



Hermed foreligger Nyhedsbrev nr. 3 – 2011 fra Lægemedelenheden (LME). LME er en enhed under Nord-KAP - kvalitetsenheden for almen praksis. Lægemedelenheden sætter fokus på udvikling af rationel farmakoterapi blandt alment praktiserende læger.

Lægemedelenheden i Region Nordjylland, tlf.nr. 96 35 18 77, e-mail: kmn@rn.dk,

AK-behandling ved atrieflimren

I anledningen af markedsføringen af det nye AK middel Pradaxa, har IRF d. 5. oktober afholdt et møde for de regionale lægemiddelkonsulenter om dette nye behandlingstilbud til patienten med atrieflimren. Vi deltog også fra Region Nordjylland i mødet. Man fandt det væsentligt, at almen praksis blev orienteret om konklusionerne på mødet, og derfor har IRF udsendt et nyhedsbrev om spørgsmål og svar om AK behandling ved atrieflimren.

Firmaet, der markedsfører Pradaxa, er i denne tid meget aktiv overfor almen praksis ved møder og skriftligt informationsmateriale, og LME synes derfor det er vigtigt, at så mange som muligt bliver gjort bekendt med informationerne fra IRF, der ses nedenfor

Spørgsmål og svar om AK-behandling ved atrieflimren

IRF har samlet de hyppigt stillede spørgsmål og svar vedrørende de nye behandlingsmuligheder for patienter med atrieflimren.

Hyppigt stillede spørgsmål og svar

Giver Pradaxa bedre effekt end Marevan?

Nej, der er ingen forskel hos patienter som er velkontrollerede på Marevan. I RELY-studiet var Pradaxa 150 mg x 2 lidt bedre end Marevan på det primære effektmål (relativ risikoreduktion 35 %, absolut 0,6 %, NNT=167 per år), men ikke i den undergruppe af patienter, der var ligeså velkontrollerede, som Marevan patienter sædvanligvis er i Danmark.

Giver Pradaxa færre blødninger end Marevan?

Pradaxa giver færre intrakranielle blødninger (absolut risikoreduktion 0,44 %, NNT=227 per år), men flere gastrointestinale blødninger (absolut risikøgning 0,49 %, NNH =204 per år). Hos patienter, der er velregulerede på Marevan er disse forskelle mindre.

Hvordan behandles patienter med høj ulcusrisiko?

Behandling med protonpump hæmmer (PPI) reducerer absorptionen af Pradaxa, men der er ikke vist mindre effekt hos PPI-behandlede patienter i de klinisk kontrollerede studier.

Hvilken behandling er det bedste valg til de gamle (+80 årige)?

Man kan frit vælge mellem Marevan og Pradaxa. Der er ikke noget, der taler for, at de +80 årige har specielt gavn af Pradaxa. Hvis Pradaxa anvendes til +80 årige skal dosis være 110 mg x 2.

Hvordan skal patienter med akut atrieflimren behandles?

Hvis der planlægges DC konvertering kunne Pradaxa indebære en fordel, idet man ikke behøver at afvente at INR er i niveau. Valg af Pradaxa forudsætter imidlertid, at patienten har høj compliance, idet man ikke kan kontrollere, om patienten er i terapeutisk niveau med Pradaxa.

LÆGEMIDDELENHEDEN i Region Nordjylland

LME's konsulenter:

Marianne Siersbæk (leder), Lone Maarbjer, Mona Hansen, Elin Eskelund, Morten Ohrt,
Mette Greth, Jørgen Peter Ærthøj, Kirsten Nielsen (regional lægemiddelkonsulent)

Hvorfor har Pradaxa fået generelt tilskud?

Medicintilskudsnet har lagt vægt på, at meromkostningerne ved Pradaxa kan spares ved færre INR kontroller, hvis man ændrer praksis. Det forudsætter, at man ikke anvender de ledige ressourcer til andre formål. Det skal understreges, at bevillingen af generelt tilskud ikke kan tolkes som en ændring i den generelle behandlingsvejledning (Dansk Cardiologisk Selskabs behandlingsvejledning for atrieflimren er i øjeblikket under revision).

Kan man bruge Xarelto eller Eliquis i stedet for Pradaxa?

Det kan man formentlig godt. Begge stoffer har vist dokumenteret effekt på niveau med Pradaxa, men ingen af dem har i øjeblikket atrieflimren, som godkendt indikation. Prisen på Pradaxa er i øjeblikket markant lavere end for Xarelto og Eliquis (ca. det halve).

Hvem skal behandles med hvad?

Hvor mange skal skifte?

Af de nuværende patienter i Marevan behandling er det formentlig nogle få procent, der ud fra en faglig begrundelse bør skiftes til Pradaxa.

Pradaxa er et nyt lægemiddel, og der er begrænsede erfaringer med udbredt brug i almen praksis. Det er ikke etableret en rutine, som muliggør at man kan kontrollere, om problempatienter er i terapeutisk niveau med Pradaxa.

Hvem skal fortsætte på Marevan?

Man skal ikke nødvendigvis skifte en velreguleret Marevan patient (INR i niveau ved 80 % af kontrollerne) til Pradaxa.

Pradaxa kan ikke løse problemer med compliance. Hvis patienterne har dårlig compliance på Marevan, vil de formentlig også have det på Pradaxa.

Hvem skal skifte til Pradaxa?

Er patienten ofte ude af niveau ved INR måling, så overvej om det skyldes dårlig compliance eller interaktioner fra læge- eller fødemidler. Hvis det skyldes interaktion, så overvej skift.

Husk! Compliance problemer løses ikke med Pradaxa.

Har patient problemer med at komme til INR-kontroller, så overvej Pradaxa.

Hvilken behandling skal vælges til nye patienter?

Det må i høj grad være patientens præferencer, der afgør valget med mindre særlige forhold taler imod Pradaxa til den konkrete patient (complianceproblemer, manglende mulighed kontrol af effekt).

Præsenter så vidt muligt fordele og ulemper objektivt for patienten.

Hvis der er logistiske problemer med INR kontrol eller besvær med interaktioner (både medikamentelle og kost-betingede) kan, der være god grund til at vælge Pradaxa.

Institut for Rationel Farmakoterapi 13. oktober 2011

Få mere at vide:

Kontakt: Stig Waldorff msstw@dkma.dk eller Niels-Christian Heebøll-Nielsen nchn@dkma.dk.

Læs mere om Pradaxa ved atrieflimren på: http://irf.dk/dk/anmeldelser/praeparatanmeldelser/pradaxa_dabigatran.htm

Se også studiemeldelser for Xarelto og Eliquis ved atrieflimren:

http://irf.dk/dk/anmeldelser/studieanmeldelser/rivaroxaban_vs_warfarin_ved_atrieflimren.htm

http://irf.dk/dk/anmeldelser/studieanmeldelser/apixaban_vs_warfarin_ved_atrieflimren.htm

LÆGEMIDDELENHEDEN i Region Nordjylland

LME's konsulenter:

Marianne Siersbæk (leder), Lone Maarbjerg, Mona Hansen, Elin Eskelund, Morten Ohrt, Mette Greth, Jørgen Peter Ærthøj, Kirsten Nielsen (regional lægemiddelkonsulent)