

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 10.06.2016/10.06.2017
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Revmatologisk avdeling	Versjon: 5.00
Godkjenner: Clara Gram Gjesdal	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Clara Gram Gjesdal	Dok.id: D19513

Det foreligger lite evidens baserte anbefalinger om hvordan legemidlene skal brukes før operative inngrep f. eks leddproteser, mindre ortopediske inngrep kreftkirurgi mv. Det anbefales tilbakeholdenhet med denne type medikamenter i tiden like før og etter planlagte inngrep pga risiko for infeksjon.

Biologiske medikamenter bør seponeres minst 1 uke før og inntil 1 uke etter kirurgi (level C* evidens) ¹⁻⁵

Man bør vurdere seponeringsintervallet i forhold til

- farmakokinetiske egenskaper ved det enkelte medikamentet
- type kirurgi. Mindre inngrep fordrer ikke seponering (e.g., katarakt operasjon). Det er ikke konsistente evidenser for anbefalinger i forhold til seponering av syntetiske DMARD ved kirurgi.

I tabellen under gis anbefalinger for bruk av de ulike legemidlene før operative inngrep. Legemidlene bør generelt sett ikke gis siste 2 uker før større operasjoner (f.eks protese- eller rygg-kirurgi, kreftkirurgi). Ved mindre inngrep, f.eks artroskopi, dose bør siste dose ikke settes siste uke før inngrepet. Ved tvil må revmatolog kontaktes

Behandling bør gjeninnsettes så snart som mulig postoperativt, vanligvis innen 2-4 uker, forutsatt ukomplisert sårtilheling og fravær av infeksjon. Suturer bør være fjernet.

Medikamenter	Behandlingsprinsipp	Doseintervall	Tid siden siste dose før større inngrep -*	Tid siden siste dose før mindre inngrep-**
Cimzia	TNF-hemmer	2 uker	2-4 uker	1 uke
Enbrel	TNF-hemmer	1 uke	2 uker	1 uke
Humira	TNF-hemmer	2 uker	2 uker	1 uke
Remicade	TNF-hemmer	6 – 8 uker	> 4 uker etter siste dose	3 uker
Simponi	TNF-hemmer	1 mnd	4 uker	2 uker
MabThera	B-celle hemmer	4-9 mndr	*** >3 mndr etter siste behandling	Ingen restriksjoner
Orencia	T-celle hemmer	4 uker	4 uker	2 uker
Roactemra	Interleucin 6 hemmer	4 uker	4 uker	2 uker

* Ortopedisk kirurgi: innsetting av implantater (f. eks ledd, rygg), andre inngrep med økt infeksjonsrisiko. Annen kirurgi: karkirurgi, kreftkirurgi (alle typer med unntak av mindre hud operasjoner) Øye: Intraokulære operasjoner, ØNH: Tonsillektomi. Nevrokirurgi: Intrakranielle operasjoner, ryggoperasjoner. Plastikkirurgi: Større rekonstruksjoner.

**Mindre ortopediske inngrep: varighet < 1 time. F. eks artroskopiske inngrep.

*** Kirurgi bør skje FØR MabThera-behandling. Hvis kirurgi må foregå i perioden etter en behandling, bør kirurgien utsettes til B-cellene er normalisert, vanligvis

3-6 måneder etter siste behandling.

1. Saag KG, Teng GG, Patkar NM et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;59:762-84.
2. Dixon WG, Watson K, Lunt M, Hyrich KL, Silman AJ, Symmons DP. Rates of serious infection, including site-specific and bacterial intracellular infection, in rheumatoid arthritis patients receiving anti-tumor necrosis factor therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Arthritis Rheum* 2006;54:2368-76.
3. Bibbo C, Goldberg JW. Infectious and healing complications after elective orthopaedic foot and ankle surgery during tumor necrosis factor-alpha inhibition therapy. *Foot Ankle Int* 2004;25:331-5.
4. den Broeder AA, Creemers MC, Fransen J et al. Risk factors for surgical site infections and other complications in elective surgery in patients with rheumatoid arthritis with special attention for anti-tumor necrosis factor: a large retrospective study. *J Rheumatol* 2007;34:689-95.
5. Giles JT, Bartlett SJ, Gelber AC et al. Tumor necrosis factor inhibitor therapy and risk of serious postoperative orthopedic infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;55:333-7.