

Uforsvarlige retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus

Hvordan skal et stort medisinsk fagmiljø innrette seg når nasjonale faglige retningslinjer er uforsvarlige og det ikke er tatt hensyn til våre høringsuttalelser?

Det er spørsmål intensiv- og infeksjonsmiljøet ved Rikshospitalet tvinges til å stille seg selv når *Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus* er ferdigstilt fra arbeidsgruppen og Helsedirektoratet går i gang med å legge ut anbefalingene (1).

Aminoglykosider og nyrefunksjon

Fra intensivmiljøet har vi vært særlig kritiske til retningslinjenes brede anbefaling av aminoglykosider ved alvorlig pneumoni og sepsis. Bruken av aminoglykosider på disse indikasjonene er etter vår oppfatning ikke kunnskapsbasert og vil med sikkerhet bidra til at en unødvendig stor andel av disse pasientene utvikler akutt nyreskade i forløpet. Det er godt dokumentert at aminoglykosider medfører nyresvikt hos sepsispasienter (2, 3), noe som har alvorlige følger for muligheten til å gjennomføre annen intensivbehandling.

Sepsispasienter som utvikler respirasjonssvikt i forløpet, er avhengige av at nyrenes bufningsevne er intakt. Dette fordi skånsom respiratorbehandling (lung protective ventilation) innebærer at man aksepterer små tidalvolumer og medfølgende hyperkapnisk acidose for å unngå ytterligere lungeskade. De som har friske nyrer med god bufningsevne tolererer dette godt, mens det ved nyresvikt lett oppstår livstruende acidose. I våre intensivavsnitt har vi lang erfaring med at pasienter med alvorlig respirasjonssvikt og samtidig nyresvikt henvises fra andre sykehus fordi konvensjonell respiratorbehandling ikke lar seg gjennomføre innenfor trygge rammer. ECMO-behandling (ekstrakorporeal membranoksygenering) kan da være eneste alternativ. Slike pasienter har ofte debutert med uklar sepsis og har initialt vært behandlet etter «norsk» regime, inkludert aminoglykosider. Problemstillingen har vært tatt opp med det infeksjonsmedisinske miljøet gang på gang, men er i stor grad blitt ignorert.

Manglende kontraindikasjoner

I intensivavdelingen henger dødeligheten hos sepsispasienter sammen med graden av akutt organdysfunksjon, herunder også

nyresvikt. Veilederen slår imidlertid utvetydig fast at «første dose aminoglykosid skal være høy, uansett alder og nyrefunksjon». Samtidig angis det at man ved en glomerulær filtrasjonsrate (GFR) < 30 ml/min skal unngå aminoglykosider. Hvorvidt pasienten er ustabil hemodynamisk og/eller respiratorisk og/eller har nedsatt diurese, angis ikke som kontraindikasjoner. I slike

«Vi kan naturligvis ikke basere oss på disse retningslinjene»

tilfeller mener vi at aminoglykosider bør unngås. Forebygging av organsvikt burde vært viet større plass i veilederen. Å anbefale aminoglykosider til pasienter med etablert organdysfunksjon (f.eks. akutt respirasjonssvikt) er etter vår oppfatning direkte uansvarlig og i tillegg ukollegialt overfor utøvere av intensivmedisin.

Helt uforståelig blir det når veilederen anbefaler aminoglykosider til pasienter med alvorlige nedre luftveisinfeksjoner. Gentamycin penetrerer dårlig i lungevev, og effekten ved pneumoni er tvilsom. Det ble nylig dokumentert at det medfører økt dødelighet å følge amerikanske retningslinjer for behandling av intensivpasienter med antibiotikaresistent pneumoni. Her fant man at pasienter som fikk nyretoksiske medisiner hadde større risiko for å utvikle nedsatt nyrefunksjon, og at dødeligheten var større hos disse (4).

Hvordan innrette seg?

Så tilbake til innledningsspørsmålet: Hvordan skal vi innrette oss? Vi kan naturligvis ikke basere oss på disse retningslinjene i vår egen behandling av pasienter med alvorlig pneumoni eller sepsis. Men Rikshospitalet har også ansvar for utdanning av et stort antall spesialistkandidater. Til dem vil vi vise til litteraturen og til de

mange pasientene med ødelagte nyrer som henvises til oss fra andre sykehus året rundt. Hvorvidt de vil la seg forlede av de foreliggende retningslinjene, får være opp til dem.

Ingvild Nordøy
Jon Henrik Laake
jlaake@ous-hf.no

Ingvild Nordøy (f. 1960) er dr.med. og overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.


Jon Henrik Laake (f. 1963) er dr.med. og overlege ved Akuttklinikken, Avdeling for anesteologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Han er styremedlem og leder av Clinical Practice Committee i Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus. <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-arbeid/Sider/nasjonal-faglig-retningslinje-for-antibiotikabruk-i-sykehus.aspx> (3.5.2013).
- Paul M, Silbiger I, Grozinsky S et al. Beta lactam antibiotic monotherapy versus beta lactam-aminoglycoside antibiotic combination therapy for sepsis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD003344.
- Marcus R, Paul M, Elphick H et al. Clinical implications of β -lactam-aminoglycoside synergism: systematic review of randomised trials. *Int J Antimicrob Agents* 2011; 37: 491–503.
- Kett DH, Cano E, Quartin AA et al. Implementation of guidelines for management of possible multidrug-resistant pneumonia in intensive care: an observational, multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 181–9.

Mottatt 13.3. 2013 og godkjent 21.3. 2013. Medisinsk redaktør Hanne Støre Valeur.

 Podkast på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.