

Dexametason i injektionslösning är numera licenspreparat i Sverige. Betametason är lättillgängligt (Betapred), men dess effekt vid meningit är inte studerad, och det har sämre penetration till CNS än dexametason.

Det går inte att enkelt över-sätta doser av en kortikostero-roid till en annan. Jag anser att barn- och infektionsklini-ker alltid ska ha dexametason i injektionslösning i medicin- rummet och att Betapred ska användas endast i nödfall, om man inte snabbt får fram dexametason.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inge Axelsson arbetar inom the Cochrane Acute Respiratory Infections Group vars ansvarsområde omfattar meningit. Han är korresponderande redaktör för den Cochraneöversikt som diskuteras i artikeln och har i viss mån påverkat innehållet.*

REFERENSER

1. Brouwer MC, McIntyre P, de Gans J, Prasad K, van de Beek D. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD004405.
2. van de Beek D, Farrar JJ, de Gans J, Mai NTH, Molyneux EM, Peltola H, et al. Adjunctive dexamethasone in bacterial meningitis: a meta-analysis of individual patient data. Lancet Neurol. 2010;9:254-63.
3. Barrington KJ. The adverse neuro-developmental effects of post-natal steroids in the preterm infant: a systematic review of RCTs. BMC Pediatr. 2001;1:1.
4. Halliday HL, Ehrenkranz RA, Doyle LW. Early (< 8 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD001146.
5. Visintin C, Muggleston MA, Fields EJ, Jacklin P, Murphy MS, Pollard AJ; Guideline Development Group; National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of bacterial meningitis and meningococcal septicaemia in children and young people: summary of NICE guidance. BMJ. 2010;340:c3209.
6. Syrogiannopoulos GA, Lourida AN, Theodoridou MC, Pappas IG, Babilis GC, Economidis JJ, et al. Dexamethasone therapy for bacterial meningitis in children: 2- versus 4-day regimen. J Infect Dis. 1994;169(4):853-8.
7. Vårdprogram. Bakteriella CNS-infektioner. Stockholm: Svenska infektionsläkarföreningen; 2010. http://www.infektion.net/vardprogram/Vardpr_CNS_100916.pdf

KOMMENTAR:

Betametason accepterat alternativ till dexametason

En strikt hållning med dexametason som enda rekommenderade preparat riskerar att leda till att en stor andel patienter blir helt utan steroidbehandling eller att man i akutsituationen kan komma att fördröja den ojämförligt viktigaste komponenten i behandlingen; omedelbar antibiotikabehandling.

I sin artikel i detta nummer av Läkartidningen presenterar Inge Axelsson det aktuella kunskapsläget för adjuvant behandling med glukokortikoider vid akut bakteriell meningit. Precis som Infektionsläkarföreningens arbetsgrupp för bakteriella CNS-infektioner anser han att vi, trots vissa motsägelser, fulla rapporter i den aktuella litteraturen, bör ge glukokortikoider tillsammans med antibiotika under de fyra första behandlingsdygnen.

Med utgångspunkt från farmakokinetiska överväganden och att man i alla relevanta studier har gett steroiden dexametason framhåller Axelsson att det är just detta preparat som ska användas. Han ifrågasätter här Infektionsläkarföreningens rekommendation om betametason som ett acceptabelt preparat [1]. Mot bakgrund av svårigheten att få tillgång till dexametason (preparatet är numera licensbelagt) riktar Axelsson en uppmaning till landets infektionskliniker och barnkliniker att hålla dexametason i lager. Ur strikt evidensmedicinsk synpunkt är Axelssons uppfattning naturligtvis riktig.

Om dexametason hade varit fullt tillgängligt hade vi också förordat detta preparat före betametason, men nu är dexametason inte registrerat i Sverige. Därför har vi från

Infektionsläkarföreningens sida valt en mer pragmatisk ståndpunkt. Vår inställning grundar sig på det faktum att majoriteten av patienter med akut bakteriell meningit når sjukvården via de allmänna akutmottagningarna, och det är där som diagnosen ställs och behandlingen omedelbart måste påbörjas. Med tanke på diagnosens sällsynthet (årlig incidens ca 2/100 000 inv) och det stora antalet akutmottagningar, varav majoriteten finns på sjukhus som saknar såväl infektions- som barnkliniker, har vi funnit det orimligt att alla dessa enheter söker dispens och håller dexametason i lager. Vi finner det rimligt att framhålla betametason som ett acceptabelt alternativ. Betametason har förvisso inte prövats i kliniska meningitstudier men har farmakologiska och farmakodynamiska egenskaper som är snarlika dexametasonets. Djurmodeller har även visat att betametason har god effekt vid meningit [2]. Betametason är också det dominerande preparatet i neurokirurgisk praxis vid cerebralt ödem och vid förhöjt intrakraniellt tryck.

Sedan 2004 har de flesta svenska sjukhus använt betametason vid bakteriell meningit i enlighet med de rekommendationer vi då publicerade [3]. Enligt Infektionsläkarföreningens meningitregister har vi med nuvarande regimen internationellt sett goda resultat med en total mortalitet kring 10 procent [4]. Resultaten beror naturligtvis inte bara på den generella användningen av glukokortikoider men motsäger inte att betametason och dexametason i klinisk praxis kan ha likvärdig effekt vid bakteriell meningit.

Enligt vår bedömning kan en strikt hållning med dexametason som enda rekommenderade preparat riskera att leda till att en stor andel av patienterna blir helt utan steroidbehandling eller, ännu värre, att man i akutsituationen i väntan på att få fram »rätt« steroid kan komma att fördröja den ojämförligt viktigaste komponenten i behandlingen; omedelbar antibiotikabehandling.

REFERENSER

1. Vårdprogram. Bakteriella CNS-infektioner. Stockholm: Svenska infektionsläkarföreningen; 2010. http://www.infektion.net/vardprogram/Vardpr_CNS_100916.pdf
2. Worsøe L, Brandt CT, Lund SP, Østergaard C, Thomsen J, Cayé-Thomasen P. Systemic steroid reduces long-term hearing loss in experimental pneumococcal meningitis. Laryngoscope. 2010;120:1872-9.
3. Vårdprogram för bakteriella CNS-infektioner 2004. Stockholm: Svenska infektionsläkarföreningen; 2004. http://www.infektion.net/klinik/cns/vardprogram_CNS-inf_2004-3.pdf
4. Kvalitetsregister för infektionssjukdomar: Bakteriell meningit. Stockholm: Svenska infektionsläkarföreningen. http://www.infektion.net/kvalitetsregister_infektionssjukdomar10.html

Magnus Brink

överläkare, infektionskliniken, Östra sjukhuset, Göteborg

Mats Ericsson

överläkare, infektionskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lars Lindquist

professor, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Jan Sjölin

professor, infektionskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Martin Glimåker

överläkare, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Samtliga tillhör Infektionsläkarföreningens programgrupp för Bakteriella CNS-infektioner.