

**September  
2025**

**Kortfattet  
information om  
lægemidler**

# Nyhedsbrev >45

## Kære kollega

Læs her om følgende:

- **Risiko for leverpåvirkning ved oral vs. subkutan methotrexat**
- **Interaktion mellem vaginal estradiol for atrofisk vaginitis og lamotrigin**
- **Håndtering af medicin i restordre**
- **Risiko for diabetes ved behandling med statiner**
- **Anvendelse af Wegovy (semaglutid) ved tidligere akut galdestensudløst pankreatitis**
- **Behandling af gravide og ammende med familiær hyperkolesterolæmi**

Hvis et eller flere emner vækker din interesse, kan du kontakte os og få tilsendt en uddybende kopi af det specifikke svar. Har du selv spørgsmål om konkrete problemstillinger med lægemidler, så ring eller send os en henvisning.

Vi er samarbejdende afdelinger, der er her for at hjælpe dig, ved at tilbyde evidens- og forskningsbaseret baggrundsviden og seneste nyt indenfor Klinisk Farmakologi.

*Links fungerer bedst i Chrome eller Edge.*

## God læsning

### **Eva Aggerholm Sædder**

Cheflæge, Klinisk Farmakologi, Aarhus &

### **Birgitte Klindt Poulsen**

Cheflæge, Klinisk Farmakologisk Enhed, Aalborg

## Risiko for leverpåvirkning ved oral vs. subkutan methotrexat (12499)

Methotrexat gives peroralt som standard, men subkutan behandling kan være indiceret ved utilstrækkelig effekt eller bivirkninger. Biotilgængeligheden er højere og mere stabil ved subkutan administration, men der er ikke konsensus om bedre klinisk effekt.

Leverpåvirkning er en hyppig bivirkning til methotrexat, og ved markant ALAT-stigning anbefales generelt dosisreduktion eller seponering. Risikoen for ALAT-stigning synes dog højere ved peroral end subkutan methotrexatbehandling. Det er bl.a. vist i et randomiseret fase 4-studie, hvor 4,3% oplevede ALAT-stigning ved oral behandling mod 1,6% ved subkutan samt i et observationelt studie, hvor abnorme levertal blev fundet hos 12% af peroralt behandlede sammenlignet med 7% subkutant behandlede. Dette kan skyldes, at oral administration medfører passage gennem leveren og dermed større initial levereksponering, hvorimod subkutan administration omgår first-pass metabolisme og belaster leveren i mindre grad.

## Interaktion mellem vaginal estradiol for atrofisk vaginitis og lamotrigin (12740)

Interaktion mellem lamotrigin og systemisk optaget estradiol er kendt, hvor systemisk estradiol kan inducere glukuronidering medførende øget clearance af lamotrigin og dermed øget risiko for gennembrud af epileptiske anfald. Behandling med vaginalt estradiol for atrofisk vaginitis, fx Vagifem®, medfører imidlertid minimal systemisk absorption, og en klinisk relevant interaktion vurderes derfor usandsynlig. I et studie af 10 µg vaginal estradiol to gange ugentligt forblev estradiolniveauet efter 12 uger inden for normalområdet for postmenopausale kvinder. Til sammenligning er der i et mindre studie med vaginal præventionsring indeholdende et højere østrogenindhold (ethinylestradiol 15 µg/24 t) vist 36–70% lavere lamotrigin-koncentration hos fem ud af seks patienter. Rutinemæssig monitorering eller dosisjustering af lamotrigin vurderes derfor ikke nødvendig ved samtidig brug af vaginalt estradiol for atrofisk vaginitis.

**Er din patient i  
behandling med  
flere lægemidler?**

Tjek for interaktioner på  
DynaMedex eller  
UpToDate

## Muligheder, når medicin er i restordre (12735)

Restordre opstår, når et lægemiddel ikke kan leveres i tilstrækkelig mængde, fx pga. produktionsproblemer eller øget efterspørgsel. Man kan få et overblik over aktuelle lægemidler i restordre på [restordre.dk](http://restordre.dk). Der skal dog gøres opmærksom på, at [restordre.dk](http://restordre.dk) ikke altid vil være opdateret ift. alle lægemidler, der er i restordre.

Apoteket må ikke substituere fra en recept på et lægemiddel, der er i restordre, til et andet lægemiddel uden for substitutionsgruppen. Som altid kan der dog frit substitueres indenfor samme substitutionsgruppe. I mange tilfælde kan der desuden findes en løsning ved at skifte til en anden styrke, formulering eller et lægemiddel med tilsvarende virkning på en ny recept. Det kan også være relevant at forhøre sig om lokale lagre på lokale apoteker. Hvis der ikke findes et registreret alternativ, kan der søges udleveringstilladelse hos Lægemiddelstyrelsen via ansøgningseskema, som giver mulighed for import af ikke-markedsførte lægemidler. SAD-præparater (sygehus fremstillede lægemidler, der er markedsførte) kan i særlige tilfælde også anvendes. Regionen kan desuden ansøge om fælles regionale udleveringstilladelser, så praktiserende læger kan ordinere fælles alternativer uden selv at skulle søge for hver patient (se oversigt over tilgængelige udleveringstilladelser på [sundhed.dk](http://sundhed.dk)). Ordination og recept af lægemidler på regional udleveringstilladelse oprettes via FMK-online. Restordreproblematikker kan dog også være en oplagt mulighed for at revurdere behandlingsindikationen, så behandlingen i nogle tilfælde kan ændres eller seponeres.

## Risiko for diabetes ved behandling med statiner (12684)

Statiner kan give en mindre stigning i HbA1c og i sjældne tilfælde medføre, at patienter med HbA1c tæt på grænseværdien derpå opfylder diagnosekriterierne for diabetes. De fleste studier indikerer, at der er tale om en klasseeffekt for statiner, men enkelte studier anfører, at risikoen er mindre ved brug af pravastatin, som dog også har en mindre kolesterolsænkende effekt end f.eks. atorvastatin og rosuvastatin. Den øgede diabetesrisiko er marginal sammenlignet med den dokumenterede reduktion i kardiovaskulære hændelser ved statiner, hvorfor behandlingen som udgangspunkt bør fortsætte. Ezetimib er et alternativ til statiner uden dokumenteret effekt på HbA1c, men er mindre effektiv og anvendes ofte som tillæg. Monitorering af HbA1c anbefales ved høj-dosis statinbehandling hos patienter med disposition for diabetes.

## Anvendelse af semaglutid ved tidligere akut galdestensudløst pankreatitis (12708)

Semaglutid er i produktresuméet angivet forbundet med en mulig lille risiko for akut pankreatitis (0,2% semaglutid mod 0,0% ved placebo), og præparatet anbefales derfor ikke genopstartet efter verificeret pankreatitis. Evidensen for en øget risiko er dog sparsom, og nyere store studier har ikke genfundet højere forekomst af pankreatitis ved semaglutid end ved placebo. Risikoen for galdesten og galdevejssygdomme synes let øget ved behandling med semaglutid, men dette ses også ved overvægt og hurtigt væggtab, uanset behandling. Fjernelse af galdeblæren reducerer risikoen for galdesten, men eliminerer den ikke. Hos patienter med tidligere pankreatitis-historik er der manglende data for sikkerhed ved semaglutid-behandling, og re-introduktion af semaglutid bør derfor bero på en individuel vurdering af fordele og risici sammenlignet med andre væggtabsbehandlinger.

## Behandling af gravide og ammende med familiær hyperkolesterolæmi (12620)

Hos gravide med familiær hyperkolesterolæmi (FH) frarådes statiner, ezetimib og PCSK9-hæmmere på grund af usikkerhed om fostersikkerhed, mens behandling med anionbyttere og/eller plasma LDL-aferease kan anvendes ved homozygot FH. International litteratur beskriver dog, at statinbehandling i særlige højrisiko tilfælde kan fortsættes, især med hydrofile statiner som pravastatin, hvor nyere studier ikke har vist øget risiko for misdannelser. FDA har derfor fjernet statiner fra kategorien "kontraindiceret" under graviditet, men brugen bør fortsat bero på en individuel risikovurdering. Under amning anbefales anionbyttere og/eller LDL-aferease, da statiner kan udskilles i modermælk og potentielt påvirke spædbarnets lipidmetabolisme, selvom eksponeringen sandsynligvis er lav. Hvis statinbehandling opretholdes, bør barnet ikke ammes, men i stedet ernæres med modermælkserstatning.

Rådgivningen  
er vederlagsfri  
for alle læger i  
Region Nordjylland  
og Region Midtjylland.

## Kontakt

**Vagthavende 7846 3666**

hverdage 8:00 – 15:00

Henvisning til lok.nr.

5790001987145

Yderligere information:

[farmakologi.au.dk](http://farmakologi.au.dk)

