

Antikoagulantibehandling vid venös tromboembolism

Innehåll

| | |
|---|---|
| Bakgrund..... | 2 |
| Antikoagulantibehandling..... | 2 |
| Direktverkande orala antikoagulantia, NOAK..... | 2 |
| Warfarin..... | 2 |
| Insättningsförfarande..... | 2 |
| Rutiner inför behandling med NOAK..... | 3 |
| Inledning av NOAK-behandling..... | 3 |
| Uppföljning..... | 3 |
| Dosering av direktverkande orala antikoagulantia vid VTE..... | 4 |
| Rivaroxaban (Xarelto®)..... | 4 |
| Apixaban (Eliquis®)..... | 4 |
| Byte från warfarin..... | 4 |
| Speciella situationer..... | 4 |
| Definition HAS-BLED..... | 4 |
| Dokumenthistorik..... | 5 |

Bakgrund

Venös tromboembolism i form av djup ven trombos (DVT) och lungembolis (LE) ska behandlas med Antikoagulantia. För mer information gällande diagnostik och behandling se DocPlus dokument [Venös tromboembolism \(VTE\) - kliniska riktlinjer](#). Behandlingen inleds vid den akutmottagning eller slutenvårdsavdelning som ställer diagnosen. Vitamin K-antagonist (warfarin) har sedan många år varit det enda perorala läkemedlet. Direktverkande Orala Antikoagulantia, NOAK, har i flera studier visats ha minst lika god effekt som warfarin vid trombosbehandling och rekommenderas i internationella guidelines som förstahandsmedel framför warfarin vid venös tromboembolism (VTE).

Antikoagulantibehandling

Patientfördelar och logistiska fördelar samt minskad risk för allvarliga blödningar och interaktioner gör att NOAK bör övervägas som förstahandsval vid DVT och/eller LE med stabil hemodynamik, både vid förstagångsbehandling och vid recidiv. Val av preparat styrs av läkarens kunskap samt patientens önskemål. Patienten måste vara väl informerad om behandlingen oavsett val av läkemedel. Blödningsriskevaluering kan göras enl. [HASBLED](#) (se sid. 4). Vid hög blödningsrisk kan lågmolekylärt heparin i reducerad dos (eventuellt uppdelat på två doser) vara ett alternativ.

Direktverkande orala antikoagulantia, NOAK

Följande läkemedel är registrerade för behandling av venös trombos, DVT, lungemboli, LE, och för förebyggande behandling mot återkommande venös tromboembolism, VTE.

- dabigatran (Pradaxa®) hämmar trombin
- rivaroxaban (Xarelto®) hämmar faktor Xa
- apixaban (Eliquis®) hämmar faktor Xa
- edoxaban (Lixiana®) hämmar faktor Xa

Jämförande, randomiserade studier mellan olika NOAK finns inte. Alla NOAK har visats ha minst likvärdig effekt som warfarin och signifikant lägre frekvens av allvarliga blödningar bland behandlade VTE-patienter. Initial behandling med heparin/ lågmolekylärt heparin fordras vid behandling med dabigatran och edoxaban, därför rekommenderas apixaban eller rivaroxaban i första hand. Observera att dabigatran (Pradaxa®) inte kan dosdispenseras. Antidot finns för Dabigatran men ännu ej för övriga NOAK. Vid cancerassocierad trombos (CAT) finns randomiserade studier för Edoxaban, Rivaroxaban och Apixaban. Inget NOAK har dock den specifika indikationen cancerassocierad VTE.

Warfarin

Waran eller Warfarin Orion 2,5 mg är väl beprövad behandling vid VTE. Den antikoagulativa effekten kan lätt mätas, den är inte njurfunktionsberoende och effekten kan snabbt reverseras. Till warfarins nackdelar hör den komplicerade verkningsmekanismen, lång halveringstid, att effekten påverkas av K-vitamininnehållet i kosten och att läkemedelsinteraktionerna är många.

Av säkerhetsskäl bör särskild dosett användas för vita Warfarintabletter. Vid byte från blå Waran till vita Warfarin Orion ska detta noggrant dokumenteras i journalen.

Insättningsförfarande

- AK-behandling vid VTE initieras vid akutmottagningarna på Akademiska sjukhuset eller Lasarettet i Enköping eller inom slutenvård.
- Behandlingsansvarig läkare bedömer indikation och blödningsrisk.

- Behandlingen registreras i Auricula eller motsvarande databas.
- Patienten sköts initialt på AK-mottagningarna på Medicinmottagningen vid Akademiska sjukhuset eller Medicinmottagningen vid Lasarettet i Enköping.
- Utremittering till primärvård sker i normalfallet efter 3 månader. Remiss till primärvård ska innehålla information om behandlingstidens längd och ev. behov av koagulationsutredning. Ev. koagulationsremiss skrivs av aktuell medicinmottagning och resultatet bedöms av läkare vid medicin- och lungmottagningen.
- Patientens Auricula-ansvar delas ut till övertagande AK-mottagning.

Rutiner inför behandling med NOAK

Se även DocPlus dokument [NOAK apixaban, dabigatran, rivaroxaban, edoxaban - praktiska riktlinjer](#) inför insättning av behandling.

- Som regel utsätts ev. samtidig ASA-medicinering vid antikoagulantibehandling. Vid akut koronarsjukdom eller koronarstent bör diskussion ske med kardiolog.
- Prover inför behandlingsstart (kan vara upp till en månad gamla): längd och vikt, blodstatus, PK, ALAT, ALP samt kreatinin med eGFR (www.egfr.se).
- Kontraindikation för NOAK om leverenzymen överstiger 2 gånger referensgränsen.
- GFR<30 ml/min innebär kontraindikation för dabigatran.
- GFR<15 ml/min innebär kontraindikation för rivaroxaban, apixaban och edoxaban.
- Vid GFR 49-30 – (15) ml/min ges reducerad dos, se nedan under "Dosering".
- Blodtrycket ska vara välreglerat.

Inledning av NOAK-behandling

- Remiss till AK-mottagning sker i Cosmic och ska kompletteras med ifylld blankett i Cosmic "Underlag för behandling med NOAK /warfarin" som innehåller uppgifter om indikation för behandling, planerad behandlingstid samt patientansvarig läkare. Enköping har t.v. annan rutin.
- Remitterande/behandlingsansvarig läkare utfärdar recept och informerar patienten om läkemedlet och biverkningar.
- AK-mottagningen kallar patienten till ett informationsbesök, lämnar ut halsband och skriftlig information om detta inte redan har skett under vårdtiden.
- Patienten registreras i Auricula eller motsvarande databas.
- Behandlingen registreras i Uppmärksamhetssignalen i Cosmic.

Uppföljning

- Efter en månad sker telefonuppföljning av AK-mottagning avseende biverkningar och compliance.
- Patienter <60 år och eGFR>60 och utan känd leversjukdom/förhöjda levervärden kallas därefter av AK-ansvarig 1 gång/år med provtagning och telefonkontakt enligt nedan.
- Övriga kallas efter tre månader för blodprovstagning (blodstatus, kreatinin, ALAT, ALP), varefter patienten kontaktas per telefon för genomgång av checklisten. Stöd för detta finns i Auricula. Därefter kontroller 1-2ggr/år beroende på njurfunktion och andra riskfaktorer
- Vid frågor eller problem kontaktas behandlingsansvarig läkare.
- Läkargesök med riskvärdering och omprövning av behandlingen ska ske årligen.
- Beslut om omprövning dokumenteras i Auricula samt i Cosmic.

Dosering av direktverkande orala antikoagulantia vid VTE

Rivaroxaban (Xarelto®)

- Normal dos: 15 mgx2 i tre veckor. Därefter 20 mgx1
- Reducerad dos: 15 mgx1 övervägs vid måttligt nedsatt njurfunktion (GFR 49-30 ml/min). Vid GFR < 30 ml/min rekommenderas apixaban.

Apixaban (Eliquis®)

- Normal dos: 10 mgx2 i 7 dagar, därefter 5 mgx2.
- Inga riktlinjer finns för dosreduktion för vissa patientgrupper.

Studier finns talande för att dosen av Rivaroxaban och Apixaban efter 6 månaders behandling kan sänkas till 15mgx1 respektive 2,5mgx2 hos patienter med låg recidivrisk.

Byte från warfarin

- Kan göras i primärvård eller via remiss till Medicin- och lungmottagningen, Akademiska sjukhuset, eller Medicinmottagningen, Lasarettet i Enköping.

Speciella situationer

- Anestesi och kirurgi
- Akut blödningskomplikation

För råd i dessa situationer hänvisas till Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas hemsida www.ssth.se. "Kortversion Kliniska råd vid NOAK(NOAK)" och "Hemostas vid allvarlig blödning".

Vid akut blödningskomplikation kan koagulationsjour vid Akademiska sjukhuset eller Karolinska sjukhuset sökas via växeln.

Definition HAS-BLED

| Bokstav | Klinisk orsak | Poäng |
|---------|---|-------------------------|
| H | Hypertoni (> 160 systoliskt) | 1 |
| A | Leverpåverkan (ALAT > x 3 normalvärde. PK (INR) > 1,4 och/eller Nedsatt njurfunktion (kreatinin > 200 µmol/L) | 1 poäng vardera (max 2) |
| S | Tidigare stroke | 1 |
| B | Tidigare blödning | 1 |
| L | Svängande PK-INR under warfarinbehandling | 1 |
| E | Ålder > 65 år | 1 |
| D | Hög alkoholkonsumtion Samtidig behandling med trombocytaktiva läkemedel inkl. NSAID | 1 poäng vardera (max 2) |

Bedömning:

0 - 2 poäng

Låg blödningsrisk

≥ 3 poäng

Ökad blödningsrisk, kräver speciell varsamhet

Dokumenthistorik

Författare: Bengt Wahlström, Seyedisa Jalali, Barbro Nordström
Revideringsdatum 2019-12 Bengt Wahlström