

An illustration at the top of the page features two medicine bottles with crosses on them, several pills, a white ECG line, and three stylized human figures in the background, all in a light teal color against a darker teal background.

NSAID

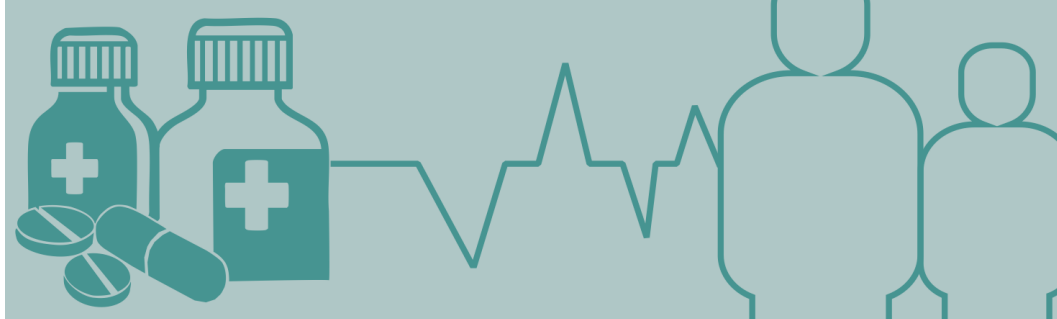
– I lavest mulige dosis i kortest mulig tid

Brug af NSAID-præparater øger risikoen for gastrointestinal blødning, nyreinsufficiens og hjerte-kar-sygdom (fx AMI, hjerteinsufficiens, AFLI og hypertension).

Risikoen stiger med dosis og behandlingsvarighed. Ældre er særligt følsomme - især for alvorlige gastrointestinale bivirkninger.

Risikoen for nyreinsufficiens er størst ved præeksisterende nyre-, lever- og hjerteinsufficiens. Risikoen for hjerte-kar-sygdom gælder også for hjerteske, men den absolutte risikoøgning er størst ved eksisterende hjerte-kar-sygdom.

- NSAID bør kun anvendes i lavest mulige dosis, kortest mulig tid
- Ibuprofen (≤ 1200 mg dgl.) er førstevalg. Ved patienter med høj risiko for kardiovaskulær sygdom kan lavdosis naproxen (≤ 500 mg dgl.) også anvendes
- Undgå så vidt muligt NSAID til kroniske smerter
- Undgå så vidt muligt NSAID til ældre (>65 år)
- Ved smerter med inflammatorisk komponent (f.eks. arthritis urica) kan kortvarig behandling med NSAID være indiceret
- Forsigtighed ved anvendelse af NSAID hos patienter med risikofaktorer for gastrointestinal blødning. Kombiner med lavdosis PPI til disse patienter
- Bør ikke anvendes til patienter med kendt hjertesygdom og/eller $GFR < 30$ ml/min
- Risikoen for gastrointestinal blødning øges ved kombination med antitrombotika, herunder ASA, prednisolon og SSRI



UDDYBENDE INFORMATION

Præparater

Ibuprofen (og naproxen) er førstevalg, derfor omtales øvrige præparater ikke, men der findes mange NSAID på det danske marked.

Indikationer

NSAID bør så vidt muligt ikke benyttes fast ved kroniske smerter pga. den gastrointestinale og kardiovaskulære risiko. Ved non-inflammatoriske tilstande er den smertestillende virkning af NSAID på niveau med paracetamol [10]. I tilfælde af smerter med inflammatorisk komponent, f.eks. arthritis urica, og til behandling af nyrestensanfald kan kortvarig behandling med NSAID være indiceret. Lægemidlet bør i så fald anvendes i lavest mulige effektive dosis i kortest mulig tid [7, 10].

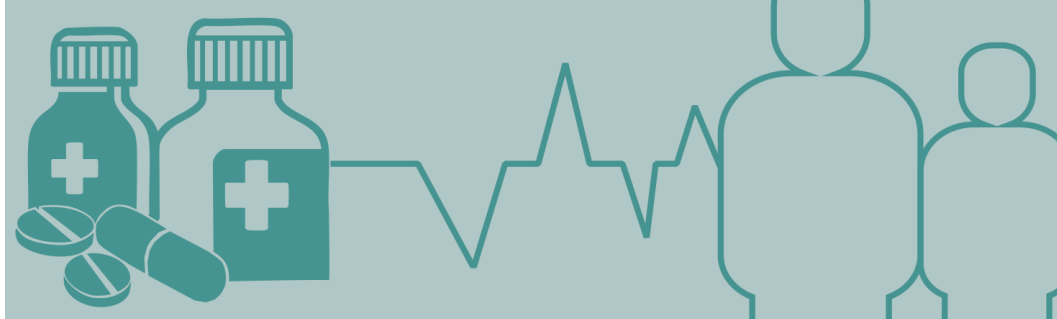
Der er ikke sikker forskel i effekt af de enkelte NSAID-præparater, men derimod i bivirkningsprofilen [2,10]. Ibuprofen ≤ 1200 mg dgl. er førstevalg pga. bivirkningsprofil og pris [1,6].

Bivirkninger

Hos patienter med erkendt hjerte-kar-sygdom frarådes behandling med NSAID generelt, da denne medfører forøget risiko for arteriel trombose, forværring af hjerteinsufficiens, AFLI og blodtrykstigning. Behandlingen er kontraindiceret ved svær hjerteinsufficiens (NYHA klasse IV). Det tilrådes at udvise tilbageholdenhed hos patienter med høj risiko for hjerte-kar-sygdom (patienter med hypertension, hyperlipidæmi, diabetes eller ved tobaksrygning) [3,11].

Hvis kortvarig behandling er nødvendig hos disse patienter, kan lavest mulige dosis af ibuprofen (≤ 1200 mg dgl.) eller naproxen (≤ 500 mg dgl.) benyttes, da den kardiovaskulære risiko ved disse lægemidler er lavest. Derimod medfører særligt diclofenac og coxib, men også højdosis ibuprofen (> 1200 mg dgl.) signifikant øget risiko for arteriel trombose eller død, også hos hjerteraske [3,11].

Baggrunden for anbefalingen af ibuprofen og naproxen til hjertepatienter er et dansk registerstudie fra 2011, hvor man har undersøgt forekomsten af død eller fornyet AMI i relation til NSAID-behandling hos patienter, som tidligere havde haft et AMI. Der indgik i alt over 83.000 patienter, og det blev konkluderet, at risikoen for død i forbindelse med NSAID-behandling er forøget allerede fra starten af behandlingen for de fleste NSAID-præparater. For ibuprofen sås en relativ risiko på omkring 1,5 (1-1,9).



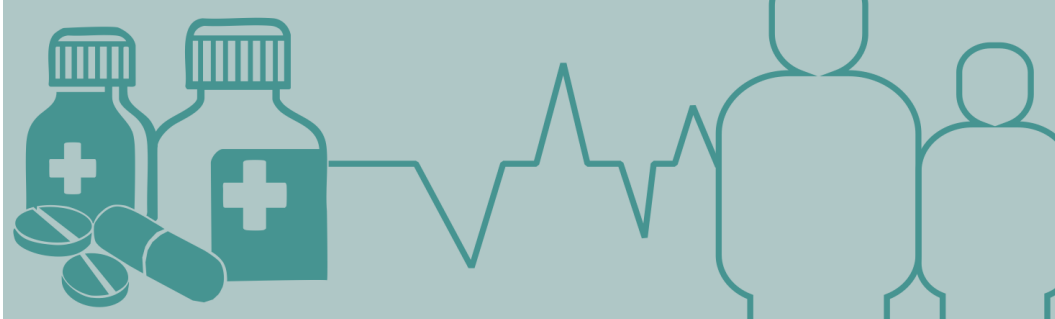
Dette svarer til 0,4-0,6 ekstra dødsfald eller fornyet AMI pr. 1000 personår. For naproxen fandt man en relativ risiko svarende til ibuprofens, dog ikke statistisk signifikant. For diclofenac var den relative risiko mere end fordoblet [5].

Ved svær nyreinsufficiens (GFR <30 ml/min) er NSAID- behandling ligeledes kontraindiceret. NSAID-præparater kan forårsage aftagende nyrefunktion eller endda akut nyreinsufficiens, især hos patienter med kendt nyre-, lever- og hjerteinsufficiens. Akut nyreinsufficiens kan ses allerede i løbet af den første uges behandling, og risikoen øges ved samtidig brug af ACE- hæmmere/Angiotensin II-antagonister og alle typer diuretika. Påvirkning af nyrefunktionen er set så tidligt som inden for de første 72 timers behandling, og følgelig tilrådes forsigtig hed ved brug af NSAID-præparater til patienter med nedsat nyrefunktion (GFR < 60 ml/min). Tilsvarende bør behandlingen være så kortvarig som muligt, og patienterne bør monitoreres med creatininmåling løbende [4,8-10].

Praktisk omkring behandlingen

Ved behov for kortvarig behandling hos personer med høj risiko for ulcus (ældre, samtidig behandling med prednisolon, antitrombotika eller SSRI, svær systemsygdom eller tidligere ulcus) bør behandlingen kombineres med en protonpumpehæmmer i lav dosering [7, 10].

Ibuprofen kan muligvis hæmme den tromboseprofylaktiske effekt af lavdosis acetylsalicylsyre (ASA). Ved fast behandling med ibuprofen anbefales det at indtage ASA mindst 2 timer før ibuprofen [4]. Lavdosis ASA som tromboseprofylakse kan ikke erstattes af NSAID [10]. Kombinationen af NSAID og ASA øger desuden risikoen for gastrointestinal blødning [4].



Referencer

1. Basisliste RM (8/2-2023)
2. Nationale rekommandationer for Kronisk Nociceptive Smerter, Indsatser for Rationel Farmakoterapi. 2018. www.irf.dk
3. NSAID behandling hos patienter med hjertekarsygdom. Holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab. 2016. www.cardio.dk
4. Produktresuméer for ibuprofen, naproxen og hjertemagnyl. www.produktresume.dk (8/2-2023)
5. Olsen AM et al. Duration of treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and impact on risk of death and recurrent myocardial infarction in patients with prior myocardial infarction: a nationwide cohort study. Circulation. 2011 May 24;123(20):2226-35
6. Smerteguiden, IRF 2019
7. Månedssblad for rationel farmakoterapi. Sundhedsstyrelsen. Marts 2019. Håndtering af nyresten i almen praksis.
8. Lægemedeldosering ved nedsat nyrefunktion og anvendelse af eGFR. Rationel farmakoterapi nr. 5, 2012. Indsatser for Rationel Farmakoterapi. www.irf.dk
9. Aminoshariae A, Kulild JC, Donaldson M. Short-term use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and adverse effects: An updated systematic review. J Am Dent Assoc. 2016 Feb;147(2):98-110
10. NSAID. www.pro.medicin.dk(citeret 8/2-2024)
11. Kardiovaskulære risici ved behandling med nonsteroidale antiinflammatoriske lægemidler. Ugeskr Læger. 2016; 178

Udarbejdet i regi af projektet Medicin i Midt i 2017.

Faglig opdateret af Medicinteamet i MidtKraft i 2024.