

den bli kontraproduktiv. Det är det vi anser att screening för alkoholkonsumtion kan bli i ett allmänmedicinskt sammanhang.

**Andréasson och Romelsjö** antyder att vi förordar klinisk blick som alternativ till screening. Vi har inte sagt något om klinisk blick, och vi ifrågasätter screeningförfarandet, och vi förordar i stället att patienten involveras och förstår meningen med att läkaren tar upp alkohol när det finns en anledning till detta. Många patienter i primärvården utan missbruk eller beroende söker för symtom som kan vara alkoholrelaterade – exempelvis högt blodtryck, sömnsvårigheter, ångest, depression, magbesvär, hjärtklappning, värk, trötthet etc. Här räcker det att förklara sambandet för patienten samt, om det är adekvat, föreslå patienten att halvera eller minska alkoholkonsumtionen för att se om symtomet förändras till det bättre. Med andra ord förordar vi sekundär prevention.

**Det Andréasson och Romelsjö** förordar är primär prevention, som innebär att man som allmänläkare förväntas att oombedd och utan relation till besöksorsak ta upp frågor om patientens alkoholanor. Oavsett om man använder sig av motiverande intervjutekniker eller på annat sätt försöker lindra in sina ord så kan både patienten och läkaren uppleva mängdfrågor om alkohol som irrelevanta eller som ett förhör. Om det är fallet får man inte sällan otillförlitliga svar, och dessutom mår man in patienten i ett hörn. Det är i alla fall knappast frågan om patientcentrering på det sätt som detta begrepp används i allmänmedicinska sammanhang.

**Vi förstår att det ur** ett epidemiologiskt perspektiv skulle vara attraktivt att med enkla screeningmetoder kunna åstadkomma en minskning

av befolkningens alkoholkonsumtion. Men allmänläkaren sitter inte med en population framför sig. Allmänläkaren har en enskild patient framför sig – en patient med oro för sitt hälsoproblem eller symtom; en patient som har egna värderingar och en integritet och en autonomi som måste respekteras.

Om man skulle följa Andréassons och Romelsjö's förslag till screening finns det risk

**Fallbeskrivning.** 77-årig man med kardiomyopati och hypertoni som sedan drygt 10 år är warfarinbehandlad med PK-INR stabilt kring 2,1 på dosen 16,37 mg/vecka. Ett flertal attacker av polymyalgia rheumatica har kuperats med högdos prednisolon (30 mg) avtrappat under några veckor. Sedan två år tillbaka har han underhållsdos av tabletter prednisolon 2,5 mg × 1.

En ny akut attack av polymyalgia rheumatica föranleder ökning av prednisolon till 30 mg/dag. Vid tidigare tillfällen har vid dosökning av prednisolon en höjning av INR konstaterats. Warfarindosen sänktes därför denna gång profylaktiskt till 13,17 mg/vecka. Trots att warfarindosen sänktes redan dagen efter dosökningen av prednisolon stiger INR till 3,1 dag 3. Efter avtrappning under två veckor av prednisolonet till en underhållsdos på 5 mg och återgång till en warfarindos på 16,37 mg/vecka sker återgång av INR till 2,2 under de närmaste veckorna.

**Diskussion.** Att prednisolon påverkar INR vid warfarinbehandling tycks inte vara allmänt känt. I Fass 2008 finns det inte nämnt under vare sig warfarin eller prednisolon. Också uppgifterna i litteraturen är fåtaliga [1, 2].

Anmärkningsvärt är att den mest omfattande skrivningen om trombos och war-

färinbehandling från Chest (ett omfattande supplement publicerat vart fjärde år) nämner prednisolon som »... inte troligt att påverka...» [3]. Vid förfrågan hos sjuksköterskor och biomedicinsk analytiker vid tre av landets antikoagulantiamottagningar var det emellertid väl känt att höga doser prednisolon snabbt, inom något eller några dygn, kan höja PK-INR under pågående warfarinbehandling.

**Charlotte Hedberg**  
familjeläkare,  
Kvartersakuten Surbrunnsgatan;  
pedagogisk adjunkt,  
Centrum för allmänmedicin,  
Karolinska institutet, Stockholm

**Ingemar Engström**  
överläkare, professor,  
Psykiatriskt forskningscentrum,  
Örebro

**Renée Vickhoff**  
distriktsläkare,  
Kärråkra vårdcentral, Eslöv

**Niels Lynøe**  
specialist i allmänmedicin,  
professor, Centrum för bioetik,  
Karolinska institutet,  
Stockholm  
niels.lynoe@ki.se

## Prednisolon påverkar Waran-medicinering

farinbehandling från Chest (ett omfattande supplement publicerat vart fjärde år) nämner prednisolon som »... inte troligt att påverka...» [3].

Vid förfrågan hos sjuksköterskor och biomedicinsk analytiker vid tre av landets antikoagulantiamottagningar var det emellertid väl känt att höga doser prednisolon snabbt, inom något eller några dygn, kan höja PK-INR under pågående warfarinbehandling.

I Micromedex, Drugex (0811228) uttrycks: »The effect of concomitant administration of corticosteroids, such as prednisone, with oral anticoagulants is variable. Both enhanced and diminished anticoagulant effects have been reported ... coagulation parameters (prothrombin time, INR) should be monitored closely.« INR kan alltså sänkas även av prednisolon, vilket vi sett vid flera tillfällen. Mekanismen är okänd.

Det av Stading et al beskrivna fallet [2] gäller en dos på 10 mg prednisolon under tre månader. Vår patient hade en akut insatt högdos på 30 mg avtrappad till 5 mg under två veckor. Det visar att warfarindosen snabbt måste anpassas. Vi föreslår att Fass informerar om detta i kommande upplagor under både prednisolon och warfarin.

**Sammanfattning.** Vid antikoagulationsbehandling med warfarin kan INR höjas inom

något dygn vid samtidig tillförsel av prednisolon hos vissa patienter, men också (enligt knapphändiga uppgifter i litteraturen) sänkas hos andra. INR bör därför följas noggrant vid ändrad prednisolondosering.

**Bo Holmström**  
institutionen för kliniska  
vetenskaper, sektionen  
för kirurgi, Danderyds sjukhus  
Bo.Holmstrom@ki.se

**Hans Johnsson**  
akutmottagningen, Karolinska  
universitetssjukhuset, Solna

**Viveka Frykman**  
institutionen för kliniska  
vetenskaper, sektionen  
för medicin, Danderyds sjukhus;  
samtliga vid Karolinska institutet

### REFERENSER

1. Ruud E, Holmström H, Bergan S, Wesenberg F. Oral anticoagulation with warfarin is significantly influenced by steroids and CYP2C9 polymorphisms in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008;50:710-3.
2. Stading JA, Chock A, Faulkner MA, Skrabal MZ. Effects of prednisone on the International Normalized Ratio. *Am J Health Syst Pharm*. 2006;63:2354-6. Erratum in: *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64:130. Chock A [added]; Faulkner, MA [added]; Skrabal MZ [added].
3. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G; American College of Chest Physicians. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133 (6 Suppl): 160S-98S.