

Sinuit hos gravida underbehandlas fortfarande

Kort rapport

Eva Ellegård
med dr, överläkare, ÖNH-kliniken
Halland, Kungsbacka sjukhus
Lars Ladfors
med dr, överläkare,
Kvinnokliniken SU/Östra
Karin Petruson
ST-läkare, ÖNH-kliniken,
SU/Sahlgrenska
Agneta Philipson
docent, överläkare, Infektions-
kliniken, Karolinska sjukhuset
(agneta.philipson@ks.se)

II De flesta medicinska studier är utförda på män/handjur, men resultaten appliceras även på kvinnor/hondjur, vilket nyligen påtalades i Läkartidningen av docent Margareta Söderström [1]. Detta betyder självfallet att man har sämre reda på vad man gör behandlingsmässigt vad gäller sjuka kvinnor än vad gäller män. Denna osäkerhet blir ännu mer uttalad vid behandling av kvinnor under graviditet, eftersom gravida kvinnor mycket sällan inkluderas i studier.

Graviditetsnästäppa vanligt

Det är väl känt bland ÖNH-läkare att sinuiter hos gravida kan vara svåra att komma tillrätta med enbart med hjälp av antibiotika. En orsak kan vara att de har en tendens att ge mindre och färre symptom än hos icke-gravida [2], och därmed får stå obehandlade längre tid innan behandling sätts in.

Graviditetsnästäppa, som drabbar ungefär en femtedel av alla gravida [3], kan ge svullnad i sinusostierna, och därmed försvåra dränering och ventilation.

Man kan också tänka sig att dessa sinuiter – åtminstone hos gravida som har mycket kontakt med småbarn – till en större andel orsakas av H influenzae, som är mindre känsliga för penicillin än vad pneumokocker är.

En annan sannolik orsak till den iaktagna relativa terapiresistensen av sinuiter hos gravida är att vi underdoserar antibiotika. En finsk studie av antibiotikaföreskrivning till gravida under åren 1987–1988 visade att de valda doseringarna kunde vara såväl lägre som högre än de normala [4].

Annorlunda farmakokinetik

Det finns ingen anledning att tro att förhållandet är annorlunda i Sverige. I Fassettexterna framgår ingen speciell rekommendation om dosjustering till gravida,



Ge gravida den ökade mängd och den dosering av antibiotika de behöver.

men det förekommer att man på obstetriska kliniker har som princip att höja antibiotikadoserna. Det baseras på resultat av främst en studie på ampicillin, publicerad redan 1977 [5], men liknande resultat har senare visats för ett flertal cefalosporiner [6, 7].

I alla dessa studier visades att plasmavivåer som uppnåtts med både perorala och intravenösa doser givna till samma kvinnor under och efter graviditet är väsentligt – och kliniskt signifikant – lägre hos de gravida kvinnorna.

Det påpekades i arbetena att skillnaden till ringa del beror på den ökade kroppsvikten utan mer på att framför allt den glomerulära filtrationen i njurarna, och därmed utsöndringen av dessa läkemedel, ökar under graviditet. Ökningen kommer tidigt under graviditeten. Andra studier som behandlar ämnet bekräftar dessa fynd [8].

Öka dygnsdosen för gravida 1,5 gånger

Denna kunskap har resulterat i en rekommendation att ge gravida ca 1,5 gånger högre dygnsdos. Dygnsdosen höjs bäst genom att man ökar antalet dostillfällen, inte genom att man ökar de enskilda doserna med bevarat intervall. Fler dostillfällen ger en större ökning av tiden som serumkoncentrationen överstiger bakteriens MIC-värde (MIC = minimal inhibitory concentration = minsta hämmande koncentration). För betalaktamantibiotika är den antibakteriella effekten mer beroende av lång tid över MIC än av kortvarigt höga serumnivåer, som blir effekten av höga enskilda doser.

Doshöjningen behövs vid pneumoni-

er och sinuiter, där rutindosering vanligen ger antibiotikakoncentrationer som har knappare marginaler för att få optimal vävnadskoncentration. Ett utförligt handlingsprogram för antibiotikabehandling under graviditet finns tillgängligt på www.infpreg.com/, som skapats av Kunskapscentrum för infektionssjukdomar under graviditet på Huddinge sjukhus.

Det är dags att sluta underdosera. Ge gravida den mängd och den dosering av antibiotika de behöver. Höj dygnsdosen 1,5 gånger genom att öka antalet dostillfällen från två till tre.

Referenser

1. Söderström M. Därför uteslöt forskarna kvinnor ur sina studiepopulationer. Läkartidningen 2001; 98: 1524-8.
2. Sorri M, Hartikainen-Sorri A, Kärjä J. Rhinitis during pregnancy. Rhinology 1980; 18: 83-6.
3. Ellegård E. Kvinnlig nästäppa med konsekvenser. Läkartidningen 2000; 97: 3619-23.
4. Heikkilä AM. Antibiotics in pregnancy – a prospective cohort study on the policy of antibiotic prescription. Ann Med 1993; 25: 467-71.
5. Philipson A. Pharmacokinetics of ampicillin during pregnancy. J Infect Dis 1977; 136: 370-6.
6. Philipson A, Stiernstedt G. Pharmacokinetics of cefuroxime in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 823-8.
7. Nathorst-Böös J, Philipson A, Hedman A, Arvidsson A. Renal elimination of ceftazidime during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 163-6.
8. Heikkilä A, Erkkola R. Review of beta-lactam antibiotics in pregnancy. The need for adjustment of dosage schedules. Clin Pharmacokinet 1994; 27: 49-62.