tore känner igen dig. Hustrun sitter förtvivlad bredvid sängen.

Hon berättar, att Tore ramlat i duschen och slagit i bakhuvudet. Sen blev han allt sämre, man for in till akuten och hjärnblödning konstaterades. Vid försöket att tömma ut den fick man en ytterligare skada intracraniellt.

Var det rätt att behålla AK?

Diskussion

Hur tycker du det är att arbeta på detta sätt?

Har du haft nytta av SBU-rapporten?

Har den ändrat ditt arbetssätt i något annat fall, som du träffat på din egen mottagning?

Faktadel

Finns i SBU-rapporten

Referenser

Finns i SBU-rapporten

Jävsförhållanden

Inga uppgivna