

MEDIACIN

Nr 7/17 27 april

Ingen nytta av behandling med natriumkloridkapslar vid kronisk hyponatremi

Originalartikel från janusinfo.se, publicerad juni 2016, Stockholms läns läkemedelskommitté

Sammanfattning

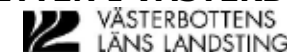
Hos patienten med lätt hyponatremi och misstänkta symtom, se över läkemedelslistan. Överväg differentialdiagnoser. Samma sak gäller vid måttlig hyponatremi utan symtom eftersom dessa patienter riskerar att bli symtomatiska vid vissa ”stresstillstånd”.

Orsaken till läkemedelsutlöst hyponatremi är vanligtvis vätskeöverskott och inte natriumbrist. Behandling med vätskerestriktion hos symtomatiska patienter rekommenderas i första hand. Nyttan av substitution med natriumkloridkapslar saknas då någon reell brist på natrium inte föreligger hos majoriteten av patienter med kronisk lätt hyponatremi.

I Västerbotten fick 175 personer natriumkloridkapslar/tabletter utskrivet 2016. Med rätt diagnos och noggrann genomgång av patientens aktuella läkemedel föreligger det sällan något behov av natriumkloridkapslar.

MEDICINSKT MAGASIN UTGIVET AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I VÄSTERBOTTEN

Utkommer varannan vecka. Sökväg: vll.se och [linda /Vård /Läkemedel/](mailto:linda@vll.se)



REDAKTION: Läkemedelskommitténs kansli
ANSVARIG UTGIVARE: Bo Sundqvist
REDAKTÖR: Magdalena Öhlund 090-785 31 96
Nästa nummer utkommer torsdag 11 maj med
calendariuppgifter för veckorna 20 och 21 2016

Bidrag ska vara redaktionen tillhanda senast måndag 8 maj kl 12.00 till magdalena.ohlund@vll.se eller fax: 090-12 04 30 Postadress: Magdalena Öhlund, Läkemedelscentrum, NUS, 901 85 Umeå

Bakgrund

Kronisk hyponatremi i plasma (P) < 135 mmol/l med duration > 48 timmar) är den vanligast förekommande elektrolytrubbningen hos äldre personer.

P-natrium < 126 mmol/l, ses hos cirka 5 procent av inneliggande patienter. Kronisk hyponatremi kan orsakas av läkemedelsbehandling och beror i regel på en ökning av anti-diuretiskt hormon, ADH. Cirka 15 procent av de sjukhusvårdade patienterna med hyponatremi har en samtidig hyperglykemi. Hyperglykemi ger en förflyttning av vatten från intracellulär till extracellulärvätskan vilket orsakar en utspädningshyponatremi. En annan orsak till hyponatremi är primär (psykogen) polydipsi som kan orsaka en lätt hyponatremi.

I samband med annan stress, till exempel infektion, ökat vätskeintag (alkohol), hypertermi, gastroenterit med mera reagerar kroppen ibland paradoxalt med ökat ADH-påslag (syndrome of inappropriate ADH secretion, SIADH), och patienten blir då symtomatisk på grund av sjunkande P-natrium.

Läkemedel som kan orsaka hyponatremi och SIADH är framför allt selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI, och andra antidepressiva medel, antiepileptika, diuretika, framför allt tiazider, protonpumpshämmare, ACE-hämmare och mera sällsynt ARB, NSAID och opiater. Det är vanligt att flera läkemedel i gruppen ovan bidrar. Symtom vid milda former ner mot 125 mmol/l kan vara kognitiv

påverkan, gångsvårigheter, huvudvärk, illamående, och vid svåra former med P-natrium < 120 mmol/l sänkt vakenhet, apati, muskelkramper, muskelsvaghet, och slutligen hjärnödem.

Hyponatremi (P-natrium < 130 mmol/l) är relativt vanligt hos äldre **tiazidbehandlade patienter**. Orsaken kan vara inslag av natriumbrist och ADH-påslag och i regel bör tiaziden sättas ut i detta läge även om symtom saknas. Patienter med hyponatremi orsakad av hjärt- eller leversvikt ska inte heller ha behandling med natriumkloridtabletter även om diuretika ges i relativt hög dos.

Vid njursvikt förekommer ökade natriumförluster i enstaka fall. Dessa patienter ska substitueras med natriumbikarbonat i första hand. Diskussion med njurmedicinsk expertis rekommenderas.

Ovanliga orsaker till hyponatremi är binjurebarksvikt och hypotyreos. I dessa fall ska man ge långtidsbehandling med hormonsubstitution. Diskussion med endokrinolog rekommenderas.

Kronisk lätt-måttlig hyponatremi utan symtom innebär som framgår ovan en viss risk för att patienten kan försämras och bli symtomatisk i vissa situationer. Tillståndet förebyggs av uppmärksamhet och utsättning eller i vissa fall dosreduktion av misstänkt preparat. Det är vanligt att patienterna står på flera läkemedel som kan påverka P-natrium via ADH. Fynd av P-natrium < 130 mmol/l bör alltid föranleda särskild läkemedelsgenomgång. Hos personer utan säker förklaring till lätt-måttlig

CALENDARIUM

MEDICORUM BOTNIAE OCCIDENTALIS

Calendarium tar upp t.ex. föreläsningar, kurser, disputationer och andra evenemang av medicinskt intresse i hela Västerbotten – bidrag mottages tacksamt!

När inte annat anges är platsen NUS

hyponatremi får man någon gång acceptera sänkta värden och möjligen har dessa individer en något avvikande osmotisk reglering.

Kronisk läkemedelsorakad hyponatremi ska inte behandlas med peroralt natriumtillskott i form av natriumkloridkapslar oavsett om symtom föreligger eller ej. Svårt symtomatiska patienten ineliggande på sjukhus kan dock kräva *långsam* natriumkloridinfusion under en till två dagar med noggrann monitorering av natrium.

Utredning – behandling

Läkemedelsgenomgång. (SSRI, anti-epileptika, diuretika, neuroleptika, ACE-hämmare eller protonpumpshämmare). Kan preparatet sättas ut eller ersättas av annat?

Fortsatt utredning: U-osmolalitet, S-osmolalitet, U-natrium och utifrån klinik TSH, fritt T4, samt S-kortisol. Vid SIADH är U-natrium ofta > 40 mmol/l, U-osmolalitet > 100 mosm/l och S-osmolalitet är sänkt.

Vid SIADH eller psykogen polydipsi ses inte heller tecken till övervätskning som vid hjärtsvikt, hypervolem hyponatremi, patienten är inte heller hypovolem med hypotoni. Blandformer kan finnas.

Om hyponatremi kvarstår och patienten har symtom är strikt vätskerestriktion och inte peroral natriumklorid den behandling som ska påbörjas. Inom slutenvården ordinerar man max 800–1 000 ml per dygn. Natriumvärdet stiger vanligtvis efter 2–4 dagar. Då kan ett högre intag accepteras, cirka 1 200 ml, under fortsatt kontroll av P-natrium. I öppen vård kan en försiktigare grad av vätskerestriktion tillämpas där totalintaget kan begränsas till 1 200 ml/dygn. Vätskerestriktion kan

ibland vara svår att genomföra och inte heller alltid ha önskad effekt. Ett nytt läkemedel för patienter med svårbehandlad SIADH, tolvaptan finns att tillgå i mycket selekterade fall. Detta är en vasopressinantagonist som specifikt blockerar bindningen av arginin–vasopressin vid V2-receptorerna i nefronets distala delar. Vätskerestriktion ska då inte tillämpas.

Akut hyponatremi uppträder inom 48 timmar och är sällsynt jämfört med kronisk hyponatremi. Tidiga symtom är huvudvärk och illamående. Svåra symtom med hypertoni, kramper och medvetlöshet kan ses om natrium är < 120 mmol/l. Detta tillstånd kräver noggrann övervakning, oftast på avdelning med möjlighet till tät monitorering av patientens status och elektrolyter.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Referenser

Svenska endokrinologföreningen. [Svenskt vårdprogram för hyponatremi 2012](#)

Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzelius C, Schrier RW, Sterns RH, Thompson CJ. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. Am J Med. 2013 Oct;126(10 Suppl 1):S1-42. [PubMed](#)

v 18

Onsdag 3 maj 12.10 – 12.55

Läkemedelslunch

Födoämnesöverkänslighet hos skolbarn

Anna Winberg, barnläkare/barnallergolog
Barnkliniken

Bergasalen, NUS samt videokonferens

Anmälan senast 30 april via utbildningsportalen,
linda

Läkemedelscentrum