

Hyperlipidemi - Lipidbehandling hos särskilda patientgrupper

Vid **mild-måttlig HTG** (TG 2–10 mmol/l) är livsstilsinterventioner centralt och ofta mycket effektivt (om förändringar kan genomföras). Till individer med hög eller mycket hög ASCVD-risk ges dessutom läkemedel, i första hand statin. Om hypertriglyceridemi kvarstår kan man överväga att kombinera med omega-3-preparat eller fibrat.

Vid **allvarlig HTG** (TG > 10 mmol/l) finns vid sidan av hjärt-kärlrisk också en kraftigt ökad risk för akut pankreatit. Steg ett är att försöka eliminera utlösande faktorer och/eller behandla bakomliggande sjukdomar (läkemedel, alkohol, dysreglerad diabetes, ofördelaktiga kostvanor). Om dessa åtgärder är otillräckliga krävs ofta specifika insatser och dessa patienter bör då remitteras. V.g. se Vårdnivå och samverkan.

Äldre patienter (>75 år) med etablerad ASCVD (sekundärprevention) ska erbjudas läkemedelsbehandling på samma indikationer som yngre. I primärprevention är evidensen för statiner svagare, men studier pågår. Vid ställningstagande till läkemedelsbehandling är det således angeläget att väga potentiell nytta mot risker och särskilt ta hänsyn till samsjuklighet, förväntad överlevnad, annan medicinering samt patientens preferenser. Ålder är en riskfaktor för statinintolerans. Välj gärna en lägre startdos av statin till äldre och titrera upp med hänsyn till tolerans och behandlingssvar. Särskilda rekommendationer finns för Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre, se länk.

Under **gravitet och amning** är samtliga lipidsänkande läkemedel (med undantag för resiner) kontraindicerade. Antalet fertila kvinnor med lipidsänkande behandling är få, men förekommer vid t.ex. ärftliga lipidrubbingar och diabetes, och dessa måste informeras om att avsluta läkemedelsbehandlingen 3 månader innan de försöker bli gravida.

Kronisk njurfunktionsnedsättning av minst måttlig grad (eGFR <60 ml/min/1,73 m², stadium 3–5) innebär en hög eller mycket hög ASCVD-risk. Användning av statin eller kombination statin/ezetimib rekommenderas till de patienter i denna grupp som inte är dialysberoende. Hos patienter med etablerad ASCVD, som redan behandlas med statin eller kombination statin/ezetimib vid uppstart av dialys, kan man överväga att fortsätta med läkemedelsbehandlingen. Nedsatt njurfunktion är en riskfaktor för statinintolerans och dosreduktion är ofta aktuellt vid kronisk njursjukdom, särskilt vid eGFR <30 ml/min/1,73 m² (stadium 4–5), eftersom biverkningar vanligen är dosberoende och orsakade av förhöjda statinnivåer i blodet. Vid kronisk njursjukdom finns ofta komorbiditet och

polyfarmaci (läkemedelsinteraktioner), som ytterligare bidrar till risk för biverkningar. Se länk KDIGO 2013 lipids guideline.