

Faglige anbefalinger for:

## BEHANDLINGSPAUSER VED ELEKTIVE OPERATIVE INNGREP FOR MEDIKAMENTER AKTUELLE VED JIA.

Det er vanlig å vurdere behandlingspause i sykdomsmodifiserende antirevmatiske medikamenter (DMARDs) ved planlagt kirurgi hos personer med juvenil idiopatisk artritt (JIA). Årsaken til dette er at DMARDs kan gi økt risiko for postoperative infeksjoner samt mulig påvirkning av sårtilheling. Kunnskapsgrunnlaget for DMARDs innvirkning på postoperativ infeksjonsrisiko og sårtilheling er begrenset. Anbefalinger om behandlingspause ved operative inngrep hviler i hovedsak på klinisk erfaring og praksis fra større ortopediske inngrep. Det foreligger anbefalinger utviklet for voksenrevmatologi, mens det innen barnerevmatologifeltet ikke foreligger slike anbefalinger. Behandler må derfor utvise klinisk skjønn og tilpasse anbefalt behandlingspause ved elektiv kirurgi for barn med JIA som bruker DMARDs. Ved mindre inngrep som tonsillektomi, vil en anbefale kortere behandlingspause enn ved større inngrep. I tillegg vil faren for sykdomsoppbluss og sykdommens alvorlighetsgrad, innvirke på den anbefalte behandlingspausen behandler gir. I vurderingen bør også medikamentdose og behandlingsintervall inngå. For eksempel ved adalimumab, hvor medikamentdose/kg varierer i stor grad. Ved leddpunksjon er behandlingspause ikke nødvendig.

Med denne bakgrunnen vil anbefalinger om behandlingspause ved planlagte elektive operative inngrep ved JIA naturlig nok kun være veiledende. I den faglige anbefalingen ligger det enkeltes medikaments halveringstid i hovedsak til grunn og er oppsummert i Tabell 1 (side 2). Generelt anbefales restart av DMARDs 1-2 uker postoperativt ved god sårtilheling.

### Kilder

Nasjonal veileder i revmatologi ([www.norskrevmatologi.no](http://www.norskrevmatologi.no))

Rekommendationer for utsætning av antireumatiska läkemedel vid elektiv reumakirurgi ([www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se))

Oslo november 2020

Revidert av Pernille Bøyesen, overlege og rådgivende lege i NAKBUR.

Med utgangspunkt i retningslinjer fra 2015 ved overlege Helga Sanner, godkjent av NAKBURs referansegruppe nov. 2015

**Tabell 1. Oppsummering av behandlingspause ved elektiv kirurgi<sup>1</sup>.**

Virkestoff	Salgsnavn®	Preoperativ seponering (tid fra siste dose til inngrep) <sup>1</sup>	Postoperativ restart
<b>Konvensjonelle syntetiske DMARDs (csDMARDs)</b>			
Metotreksat	Methotrexate, Metex, Ebetrex.	Ingen pause nødvendig	
Sulfasalazin	Salazopyrin.	Ingen pause nødvendig	
<b>Biologiske DMARDs (bDMARDs)</b>			
<b>Tumor nekrose faktor hemmere (TNF-i)</b>			
Etanercept	Enbrel Benepali	1 uke	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
Adalimumab	Humira Hyrimoz	2 uker (Individuell vurdering opp til 4 uker ved høy mg/kg)	
Infliksimab	Remicade Inflectra Remsima Zessly Flixabi	4-8 uker	
Certolizumab pegol	Cimzia	2 uker	
Golimumab	Simponi	4 uker	
<b>Interleukin-1 reseptor hemmer (IL1 hemmer)</b>			
Anakinra	Kineret	1 dag	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
Canakinumab	Ilaris	4-8 uker	
<b>Interleukin-6 reseptor hemmere (IL6 hemmer)</b>			
Tocilizumab	RoActemra	Inf: 4 uker S.c.: 1 uke	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
<b>Modulator av T-celle kostimulering</b>			
Abatacept	Orencia	Inf: 4 uker S.c.: 1 uke	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
<b>B-celle lyse via CD20 aktivering</b>			
Rituksimab	MabThera Rixathon	Så langt fra infusjon som mulig, > 4mnd	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
<b>Måltrettede syntetiske DMARDs (tsDMARDs)</b>			
<b>Januskinase hemmer (JAK-hemmer)</b>			
Tofacitinib	Xeljanz	1 uke	1-2 uker etter inngrep, ved tilhelet sår.
Baricitinib	Olumiant	1 uke	

<sup>1</sup> Anbefalte behandlingspauser er utarbeidet for større operative inngrep og basert hovedsakelig på medikamentenes halveringstid. Ved en totalvurdering av inngrepets art, risiko for sykdomsoppbluss mm kan kortere behandlingspauser anbefales.