

Hans Blomqvist, docent, överläkare, anestesikliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm *(hans.blomqvist@stgoran.se)*

Använd lågdossteroider vid septisk chock

I en metaanalys [1] har man analyserat effekterna av steroider på överlevnad och chock vid sepsis. Man har endast inkluderat studier med i övrigt lika behandling till kontroll- och steroidgrupp och med kriterier för sepsis, svår sepsis och septisk chock enligt vedertagna kriterier [2]. Man inkluderade åtta studier före 1989 där steroider gavs i högdos (t ex metylprednisolon 30 mg/kg kroppsvikt under 24 timmar) samt fem nya studier där lågdossteroider givits (t ex hydrokortison 200–300 mg/dygn under 5–7 dygn med efterföljande nedtrappning).

Studierna publicerade före 1989 visade en ogynnsam effekt av högdossteroider på överlevnad (relativ risk 0,89). Även i tre tidigare publicerade metaanalyser har en utebliven eller ogynnsam effekt av högdossteroider påvisats.

De fem studierna där lågdossteroider gavs var alla randomiserade, dubbelblindade och placebokontrollerade och inkluderade sjukare patienter än i högdossteroidstudierna.

I fyra av dessa fem studier hade alla patienter vasopressorstöd på grund av septisk chock, och i tre av studierna hade även kortikotropintest gjorts för att utröna förekomst av binjuresvikt. I metaanalysen visade sig lågdossteroider gynnsamt påverka överlevnaden (relativ risk 1,23). En gynnsam, reverserande effekt på chock kunde även ses (relativ risk 1,13–3,24). I två av studierna där kortikotropintest utfördes noterades ingen skillnad i effekter av steroider, oberoende av om patienterna hade relativ binjuresvikt eller inte. Den tredje och största av studierna [3] visade dock att endast patienter med relativ binjuresvikt hade glädje av behandlingen.

Författarnas rekommendation är tydlig. Högdossteroider har ingen eller till och med skadlig effekt, medan lågdossteroider i doser av 200–300 mg under ett minimum av 5–7 dygn skall användas vid vasopressorberoende septisk chock.

Pågående studie kan inom kort ge än bättre vägledning

För intensivvårdsläkare är resultaten i denna metaanalys inte nya. Högdossteroider vid septisk chock används inte sedan slutet av 1980-talet. Användningen av lågdossteroider i nämnda doser vid vasopressorkrävande septisk chock är dock redan etablerad såväl i Sverige som utomlands. Även konsensus- och expertmöten [4, 5] under senare år rekommenderar lågdossteroider vid vasopressorkrävande septisk chock. Många gånger kan dosen reduceras redan efter något dygn om vasopressorbehovet då inte längre kvarstår, dvs även om de rekommenderade 5–7 dygnen inte uppnåtts.

Behandlingen har få men kända biverkningar och är kostnadseffektiv, och många hävdar att kortikotropintest inte behövs rutinmässigt.

Mekanismen för lågdossteroider vid septisk chock kan ses som ersättning för en relativ binjuresvikt, som rapporterats finnas i 30–70 procent av fallen, beroende på kriterier för binjuresvikt. Steroidernas antiinflammatoriska egenskaper (utan att ge immunsuppression) och dess förstärkning av vasopressorsvaret av katekolaminer tros vara av godo för effekterna.

Kritik kan riktas mot att fyra av studierna med lågdossteroider är små och att den femte och största studiens [3] rekommendation är att endast patienter med relativ binjuresvikt skall ges lågdossteroider och att denna rekommendation således skiljer sig från metaanalysens rekommendation.

En pågående stor studie kan förhoppningsvis inom kort ge en ännu klarare vägledning för i vilka fall lågdossteroider är bäst lämpade.

Sammanfattat

En metaanalys av effekterna av steroider på överlevnad och chock vid sepsis visar att lågdossteroider gynnsamt påverkar överlevnaden och har en gynnsam, reverserande effekt på chock.

Detta ger stöd åt den behandlingspraxis vid vasopressorkrävande septisk chock som redan är etablerad såväl i Sverige som utomlands.

En pågående stor studie kan förhoppningsvis inom kort ge en ännu klarare vägledning för i vilka fall lågdossteroider är bäst lämpade.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Minneci PC, Deans KJ, Banks SM, Eichacker PQ, Natanson C. Meta-analysis: The effect of steroids on survival and shock during sepsis depends on the dose. Ann Intern Med 2004:141:47-56.
2. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis [review]. Crit Care Med 1992;20:864-74.
3. Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA 2002:288:862-71.
4. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign. Guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2004:30:536-55.
5. Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendation. Behandling av svår sepsis och septisk chock. www.mpa.se