

Gäller för: Barn- och ungdomsklinik

Innehållsansvar: Gabor Boglari, (gabbo2), Överläkare

Granskad av: Jenny Holmdahl, (jenbe15), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-09

Giltig till: 2028-04-09

Methotrexate 5g/m² – Protokoll

Sammanfattning

Protokoll för behandling av barn med Methotrexate i högdos.

Förändringar sedan föregående version

Inga ändringar i denna version.

Relaterade dokument

Protokollet är en bilaga till riktlinjen *Högdos Methotrexatebehandling vid akut lymfatisk leukemi*.

Methotrexate 5g/m² ALL 2G Läkare är ansvarig för bedömning av analysresultat (dagtid: avdelningsläkare, jourtid: primärjour)		Namn	Yta:
		Patient Id	Längd: Vikt:
Tid Timme	Tid/ Datum		
		Vätska: Glukos 50 mg/ml med tillsats 40 mmol NaCl, 20 mmol KCl och 42 mmol NaHCO ₃ /l (=NaBik-dropp). Prehydrering 600 ml/m ² under 4 tim. Sedan till totalvolym 3000 ml/ m ² /24t.	
- 4		Start av prehydrering	Startvärde kreatinin = μmol/l
0		Slut av prehydrering	
Kontrollera att urin-pH ≥ 7 före start av Mtx infusion.			
0		1/10 av Mtx dosen infunderas på en timme. Pat dos =mg Mtx iv (löst i 250 ml) Inf hastighet = 55 ml/tim	
+1		9/10 av Mtx dosen infunderas på 23 timmar Pat dos =mg Mtx iv (löst i 250 ml) Inf hastighet = 10 ml/tim	
Intratekalt Mtx ges under eller i nära anslutning till Mtx infusionen.			
+24		Avsluta Methotrexat infusionen. Spola ordentligt och ta Mtx-koncentration och kreatinin. AKUT svar! Vid Mtx >250 μmol/l ska BCC kontaktas (indikation för behandling med glucarpidase). Om kreatinin stiger 50 % skall NaBik-droppet ökas till 4500 ml/m ² /24t. Glöm ej höja kravet på urinproduktion till 900 ml/m ² /6t i Melior (se nedan).	MTX konc: μmol/l
			Kreatinin = μmol/l
+36		Mät Mtx-koncentration och kreatinin. Vid Mtx > 30 μmol/l skall BCC kontaktas (indikation för behandling med glucarpidase). Om kreatinin stiger 50 % och/eller Mtx konc är ≥ 3 μmol/l skall NaBik-droppet ökas till 4500 ml/m ² /24t. Glöm ej höja kravet på urinproduktion till 900 ml/m ² /6t i Melior (se nedan).	MTX konc: μmol/l
			Kreatinin = μmol/l

+42	<p>Mät Mtx-koncentration. AKUT svar! Starta Calciumfolinat enligt Cyobase. Standarddos Ca-folinat är 15 mg/m². Om MTX koncentration överstiger 1 µmol/l ska extra Ca-folinat ges enligt nedanstående tabell:</p>					MTX konc: µmol/l Extrados Ca-folinat:	
	MTX konc	≤ 1	1-1,9	2-2,9	3-3,9		4-4,9
	Ca-folinat dos mg/m ²	15	30 (extra 15 ges)	45 (extra 30 ges)	60 (extra 45 ges)		75 (extra 60 ges)
	MTX konc	5-5,9	6-6,9	7-7,9	8-8,9		9-9,9
Ca-folinat dos mg/m ²	90 (extra 75 ges)	105 (extra 90 ges)	120 (extra 105 ges)	135 (extra 120 ges)	150 (extra 135 ges)		
<p>Extrados ges så snart som MTX koncentration föreligger. Vid Mtx ≥ 10 µmol/l skall BCC kontaktas (indikation för behandling med glucarpidase). OBS! Extra Ca-folinatdos högre än 45 mg/m² ges på 1 timme i 50 ml 5% glukos.</p>							
+48	<p>Mät Mtx-koncentration. Ge Calciumfolinat enligt Cytobase. Vid fortsatta förhöjda MTX koncentrationer (dvs över 1 µmol/l) fortsätter man den ökade Ca-folinat dosen enligt ovan. OBS! Vid förlängd utsöndring när stor mängd Ca-folinat behöver ges skall man överväga Na-levofolinat i stället. Detta ges enligt nedanstående tabell:</p>					MTX konc: µmol/l Na-L-folinat dos (i fall givet):	
	MTX konc	1-1,9	2-2,9	3-3,9	4-4,9		5-5,9
	Na-L-folinat dos mg/m ²	15	22,5	30	37,5		45
	MTX konc	6-6,9	7-7,9	8-8,9	9-9,9		
Na-L-folinat dos mg/m ²	52,5	60	67,5	82,5			

Mätning av Mtx koncentration var 6:e timme fortlöper till värdet är $< 0,2 \mu\text{mol/l}$.

Calciumfolinat ges **alltid till och med timme 48**, därefter endast om Mtx är $\geq 0,2 \mu\text{mol/l}$. Dosering enligt ovan.

Intravenös vätska ges också till Mtx är $< 0,2 \mu\text{mol/l}$.

Vid behov ordinationer i Melior:

- Inj. **Furosemid 0,5 mg/kg** (max 20 mg) om urinproduktion $< 600 \text{ ml/m}^2/6\text{t}$ (80% av i v dropp). OBS! Om NaBik-droppet ökas till $4500 \text{ ml/m}^2/24\text{t}$ ska krav på urinmängden ökas till $900 \text{ ml/m}^2/6\text{t}$.
- Inf. **Natriumbikarbonat 50mg/ml 1-1,5 ml/kg** under 30 min vid urin pH < 7 .

Information om handlingen

Handlingstyp: Checklista

Gäller för: Barn- och ungdomsklinik

Innehållsansvar: Gabor Boglari, (gabbo2), Överläkare

Granskad av: Jenny Holmdahl, (jenbe15), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9003-1367181295-492

Version: 7.0

Giltig från: 2026-04-09

Giltig till: 2028-04-09