Två vaccindoser för grundskydd mot kikhosta för barn över 2 år

Kikhostevaccinet har nu återinförts i det svenska vaccinationsprogrammet. Även ett stort antal förskolebarn får nu på föräldrabegäran grundvaccinering mot kikhosta. Utanför Göteborgsområdet sker detta huvudsakligen med Vaccin mot pertussis (acellulärt) från SBL Vaccin AB. Vaccinet produceras av SmithKline Beecham.

Erfarenheten av kikhostevaccinering av barn i förskoleåldern är begränsad. I avvaktan på resultat från bl a svenska studier har man rekommenderat att ge tre doser vaccin, med minst två månaders mellanrum mellan doserna. På många ställen har man även påpekat att det troligen är en fördel att låta det gå sex månader eller mer mellan dos 2 och dos 3.

Informera nu

Vi har nu haft tillfälle att granska rådata från de svenska barnstudierna. Resultaten är så pass entydiga och av så stor betydelse att vi väljer att gå ut med information innan svenska myndigheter haft tillfälle att granska resultaten.

Exempelvis visar en Umeåstudie att de lokala och generella biverkningarna visserligen är lindriga men ökar för varje dos, särskilt mellan dos 2 och dos 3. Vid tredje dosen fick över hälften av förskolebarnen en lokal rodnad/svullnad. Hos 12–25 procent var reaktionen större än 2 cm.

Antikroppssvaret efter två doser föreföll vara fullt tillräckligt [1] och i nivå med vad som med samma vaccin uppnås efter tre doser i spädbarnsåldern. Den eventuella betydelsen av att ha uppmätt en viss antikroppsnivå skall idag ses i ljuset av det faktum att det ofta finns tecken på cellulär immunitet mot kikhosta även när cirkulerande antikroppar knappt är påvisbara [2].

Vaccinskyddet är, liksom skyddet efter genomgången kikhosta, tidsbegränsat. Påfyllnadsdoser med acellulärt kikhostevaccin kommer därför säkerligen att i framtiden erbjudas äldre barn, ungdomar och vuxna. Studier har påbörjats för att ge underlag till beslut om lämpliga åldrar för dessa påfyllnadsdoser [3]. Av praktiska skäl kommer de sannolikt att erbjudas i samband med antingen polio- eller difteri–tetanusvaccin vid antingen 5–6 eller 10 års ålder.

Vi kommer alltså att föreslå för svenska myndigheter att rekommendationerna för Vaccin mot pertussis (acellulärt) ändras för förskolebarnen. För barn över 2 års ålder rekommenderas endast två doser vid grundvaccineringen.

Den tredje dosen kan ges några år senare. För barn under 1 år rekommenderas som tidigare tre doser vid 3, 5 och 12 månaders ålder. För barn mellan 1 och 2 år kommer det inte att finnas nya kliniska data som kan vara vägledande vid ett beslut.

Leif Gothefors
barnläkare, docent, barn- och ungdomskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Jann Storsæter
barnläkare, projektläkare, Sachsska Barnsjukhuset, Stockholm

Leif Wannerud
apotekare, vaccinansvarig, Smithkline Beecham Pharmaceuticals, Solna

Ulf Bjare
medicinsk chef, SBL Vaccin AB, Stockholm

Referenser

1. Storsæter J, Gustafsson L. Swedish household study, estimates of vaccine efficacy and preliminary indications of serological correlates between antibody levels in pre-exposure sera and protection against pertussis among household exposed children [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.
2. Mastrantonio P, Giuliano M, Ausiello C, Giammanco A, Cassone A. Persistence of immune responses based on humoral and cell-mediated immunity results [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.
3. Marchant CD. Vaccination of adults and adolescents – pros and cons [abstract]. National Institutes of Health Pertussis Conference. Acellular Pertussis Vaccine Trials: Results and Impact on US Public Health, Washington DC, 1996.

Ökad risk för binjurebarkssvikt efter behandling av allergisk rinit

På min fråga om steroidbehandling vid allergisk rinit är utan risk (Läkartidningen 26–27/96) är svaret från Pharmacia & Upjohn oroande. I tidigare studier har man konstaterat att det sker en sänkning av endogen kortisolproduktion och Pharmacia & Upjohn har med stöd av dessa studier gjort bedömningen att sänkningen är av liten klinisk signifikans avseende binjurebarkssuppression.

För det första är de flesta av dessa studier av äldre datum och med små populationer. Ett annat problem är de doser som använts vid tidigare studier.

I en av de senaste studierna, utförd av Pavo Hedner, användes 80 mg Depo-Medrol varefter nio patienters kortisolsvar på insulininducerad hypoglykemi studerades upp till tre veckor efter given behandling. Mängden kortisol bestämdes med fluorometrisk metod. Två patienter uppvisade mycket låga värden efter en vecka, 414 respektive 185 nmol/l vid insulininducerad hypoglykemi, något som indikerar risk för binjurebarkssvikt vid fysiologisk stress. Hedner konstaterar i sin artikel att 80 mg Depo-Medrol ger en signifikant men moderat suppression av hypothalamus–hypofys–binjurebarksaxeln under fyra veckor. Vid telefonkontakt menar Pavo Hedner att denna sänkning för enskilda individer kan utgöra en risk vid t ex kirurgi och att binjurebarkssvikten inte alltid tar sig dramatiska uttryck, utan kan manifestera sig som svårigheter att hålla blodtrycket uppe under operation.

Risken skall framgå tydligt

Då det uppenbarligen finns enskilda individer som kan råka in i en klinisk binjurebarkssvikt vid stress anser jag att denna risk tydligt ska framgå i Fass-texten, och med tanke på tidigare studiers låga dosering bör man kanske se över dosintervallet för Depo-Medrol eller genomföra nya studier. Vidare anser jag att varje behandlande läkare bör informera patienterna om effekten på kortisolproduktionen så att patienten inför t ex operationer kan uppge att de behandlats med depåsteroider.

Vad gäller rapporterade incidenter är risken stor för underrapportering om patienten inte meddelar ansvarig anestesiolog vid en eventuell operation om sin medicinering, då patienten dels kanske inte blivit informerad om att det kan uppträda komplikationer vid stress, dels genom glömska på grund av långt tidsintervall mellan injektionsbehandlingen och stresstillfället inte uppger steroidbehandlingen.

Mot denna bakgrund har jag svårt att dela Pharmacia & Upjohns glädje över ökande försäljningssiffror då risken ökar för att fler känsliga individer kan drabbas av binjurebarkssvikt efter behandling av allergisk rinit.

Läkemedelsverkets besked om att en harmonisering av Fass-texterna kommer nästa år är värdefullt inför valet mellan likartade preparat.

Olov Rolandsson
ST-läkare i allmänmedicin, Robertsfors vårdcentral

Bevara Apoteksbolagets effektiva monopol!

Ledaren i Läkartidningen 17/96 pläderade för att Apoteksbolagets monopol bör avskaffas. Ledaren bryter mot regeln om vetenskap och beprövad erfarenhet, är ologisk och utgår från axiomet att konkurrens och privatisering alltid är välsignelsebringande. Detta kan vara riktigt i en genuin marknadssituation, men läkemedlen är inte produkter på en äkta marknad; det är inte kunden som väljer, och priset bestäms inte av marknadskrafter.

Ledaren tillstyrker att Apoteksbolaget inte ska ha vinstmaximering som enda eller främsta mål. Det håller vi med om. Men vad skulle hända om Apoteksbolaget samtidigt, som ledaren vill, utsätts för konkurrens genom att andra, privata apotek skulle tillkomma? Då skulle ju konkurrensen tvinga Apoteksbolaget till vinstmaximering. Eller menar ledaren att Apoteksbolaget fortfarande skulle arbeta utan vinstmaximering fastän konkurrenterna skulle göra det? Vad bleve det då för konkurrens?