



Marevanbehandling i sykehjem

Denne veiledningen baserer seg på «Warfarinbehandling i praksis» utgitt av Dnlf 2010. Retningslinjene er modifisert for hverdagen i sykehjem. Den er laget til støtte for ferske leger i sykehjem i Bergen kommune, og skal ikke brukes i andre sammenhenger.

Dosering ved oppstart

Pasienter i sykehjem har ofte hjertesvikt og kan ha katabole tilstander og leversvikt. INR bør derfor som hovedregel måles før start av marevanbehandling. Dosene bør også ligge lavere i oppstart enn generelle anbefalinger.

Hvis INR apparat ikke er tilgjengelig på sykehjemmet;

- **1 tablett daglig i 1 uke, så ny INR for basis for videre dosering.**

Er INR apparat tilgjengelig kan marevanisering gjøres raskere (korttidspasienter);

- **2 tbl daglig i 2 dager, så ny INR for videre dosering.**

Bruk gjerne «Warfarinbehandling i praksis» som en støtte, men velg lavere doser og mer langsom opptrapping. Forsøk å estimere en ukedose etter 1-2 uker oppstart, og fordel dosen jevnt utover uken. Som ved all behandling i geriatrien: Start low go slow. Er det behov for rask antikoagulasjon (akutt trombose) dekkes med Fragmin eller Klexane inntil INR er i terapeutisk område. Konferer med erfaren kollega ved usikkerhet.

Dosering under vedlikeholdsfasen

Dosering – prinsipper:

- Unngå dosejustering når INR svinger i terapiområdet
- Dosejustering $>5-8\%$ av ukedose bør unngås
- Ved svingende INR – identifiser to INR-målinger med INR-verdier i målområdet (med minst 6 dager - helst 2-4 ukers - intervall). Ukedosen i perioden er ny ukedose
- **Pasienter med stabil INR, men som kommer utenfor terapeutisk område: forsøk å påvise årsaksforhold (infeksjon, interaksjoner, feildosering)**

Monitorering:

- INR måles hver 3. uke (kortere intervaller ved svingende INR)
- Ekstra INR-måling ved oppstart av nye medikamenter og aktuell sykdom
- Hyppigere kontroll ved dosejustering

Dosejustering:

INR $>0,5$ INR-enheter under nedre INR-grense:

- Ved «glemte» doser – gi ekstra marevan svarende til 50–100% av glemt(e) dose(r) over 1–2 dager – deretter uendret ukedose – INR-kontroll etter ca. 2 uker
- Dersom «glemte» doser kan utelukkes – gi én ekstra dagsdose – ukedose økes ca. 5 % – INR-kontroll etter ca. 2 uker

INR <0,5 INR-enheter under nedre INR-grense:

- Ved «glemte» doser – gi ekstra marevan svarende til 50–100% av glemt(e) dose(r) over 1–2 dager – deretter uendret ukedose – INR-kontroll etter 2–3 uker
- Dersom «glemte» doser kan utelukkes – øk ukedose <5% og INR-kontroll etter 2 uker

INR innen anbefalt INR-målet 2,5 (2,0-3,0) eller INR-målet 3 (2,5-3,5):

- Uendret ukedose

INR <0,5 INR-enheter over øvre INR-grense:

- Reduser ukedosen <5 % – INR-kontroll etter ca. 2 uker

INR 0,5–1,0 INR-enheter over øvre INR-grense:

- Gi 0 tabletter én dag – redusér ukedosen med ≤5% – INR-kontroll etter ca 1–2 uker

INR 4,0-5,0 (uten blødning)

- Gi 0 tabletter to dager – gjenoppta behandling med lavere dose (ca. 10%). Hyppig INR-kontroll inntil INR i terapeutisk område. Prøv å identifiser utløsende årsak. Reduser ukedosen mindre om årsak kan finnes og korrigeres.

INR 5,0–8,0 (uten blødning)

- Gi 0 tabletter to dager – gjenoppta behandling med lavere dose (ca. 20%). Hyppig INR-kontroll inntil INR i terapeutisk område. Prøv å identifiser utløsende årsak. Reduser ukedosen mindre om årsak kan finnes og korrigeres.

INR > 8,0 (uten blødning)

Seponer marevan, vurder peroralt vitamin K₁ (1-3 mg). Monitorer INR hyppig. Gjenoppta marevanbehandling med lavere doser når INR er i terapeutisk område.

Blødning under pågående marevanbehandling

Liten blødning (neseblødning, hematomer, oa)

- Avbryt marevanbehandlingen i 2 dager. Evt. gi 1–2 mg vitamin K₁ (konakion)

GI-blødning hos stabil pasient

- Avbryt marevanbehandlingen og gi 1–3 mg vitamin K₁ (konakion). Konferer med erfaren kollega mtp videre håndtering av pasienten.

Hjerneblødning og annen alvorlig blødning *uansett INR-nivå*:

- Akutt sykehusinnleggelse

Fallende Hb under marevanbehandling

- Vurder om pasienten kan ha pågående GI-blødning som årsak til anemi. Undersøk abdomen. Ta Hemofec x 3. Vurder medikamentinteraksjoner. Evt utred for kreftsykdom i GI-traktus om pasienten kan tenkes å tåle behandling for dette. Vurder seponering av marevan.

Interaksjoner

Marevan interagerer med en rekke medikamenter. Her nevnes de viktigste. Følg med på interaksjonsvarsler ved foreskrivning av marevan, og ved medikamentendringer hos pasienter som bruker marevan. Vær restriktiv ved spørsmål om bruk av naturpreparater til pasienter som bruker marevan. *NSAIDS hos marevaniserte sykehjemspasienter er absolutt kontraindisert!*

Økt INR

Antibiotika (særlig bredspektrede): Hemmer produksjon av K-vitamin i tarmen
Azitromax, Ciproxin, Erytromycin, Baktrim: Hemmer metabolismen av marevan
Høye doser paracetamol

Økt blødningsrisiko av annen årsak

ASA/Plavix: Hemmer blodplatefunksjonen. Kombinasjonen gir økt blødningsrisiko.
Kombinasjonsbehandling kan være aktuelt ved stenter, men krever nøye kontroll av INR.
NSAIDS: Kan skade mage-/tarmslimhinne og gi blødning
Prednisolon: Høye doser kan skade mage-/tarmslimhinne
Fragmin/Klexane: Kombinasjon gir økt effekt og blødningsfare. Brukes kun sammen ved oppstart og INR under terapeutisk område.

Redusert INR (induksjon av metabolisme)

Fenemal, Tegretol, Johannesurt

DVT

Ved DVT (og lungeemboli) gis Fragmin eller Klexane sammen med Marevan inntil INR er i terapeutisk område (2,0-3,0). Behandlingen bør fortsette i minst 3 måneder, ved proksimale/mer alvorlige DVT forlenges behandling inntil 1 år. Ved residiv varig behandling.

Atrieflimmer

Marevanbehandling reduserer risikoen for hjerneslag med ca. 2/3. ASA gir en reduksjon i risikoen for hjerneslag på omkring 20 %. I tillegg blir hjerneslag mindre alvorlige ved riktig antikoagulasjon. CHADS2 og liknende scoringssystemer kan være til hjelp når en vurderer om pasienten skal antikoaguleres, men på sykehjem vil det i praksis bety at alle i utgangspunktet skal antikoaguleres med marevan eller nye antikoagulantia. Vurderingen blir om pasienten samarbeider ved medikamentinntak og prøvetaking, og om pasientens livskvalitet vil bli forverret ved et hjerneslag.

PCI/stent

Ved stent når marevanbehandling er indisert kan kombinasjonsbehandling med platehemmer være nødvendig for å unngå at stenten går tett. Dette er vurderinger kardiolog bør gjøre.