OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård
Giltig från: 2026-10-01
Innehållsansvar: Amra Osmancevic, (amros), Universitetssjukhusöverläkare
Giltig till: 2028-10-01
Granskad av: Petra Tunbäck, (pettu), Universitetssjukhusöverläkare
Godkänd av: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Behandling med Metotrexat

Förändringar sedan föregående version

Tillägg under rubrik Lever. Nya länkat till reviderade rekommendationer rörande vaccinationer.

Bakgrund och syfte

Att säkerställa god och säker vård av patienter behandlade med metotrexat.

Läkemedelsform

Metotrexat: tablett á 2,5 mg, förfylld spruta och injektionspenna.

Verkningsmekanism

Folsyraantagonist som förhindrar reduktion av folsyra till folinsyra.
Antiproliferativ, immunosuppressiv och antiinflammatorisk effekt.

Indikation

Måttlig till svår plackpsoriasis där lokalbehandling och ljusbehandling inte ger tillräcklig effekt eller inte är lämplig, svår hand-och fotpsoriasis, bullös pemfigoid, svårt eksem och andra dermatoser.

Kontraindikation

Påtagligt nedsatt njur- eller leverfunktion, svår benmärgspåverkan, följsamhetsproblem till behandlingsregim, alkoholproblem, magsår, svåra infektioner, graviditet och amning.
Maligniteter kan vara relativ kontraindikation och bör diskuteras med ansvarig onkolog.

Biverkningar

Gastrointestinala, huvudvärk, leverfibros, benmärgssuppression, pneumonit.
För ytterligare information var god se FASS.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Interaktioner

Lågdosbehandling med acetylsalicylsyra utgör inga problem (exempelvis tabl. Trombyl 75 mg). Kombination av NSAID och lågdos metotrexat orsakar oftast inga problem men NSAID bör undvikas metotrexatdagen. Kombination med penicillin, högdos acetylsalicylsyra, sulfonamider och probenecid bör undvikas på grund av nedsatt utsöndring via njurarna med ökad risk för toxiska biverkningar. För ytterligare information var god se FASS.

Graviditet och amning

Metotrexat kan ge fosterskador. Antikonception ska användas under behandlingen och minst 3 månader efter utsatt behandling, detta gäller både kvinnor och män. Metotrexat får inte ges under vare sig graviditet eller amning.

Dosering

Vanlig startdos är 5–10 mg/vecka med snabb upptitrering till 15 mg/vecka eller vid behov 20–25 mg/vecka. Metotrexat bör ges som **en engångsdos** per vecka (gärna kvällstid) eller i undantagsfall (vid illamående) som tredelad dos över 24 timmar.
När stabil effekt setts i ca 3–6 månader minskas dosen till lägsta möjliga underhållsdos. Behandlingen kan fortgå under långa perioder så länge provsvar är utan anmärkning och patienten mår bra.

Tillägg av folsyra (tabl. Folacin 5mg) ges en gång per vecka, ett dygn efter metotrexatdosen alternativt 1 mg 6 dagar i veckan. Vid illamående kan dosen ökas till 2 tabletter á 5 mg i veckan. Ondansetron kan eventuellt övervägas i svårare fall.

Som alternativ till metotrexattabletter kan läkemedlet ges i injektionsform, detta vid terapisvikt eller vid gastrointestinala biverkningar. För psoriasispatienter kan metotrexat kombineras med ljusbehandling (UVB-TL01) vilket kan ge bättre läkningseffekt än enbart metotrexatbehandling eller ljusbehandling.

Barn

Dosering: 0,2–0,4 mg/kg/vecka. Kontrollera serologi för varicella-IgG innan insatt behandling. Se Svensk Barnreumatologisk förenings rekommendationer, länk under Relaterad information.

Provtagning och undersökning

Inför behandlingsstart

Somatiskt rutinstatus. Laboratorieprover: Hb, LPK, TPK, Diff, kreatinin, ALAT. Hepatit B- och C-prover, HIV-test.

Laboratorieprover

Prover tid/veckor						
	Start	1	3	5	7	sedan var 3:e till 6:e månad
Hb, LPK, TPK B-celler (diff)	x	x	x	x	x	x
ALAT	x	x	x	x	x	x
S-kreatinin	x	x	x	x	x	x
Hepatit B + C Hiv	x					
Graviditetstest	x					

Provtagningen bör alltid göras 1–2 dagar innan nästkommande metotrexatdos.

Screeningprover - samsjuklighet inför all systemisk behandling (per oral och injektionsform).

Avstå ifrån screening vid känd behandlad samsjuklighet.

Övriga prover	Start	Vid ålder > 35 år och metabola riskfaktorer* och/eller alkoholöverkonsumtion 1-3 års intervall utifrån individuell bedömning
Total kolesterol, LDL, HDL	x	x
HbA1c	x	x
FIB-4 (>35 år)		x

* Övervikt (BMI ≥ 25), förhöjt blodtryck (≥ 130/85 mmHg), midjemått (> 94 cm män, > 80 cm

kvinnor), hyperlipidemi eller diabetes typ 2. Ref. Rinella ME et al. Ann Hepatol. 2024:29(1):101133.

Vid avvikande provsvar ska vidare utredning och behandling ske inom primärvården.

Lungröntgen vid behov.

Under behandlingen

Somatiskt rutinstatus.

Återbesök

Vid okomplicerad behandling ges återbesök 3–4 månader efter behandlingsstart, därefter utifrån behandlingseffekten om 3–6 månader och sedan 1 gång/år om god effekt.

Handläggning av patologiska provsvar och biverkningar av metotrexatbehandling

Blod

Hb, LPK, TPK: Metotrexat kan ge påverkan på benmärgen, som framför allt ses inom 7–10 dagar efter behandlingsstart men kan uppträda när som helst under behandlingen.

Hb

Individuell bedömning. Sjunkande Hb kan bero på benmärgspåverkan men även tyda på GI-blödning. Utsättning av metotrexat och utredning.

LPK

< 3500 medför uppehåll med metotrexatbehandling i 2-3 veckor. Ny provtagning.

TPK

< 150 medför ny provtagning inom 1 vecka och ev. dosminskning eller behandlings-uppehåll. TPK < 50, kontakta hematolog, avbryt behandlingen och ta dagliga kontrollprover.

Njurar

Kreatinin: Då metotrexat i huvudsak elimineras från njurar är kontroll av njurfunktionen viktig. Dålig njurfunktion kan medföra för hög metotrexat-koncentration. Det är viktigt att minska metotrexatdosen vid nedsatt njurfunktion.

Lever

Metotrexat kan ge leverskador som kan leda till leverfibros och cirrhos. Största riskfaktorerna för metotrexatinducerad leverfibros vid psoriasis är övervikt och diabetes typ 2.
Vid förhöjda leverenzymer som inte går tillbaka inom 2 veckor, minskas metotrexatdosen och ny kontroll av leverprover. Vid ökning av leverenzymer med dubbla referensvärdet görs behandlingsuppehåll. Anamnes – högt alkoholintag? Hepatit?

Enligt senaste data spelar MTX mindre roll vid utvecklingen av leverfibros än diabetes, alkoholmissbruk och andra metabola riskfaktorer. För råd om monitorering, se avsnitt om ***Screeningprover vid samsjuklighet***.

Utveckling av leverfibros och i värsta fall cirros täcks inte genom monitorering med rutinprover. Det råder ingen konsensus om vad man ska använda och ingen metod är 100 % säker. Den mest lättillgängliga algoritmen är FIB-4, som rekommenderas hos patienter > 35 år med mer än en metabol riskfaktor och/eller alkoholöverkonsumtion. Vid förhöjda leverprover och förekomst av riskfaktor (metabol eller alkoholöverkonsumtion) för leverfibros/cirros bör också FIB-4 övervägas.

Vid FIB-4 < 1,3 om patienten är < 65 år eller < 2,0 om patienten är ≥ 65 år är sannolikheten för höggradig leverfibros/levercirros låg. Vid alkoholrelaterad leversjukdom är motsvarande gränsvärde FIB-4 <3,2.

Remiss för elastografi rekommenderas vid resultat som överskrider dessa gränsvärden. Om elastografi med Fibroscan (transient elastografi) visar medelvärde 8 kPa rekommenderas samråd/remiss till gastroenterolog. Motsvarande elastografi-värde med metoden SWE/ARFI är 9 kPa (1,7 m/s). Elastografi har till stor del ersatt leverbiopsi för att bedöma förekomst av leverfibros. Leverbiopsi används numera sällan och främst vid etiologisk utredning. Om FIB-4 understiger gränsvärdena ovan rekommenderas ny värdering var tredje år hos patient med metabola riskfaktorer och/eller alkoholöverkonsumtion. Detsamma gäller om FIB-4 överstiger gränsvärdena ovan men elastografi visar låga värden.

Pneumonit – sällsynt men allvarlig biverkan

Pneumonit karaktäriseras av akut insättande feber, hosta, dyspné, cyanos eller långvarig torrhosta. Vid lungröntgen ses bilaterala infiltrat. Pneumonit kan förekomma även om röntgen visar normalt fynd. Vid misstanke ska Lungmedicin kontaktas akut och metotrexat utsättas omedelbart.

Operationer

Metotrexatbehandling kan bibehållas om operatör inte anger annat.

Vaccinationer

Genomgång av tidigare vaccinationsstatus bör ingå vid första kontakten med patienten. Det är bra om patienten kan vaccineras innan behandling sätts in för att erhålla optimalt vaccinationssvar, men icke levande vaccin kan även ges till patienter under pågående immunmodulerande behandling.

Influensavaccination rekommenderas årligen vid metotrexatbehandling. Folkhälsomyndigheten rekommenderar också pneumokockvaccination. Om det finns behov för vaccinering med levande virus så görs uppehåll med metotrexat under 4 veckor före vaccinering. Systembehandling kan återupptas tidigast en månad efter vaccination med levande virus. Se rekommendation från Svensk Reumatologisk Förening inför 2026, VaccinPM-final20260201.pdf

Vi rekommenderar att patienter med psoriasis vaccinerar sig mot Covid-19. Se Folkhälsomyndighetens vägledning under Relaterad information.

Vaccinationer barn

Serologi för varicella-IgG bör analyseras på alla barn oavsett hur säker uppgiften om genomgången varicella är innan insättande av metotrexat eller något biologiskt läkemedel. I övrigt hänvisar vi till Svensk Barnreumatologisk Förening och deras PM om vaccinationer till barn med reumatiska sjukdomar, se länk under Relaterad information, VaccinPM-final20260201.pdf

Ansvar

Verksamhetens läkare och annan berörd sjukvårdspersonal ska arbeta efter denna riktlinje. Linjechef ansvarar för att riktlinjen är känd.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetsöverläkare ansvarar för uppföljning och revision av riktlinjerna. Medvetet avsteg från riktlinjen dokumenteras i Melior. Övriga orsaker till avsteg från riktlinjen rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

Läkemedelsverket, Läkemedelsbehandling av psoriasis och psoriasisartrit – behandlingsrekommendation 2:2019, länk pdf
https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/lakemedel-vid-psoriasis-och-psoriasisartrit---behandlingsrekommendation#hmainbody1

Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis, 2019-03-11, länk pdf https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-3-11.pdf

SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis 2026-03-05 länk pdf ssdvs-behandlingsrekommendationer-for-systemisk-behandling-av-psoriasis-2026-03-05-2.pdf

Internetmedicin.se Non Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) och Non Alcoholic Steatohepatitis (NASH), vuxna, 2025-10-03 länk html Non Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) och Non Alcoholic Steatohepatitis (NASH), vuxna - Internetmedicin

SSDV, Information angående immundämpande behandling och Covid-19 Gemensam information Gastro Hud Reuma, länk pdf information_angaende_immundampande_behandling_och_covid_uppdat_200416.pdf

Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se) — Rekommendationer om pneumokockvaccination till riskgrupper, länk html https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/r/rekommendationer-om-pneumokockvaccination-/?pub=56914

Vaccination av patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar, Rekommendation från Svensk Reumatologisk Förening inför 2026, länk pdf vaccination_reumatisk-sjukdom-2026.pdf

Vaccination av barn och unga med reumatisk sjukdom, Svensk Barnreumatologisk Förening, 2026-02-01 (giltigt t.o.m. 2028-02-01) länk pdf VaccinPM-final20260201.pdf

FIB-4 score beräkning, länk html https://www.fib4.se/

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård

Innehållsansvar: Amra Osmancevic, (amros), Universitetssjukhusöverläkare

Granskad av: Petra Tunbäck, (pettu), Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9783-1307954543-13

Version: 18.0

Giltig från: 2026-10-01

Giltig till: 2028-10-01