

Forslag til seponering af lægemidler hos voksne

Kontrolleret seponering kan forsøges ved de fleste lægemidler, og ophør med selv velindiceret medicin kan være nødvendigt, hvis lægemidlet giver uønskede bivirkninger, eller compliance er for dårlig. Nedenstående tommelfingerregler kan inddrages i beslutning om seponering sammen med lægens overvejelser om fx patientens samlede sygdomsbillede, alder, forventet restlevetid¹ og behandlingens effekt kontra bivirkninger.

Tommelfingerregler

- Alle lægemidler bør vurderes ved medicingennemgang, herunder også berettigelsen af fortsat behandling
- Vurdér, om behandlingen er livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende
- Ved forebyggende behandling - tænk forventet restlevetid¹
- Seponér al forebyggende behandling hos terminale patienter
- Seponering er en proces – lav kun om på én/få ting ad gangen
- Lav en plan og en klar aftale med patienten – en vellykket seponering er en fælles proces mellem læge og patient og eventuelt pårørende/plejepersonale
- Start evt. med reduktion af dosis – udtrapning er ofte at foretrække. Vær opmærksom på "re-bound-fænomener". Specielt psykofarmaka, andre CNS-aktive stoffer og stærke analgetika bør udtrappes
- Følg altid op på en seponering
- Genoptagelse af behandling er ikke udtryk for fejl, men grundighed.

Forebyggende behandling – overvej bivirkninger, restlevetid¹, NNT (og pris)

Lægemiddel	Hvornår kan seponering overvejes?	Kilder
Osteoporose		
Alendronat <i>Efter ca. 5 år</i>	Pausér behandlingen efter ca. 5 år, hvis patienten ikke har haft lavenergi-fraktur, og T-score efter behandlingen er > -2,5 og evt. udløsende årsager er korrigeret (fx længerevarende prednisolonbehandling). Efter pausering undersøges BMD (knoglevævetts mineraltæthed) hvert andet år. Ved faldende BMD, som er større end måleusikkerheden på 5 %, genoptages behandlingen.	IRF, feb. 2012: Varigheden af behandling med medicin mod osteoporose
Ukompliceret, mild hypertension		
Blodtryksmedicin – enkeltstofbehandling <i>Efter ca. 1 år</i>	Patienter uden kardiovaskulære sygdomme og med mild hypertension (140-159/90-99 mmHg), som er velbehandlede på ét lægemiddelstof i mindst 1 år, vil ofte kunne klare sig med non-farmakologisk behandling. Overvej seponering under kontrol af blodtrykket og effekt af den non-farmakologiske behandling.	Dansk Cardiologisk Selskab, NBV, kap. 27: Hypertension IRF, juni 2014: Hvad er behandlingsmålet ved hypertension
Hyperkolesterolæmi		
Atorvastatin Fluvastatin Lovastatin Pravastatin Rosuvastatin (Crestor®) Simvastatin <i>Overvej indikation og restlevetid</i>	Primær profylakse: Seponering kan overvejes hos personer: <ul style="list-style-type: none"> • uden tegn på hjerte-karsygdom • uden type 2 diabetes/type 1 diabetes med mikroalbuminuri • med en sum af risikofaktorer, som gør, at risikoen for at dø af kardiovaskulær sygdom indenfor 10 år er < 5% (hos ældre <10%, hvis alderen er den væsentligste risikofaktor) • uden markant forhøjelse af én enkelt risikofaktor: blodtryk > 160/100 mmHg, totalcholesterol > 8 mmol/l eller LDL-cholesterol > 6 mmol/l. Sekundær profylakse: Seponering kan overvejes hos ældre, som har andre lidelser, der nedsætter restlevetiden ¹ i væsentlig grad. Evt. bivirkninger vurderes i forhold til mulig gevinst og forventet restlevetid.	Dansk Cardiologisk Selskab, NBV, kap. 34: Forebyggelse af hjertesygdom IRF, jan. 2013: Spørgsmål og svar om statinbehandling DSAM, Den ældre patient, 2012, side 59
Antikoagulantia		
Acetylsalicylsyre (ASA) <i>Overvej indikation</i>	Der er ikke indikation for lavdosis ASA til personer med hypertension eller hyperlipidæmi uden kendt kardiovaskulær sygdom (primær profylakse), da blødningsrisikoen (gastrointestinal blødning og hæmoragisk apopleksi) er af samme størrelsesorden som risikoreduktionen for tromboemboliske hændelser. ASA er ikke indiceret ved atrieflimren. Der er i stedet indikation for profylaktisk AK-behandling med warfarin, Xarelto®, Eliquis® eller Pradaxa®, når $CHA_2DS_2-VASc\text{-score} \geq 1$.	Dansk Cardiologisk Selskabs kliniske rapporter : 'Trombokardiologi', 2012 afsnit 6.1
Clopidogrel (Plavix®) Prasugrel (Efient®) Ticagrelor (Brilique®) <i>Efter 1 år ved AKS</i>	Ved akut koronar syndrom seponeres behandlingen efter 1 år, mens ASA behandling fortsættes. Tåles ASA ikke, gives clopidogrel.	RADS' behandlingsvejledning for lægemidler til trombo-cythæmning hos nye patienter med kardiologiske lidelser – Akut Koronar Syndrom

¹ I overvejelserne om forventet restlevetid indgår to ting - jf. DSAM, [Den ældre patient, 2012, side 58](#):

• Den statistiske, gennemsnitlige restlevetid for en given alder (For en 75-årig mand/kvinde: 8,9/11,4 år. For en 95-årig mand/kvinde: 2,4/2,9 år)

• Et supplerende individuelt lægefagligt skøn. Brug fx følgende spørgsmål: Er patienten terminal? Har patienten: Fravalgt livsforlængende behandling? Fremskredent organsvigt eller demens? Multisygdom med udtalt reduktion af de daglige funktioner?

Symptomlindrende behandling – overvej effekt og alternativer

Lægemiddel	Hvornår kan seponering overvejes?	Kilder
Protonpump hæmmere (PPI)		
Esomeprazol Lansoprazol Omeprazol Pantoprazol Rabeprazol <i>Efter 4-8 uger</i>	Ved funktionel dyspepsi har syrehæmmende behandling kun en beskedent effekt i kortere tid. Symptomstyret behandling (pn) kan evt. anvendes. Efter 4-8 ugers behandling, ved reflux eller efter ophelelse af ulcus kan seponering forsøges, enten brat eller ved udtrapning. Ofte ses øget syresekretion (re-bound dyspepsi), og syreneutraliserende midler kan derfor anvendes i en periode efter seponeringen.	IRF, juni 2010: Rationel behandling af øvre dyspepsi
NSAID – fx:		
Ibuprofen Naproxen Diclofenac Etodolac <i>Efter få uger</i>	NSAID har ikke en generel plads i den kroniske smertebehandling pga. risiko for gastrointestinale (GI) bivirkninger og arterielle tromboter. Specielt hos ældre patienter og patienter med hjerte-karsygdom er effekt-bivirkningsforholdet særdeles ufavorabelt. Ibuprofen har laveste GI-risiko, og naproxen har laveste kardiovaskulære risiko. De bør foretrækkes ved behov for NSAID.	IRF, juni 2012: Anbefalinger for brug af NSAID
Stærke opioider – fx:		
Morfin (Contalgin®) Oxycodon Buprenorphin Fentanyl <i>Ved langvarig behandling af ikke maligne smerter</i>	Stærke opioider bør primært anvendes ved maligne smerter. Morfin præparater bør efter længere tids behandling aftrappes med ca. 10 % pr. uge. Hvis patienten kan tage tabletter, vælges et peroralt lægemiddel (fx tablet, kapsel), og smerteplastre seponeres. Plastre er dyre og forbundet med flere utilsigtede hændelser end perorale lægemidler.	DSAM, Den ældre patient, 2012, side 51 IRF's dosisberegner ved skift fra plaster til tabletter/kapsler
Midler mod demens		
Donepezil (Aricept®) Galantamin (Reminyl®) Memantin (Ebixa®) Rivastigmin (Exelon®) <i>Ved tvivl om effekt eller ved uacceptable bivirkninger</i>	Effekt og bivirkninger bør vurderes løbende (fx hvert ½-1 år) i samråd med pårørende/plejepersonale. Seponering bør ske ved uacceptable bivirkninger/tvivl om effekt. Den kliniske effekt ophører få uger efter seponering. Opfølgning bør derfor ske inden 4 uger. Ved markant forværring genoptages behandlingen. Hos svært demente, som er permanent sengeliggende og uden kommunikation, kan demensmedicin seponeres.	IRF, 2010, Midler mod demens National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens, SST, okt. 2013, afsnit 6 side 64 ff DSAM, Demens i almen praksis, 2006
Antidepressiva - fx		
Citalopram Sertraline Duloxetine (Cymbalta®) Venlafaxin Mirtazapin <i>Efter ½-1 år hos patienter, som kun har haft én depressiv periode</i>	Bør kun anvendes ved middelsvær og svær depression. Efter ½-1 år med symptomfrihed kan seponering forsøges hos patienter, som kun har haft én depression. Kommer der igen symptomer, fortsættes i yderligere ½ år på fuld dosis, før seponering forsøges. Ved flere depressioner inden for en kort årrække, bør behandlingen gives i længere tid inden seponering overvejes. Seponering sker normalt ved udtrapning. Dosis nedsættes hver 2. uge. Fx: Citalopram (SSRI): 60 mg, 40 mg, 30 mg, 20 mg, 10 mg og 0 mg. Duloxetine (SNRI): 120 mg, 90 mg, 60 mg, 30 mg og 0 mg. Mirtazapin (NaSSA): 45 mg, 30 mg, 15 mg og 0 mg.	DSAM, Den ældre patient, 2012, side 51 Claes Lundgren, FAS UT, 2010 IRF, 2007: Akut farmakologisk behandling af depression SST, Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, 2007, side 57-61
Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer		
Mod søvnbesvær – fx: -Nitrazepam -Zopiclon -Zolpidem <i>Efter 1-2 uger</i>	Effekt på søvn ophører efter 2 uger, mens bivirkningerne består (fx dagesedation og svimmelhed med øget faldtendens, kognitiv svækkelse). Efter kortvarig behandling (4-6 uger) seponeres over få dage. Ved længere behandling aftrappes gradvist over flere uger pga. risiko for abstinenssymptomer. Se IRF's nedtrapningsskema.	SST, Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, juni 2013, afsnit 4 IRF's Benzodiazepin nedtrapningsskemaer
Mod angst og uro – fx: -Diazepam -Oxazepam <i>Efter 4 uger</i>	Behandling bør ikke overstige 4 uger. Effekt på angst og uro svinder efter 3-4 mdr., mens bivirkningerne består. Ved kortvarig behandling (4-6 uger), seponeres over få dage. Ved længere behandling, aftrappes gradvist over flere uger pga. risiko for abstinenssymptomer. Se IRF's nedtrapningsskema.	SST, Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, juni 2013, afsnit 4 IRF's Benzodiazepin nedtrapningsskemaer

Få mere inspiration: [IRF, Rationel Farmakoterapi, nr. 7, 2014 "Seponering af medicin"](#) og [IRF's Rød-gul-grøn-liste](#)

Kontaktoplysninger: Region Hovedstaden: medicinfunktionen@regionh.dk, Region Midtjylland: Pia.Ehlers@stab.rm.dk, Region Nordjylland: hku@rn.dk, Region Sjælland: Imenheden@regionsjaelland.dk eller Region Syddanmark: kmg@rsyd.dk

Listen er udarbejdet af repræsentanter for de regionale lægemiddelkonsulenter og Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) samt en ph.d. studerende fra Københavns Universitet. Listen har været i høring hos udvalgte regionale lægefaglige konsulenter og kliniske farmakologer.