

Lågdoskortison kan rädda liv vid septisk chock!

■ Mortaliteten vid septisk chock är fortfarande hög, 40–60 procent, och tidigare studier i denna patientgrupp har pekat på att en relativ binjuresvikt kan finnas i upp till 30–65 procent av fallen.

I en fransk randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad multicenterstudie (n=300) har hydrokortison i en dos av 50 mg × 4 intravenöst samt via sond en peroral mineralkortikoid (fludrocortison) 0,05 mg × 1 givits under 7 dygn vid septisk chock. Ett inledande kortikotropintest med intravenöst tetra-
kosaktid (Synacthen) gjordes och mätning av serumkortisol 30 och 60 minuter senare.

Relativ binjuresvikt definierades som en serumkortisolökning (högsta värdet minus basvärdet) på 9 mikrogram eller lägre. Relativ binjuresvikt fanns hos 68 procent enligt ovanstående kriterier.

Resultaten visade att för patienter med relativ binjuresvikt var 28-dagarsmortaliteten signifikant lägre i behandlingsgruppen, 53 procent, än i placebo-

gruppen, 63 procent (riskkvot 0,67; 95 procents konfidensintervall 0,47–0,95), »number needed to treat» 7 (95 procents konfidensintervall 4–49).

Vasopressorbehandling kunde avslutas inom 28 dagar i 57 procent av fallen i behandlingsgruppen mot 40 procent i placebogruppen med en mediantid på 7 respektive 10 dagar. För patienter utan relativ binjuresvikt medförde lågdoskortison ingen förändring i mortalitet eller tid för att avsluta vasopressorbehandling. Inga skillnader i biverkningar, inklusive superinfektioner, sågs i lågdoskortisongruppen jämfört med placebo.

Denna studie stöder tidigare studier som visat att lågdoskortison kan återställa kärslsvaret på katekolaminer och reducera tiden för vasopressorbehandling vid terapiresistent septisk chock. I dessa tidigare studier gavs endast hydrokortison men då i en något högre dos. Lågdosbehandling med kortison enligt tidigare regim används redan nu på många inten-

sivvårdskliniker i landet, men tillägg av en mineralkortikoid bör nu övervägas. Lågdoskortisonbehandling tycks vara säker, även om man här saknar uppgifter om effekterna på blodsockernivån.

Enligt min mening bör behandling med lågdoskortison nu definitivt ingå i rutinbehandlingen vid septisk chock där inledande vätskebehandling inte givit förbättring. Författarna rekommenderar även ett kortikotropintest. Om ingen binjuresvikt föreligger kan behandlingen med lågdoskortison då avslutas.

Hans Blomqvist

hans.blomqvist@stgoran.se

Annane D, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA 2002;288(7):862-71

Ny studie kan påverka omhändertagandet av familjer till dödfödda barn

■ Att efter förlösningen se och hålla sitt dödfödda barn minskade inte mödrars oro eller depression under nästa graviditet, snarare tvärtom.

Denna slutsats, för de flesta av oss förvånande och snarast provocerande, kommer från en nyligen publicerad studie som studerat depression, oro och posttraumatisk stress vid nästa graviditet hos kvinnor som fått ett dödfött barn.

Sextiofem gravida kvinnor som vid föregående graviditet fått ett dödfött barn frågades retrospektivt om de hade sett eller inte sett sitt dödfödda barn, och om de hade hållit barnet. Dessa kvinnor jämfördes sedan med en kontrollgrupp på 60 kvinnor som var gravida för första gången. Sjutton kvinnor hade inte sett sitt döda barn, 14 hade sett barnet och 34 hade både sett och hållit sitt döda barn.

Alla kvinnorna genomgick omfattande psykologiska test för att mäta depression och oro. Kvinnorna följdes i ett år, och då studerades också kvinnornas bindning (attachment) till sitt levande ettåriga barn.

Inte oväntat visade kvinnor som fått ett dödfött barn mer oro och depression under graviditeten än kvinnor som inte haft denna upplevelse. Efter ett år kvarstod inte dessa skillnader, men deras

barn visade vid denna tidpunkt signifikant påverkad bindning till mödrarna.

Betydligt mer uppseendeväckande och förvånande var fynden att de mödrar som inte hade sett sina döda barn mådde bäst. Och att bland dem som sett barnen mådde de som hållit sina barn sämre än de som inte gjort det.

Rutinen att låta föräldrar till dödfödda barn se och hålla sitt döda barn är relativt ny. För endast några decennier sedan var sjukvårdens attityd helt annorlunda. För att förment skydda föräldrarna fick de aldrig se sina barn. Erfarenheten att många föräldrar till dödfödda barn ändå upplevde stora psykiska problem gjorde att rutinerna över stora delar av världen ändrades.

Intuitivt upplevde många av oss att det var bättre att inte »lägga locket på» och att ge föräldrarna möjlighet att sörja sitt intrauterint döda barn för att de skulle få bättre möjligheter att gå vidare till nästa graviditet. Vår uppfattning grundades på erfarenhet och allmän psykologisk kunskap. Studier som stödde vår uppfattning fanns inte.

Nu kommer då en, som jag ser det, välgjord studie som påstår att vi hade fel. Den provocerar genom att ge stöd för den tidigare uppfattningen att det var

bättre att inte se sitt barn. Hur ska vi förhålla oss till denna nya kunskap?

Vi kan göra på olika sätt. Det enklaste är att inte tro på den nya studien. Och skeptiska bör vi vara! Vi ska aldrig tro totalt på resultat av enstaka studier. Studien bör granskas. Den kan göras bättre. Vetenskapligt mest oklanderlig vore givetvis en studie som randomiserar kvinnor med döda foster till att se eller inte se sitt döda barn. Men en sådan studie är inte etiskt möjlig. Fler bra studier behövs dock även inom detta mycket känsliga och svårstuderade område.

Den nuvarande studien gör det emellertid inte längre möjligt att säga att »vi vet att det är bättre för föräldrar att se och hålla sitt dödfödda barn». Däremot bör vi, tills våra kunskaper är bättre, fortsätta att erbjuda par denna möjlighet när de så önskar.

Kjell Tullus

tulluk@gosh.nhs.uk

Hughes P, et al. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. Lancet 2002;360:114-8