

Rätt eller fel att inte förskriva antibiotika profylaktiskt?

För en tid sedan fick jag en sammanfattning av SBU:s rapport rörande antibiotika-profylax vid kirurgiska ingrepp (SBU-rapport nr 200). I den drar man slutsatsen att den medicinska vinsten av antibiotikaproylax måste vägas mot risken för en ökad omfattning av antibiotika-resistenta bakteriestammar. En omfattande vetenskaplig granskning av praxis på området, och en konsekvensanalys, leder till slutsatsen att rätt använd antibiotika-profylax minskar den totala användningen av antibiotika. Ett antal kirurgiska ingrepp där man anser att profylaxen minskar antalet infektioner presenteras.

Till min förvåning finner jag att ett starkt vetenskapligt underlag föreligger för att en dos antibiotika profylaktiskt minskar infektionsrisken vid bröstcancerkirurgi. Evidensen baseras på sju studier i en metaanalys omfattande totalt 1945 patienter med en relativ risk på 0,72. Antalet randomiserade individer i de olika studierna var 92 till 606. Den postoperativa infektionsfrekvensen var mellan 8 och 20 procent; i den antibiotikabehandlade gruppen låg den på 4–18 procent. Av de data jag funnit från fem av studierna visar endast två en signifikant sänkning av infektionsfrekvensen, medan en metaanalys påvisade den angivna riskreduktionen 0,72. Studierna är huvudsakligen från England och USA och med varierande antibiotika. Jag tyckte att resultaten visade på anmärkningsvärt höga siffror för postoperativa infektioner jämfört med egen erfarenhet.

Inom NU-sjukvården i Västra Götaland (Norra Älvsborgs länsjukhus (NÄL) i Troll-

hättan, Uddevalla sjukhus samt lokalsjukhusen i Lysekil, Strömstad och Bäckefors) startade 1992 ett komplikationsregister på NÄL där alla patienter som opererades med hudincisioner registrerades. Samtliga fick vid hembesök ett formulär där komplikationer inom 30 dagar skulle anges. Ett frankerat svarskuvert följde med. En undersköterska hade ansvaret för registret, och om svar inte kommit in efter en bestämd tid kontaktade hon patienterna på telefon. Registret hade en så gott som 100-procentig täckning tack vare denna undersköterska. Tyvärr avgick hon med pen-



Foto: Colourbox

Ska antibiotika ges profylaktiskt?

sion 2009 och ersattes inte, varför registret lades ned.

Under perioden 1992 till 2008 utförde vi 4 500 bröstingrepp. 188 postoperativa infektioner registrerades, vilket motsvarar 4 procent. Inga patienter fick rutinmässig antibiotikaproylax. Den årliga frekvensen infektioner varierade mellan

1 och 5 procent. Utifrån dessa resultat finner jag ingen anledning att ändra vår policy rörande antibiotikaproylax.

Jag anser också att rekommendationerna från Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) om återhållsamhet med antibiotikaanvändning bör ha i åtanke.

Jag vore tacksam för synpunkter på om jag gör rätt eller fel för närvarande genom att inte förskriva antibiotika profylaktiskt.

Håkan Salander
bröstkirurg, Uddevalla
hakan.salander@vregion.se

Kommentar från SBU:s projektgrupp:

Uppföljning av infektioner efter bröstcancerkirurgi behövs

SBU:s rapport om antibiotikaproylax vid kirurgiska ingrepp är en systematisk genomgång av bevisläget för användning av profylaktisk antibiotikatillförsel vid olika operationer. SBU:s rapporter redovisar hur kunskapsläget ser ut, och de används som kunskapsunderlag av dem som beslutar i vården.

Hur ska man agera på den enskilda kliniken? Förutsatt att man har en bevisat låg postoperativ infektionsfrekvens i dag finns det knappast skäl att införa antibiotikaproylax, precis som Håkan Salander framför. Det är dock viktigt att följa utvecklingen noga genom prospektiv infektionsregistrering. Många patienter erhåller i dag olika former av neoadjuvanta terapier, och det finns risk att den postoperativa infektionsfrekvensen ökar över tiden. Generellt sett är problemet

att vi inte vet hur infektionsfrekvensen ser ut i Sverige vid bröstcancerkirurgi. Prospektiv registrering av postoperativa infektioner förekommer inte i så stor omfattning som man skulle önska. Det är beklagligt att dessa uppgifter saknas. Vi kan dock hålla med Salander om att en infektionsfrekvens på upp till 20 procent vid ren kirurgi inte är vad vi förväntar oss i Sverige. Detta styrks också av Slanders egen undersökning vid hemmakliniken.

Salander vänder sig mot att rapporten anger att det finns starkt vetenskapligt stöd för endosprofylax vid bröstcancerkirurgi. Denna slutsats grundar sig på ett fåtal studier, som alla är utförda utomlands, framförallt USA och Storbritannien. Det är sju studier med sammanlagt 1 945 patienter. Studiernas resultat stödjer användning

av antibiotikaproylax med en signifikant sänkning av infektionsfrekvensen. Den postoperativa infektionsfrekvensen i kontrollgrupper utan antibiotika var 18–20 procent. Dessa siffror kan synas höga vid ingrepp som får anses rena. Vi håller med Håkan Salander om att infektionsfrekvensen i dessa studier är orimligt hög och på en nivå som man har svårt att acceptera i Sverige. Vi har dock en relativt dålig information från svenska förhållanden.

Vi tackar för påpekandet av Håkan Salander och säger att det inte finns någon anledning att ändra existerande rutiner.

För SBU:s projektgrupp
Bengt Jeppsson
professor i kirurgi,
kirurgiska kliniken, Skånes
universitetssjukhus, Malmö
bengt.jeppsson@med.lu.se