



INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

SMITTSKYDD, NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING, 971 80 LULEÅ, TELEFON 0920-28 36 16

Nr 4 – 2008

Innehåll

Antibiotika	1
<i>Antibiotikaförskrivning i Norrbotten första halvåret 2008</i>	1
<i>Uppdaterade antibiotikarekommendationer för öppenvård</i>	2
Vaccinationsstatistik	3
<i>Barnvaccinationer</i>	3
<i>Influensavaccination till medicinska riskgrupper</i>	4
Sexuellt överförda infektioner	5
<i>Klamydia i Norrbotten</i>	5
<i>Syfilis "den stora imitatören"</i>	5
<i>Handlingsplan mot sexuellt överförda infektioner i Norrbotten</i>	6

Antibiotika

Antibiotikaförskrivning i Norrbotten första halvåret 2008

Halvårsstatistiken från Apoteket Farmaci AB har nu nått oss. Den visar att förskrivningen av antibiotika i NLL´s öppenvård minskat något med avseende på antalet förskrivna recept, att aktuella rekommendationer för dosering vid förskrivning av betalaktamantibiotika följts bättre, och att val av antibiotikum vid framför allt urinvägsinfektioner varit bättre än tidigare. Vi kan också se att minskningen av förskrivning av antibiotika över lag varit större i riket. Det har medfört att NLL halkat ner från 7:e till 11:e plats bland landstingen med minst antibiotikaförskrivning.

Uppdaterade antibiotikarekommendationer för öppenvård

Vinsten med att behandla luftvägsinfektioner i primärvården med antibiotika är liten om inte patienten är svårt sjuk. Men om man som förskrivare väljer att skriva ut ett antibiotikum bör dosering och behandlingstid vara så optimal som möjlig utifrån befintlig kunskap.

Sedan tidigare finns ett dokument på såväl LK:s hemsida som Stramas (via Smittskydd) med detaljerade doseringsrekommendationer vid vanliga infektionstillstånd i öppen vård. Rekommendationerna har nu uppdaterats och följande förändringar har gjorts:

När det gäller dosering av betalaktamantibiotika, det vill säga penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer, är det visat att effekten är beroende av den tid den fria (ej proteinbundna) serumkoncentrationen ligger över den minsta hämmande koncentrationen (MIC) för den aktuella bakterien ($T > MIC$). Hur lång $T > MIC$ ska vara är med stor sannolikhet beroende av hur allvarlig infektionen är, men siffror på minst 40-50 % av doseringsintervallet har visat sig ge maximal effekt vid t ex otit- och sinusitbehandling. För att ligga inom detta intervall bör dosering hos vuxen av fenoximetylpenicillin vid infektioner orsakade av pneumokocker, t ex akut mediaotit, akut rhinosinuit och samhällsförvärd pneumoni, vara 1 g x 4 (se RAF:s hemsida www.srga.org under fliken dosering). Tidigare rekommenderade vi 1,6 g x 3 på denna indikation, men 1 g x 4 ger både mindre total mängd antibiotika och längre $T > MIC$ och är därför att föredra. I de nyligen publicerade riktlinjerna från Läkemiddelsverkets workshop "Farmakologisk behandling av nedre luftvägsinfektioner i öppen vård" rekommenderas endast 1 g x 3 på denna indikation. Den doseringen är dock suboptimal om inte patienten har nedsatt njurfunktion och därmed längre halveringstid för fenoximetylpenicillin (t ex äldre patienter). Strama i Norrbotten rekommenderar därför i normalfallet doseringen 1 g x 4 i 7 dagar. Som en anpassning till riktlinjerna har vi dock ersatt klindamycin med doxycyklin vid pneumonibehandling till vuxna med penicillinalergi. För vuxen patient med mediaotit som inte svarar på penicillin måste diagnosen omprövas.

För barn med mediaotit eller streptokocktonsillit som måste antibiotikabehandlas har doseringen av fenoximetylpenicillin ändrats från 2-3 dosering till endast 3 dosering, vilket bör vara möjligt att upprätthålla även då barnen går på dagis om dos nummer 2 tas direkt efter hemkomst.

För akut rhinosinuit har följande tillägg gjorts: "Akut rhinosinuit är plötslig debut av två eller flera symtom, varav ett ska vara nästäppa eller snuva och det andra tryck/värk i ansiktet eller nedsatt luktsinne. Vid kvarvarande eller ökande symtom efter 5 dagar kan mometason (Nasonex) prövas om symtomen är moderata och antibiotika +/- mometason (Nasonex) övervägas om symtomen är svåra (feber >38 grader och svåra smärtor)." Detta tillägg baserar sig på nya europeiska riktlinjer för behandling av rhinosinuit.

Vid akut exacerbation av kronisk obstruktiv lungsjukdom har följande tillägg gjorts: "Om missfärgade upphostningar saknas är antibiotikabehandling som regel inte indicerad". Om antibiotikabehandling är indicerad är behandlingstiden förkortad till 5-7 dagar i enlighet med Läkemiddelsverkets rekommendationer.

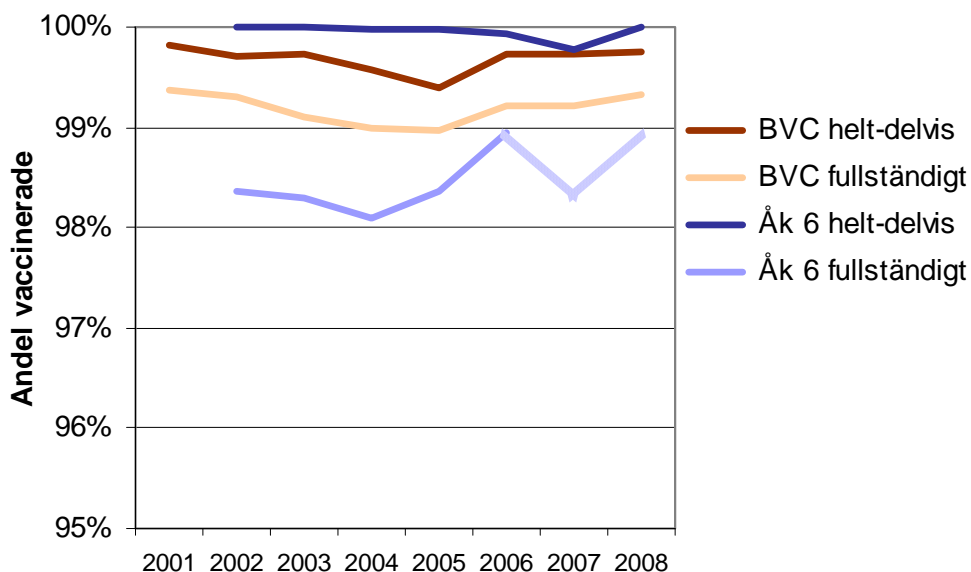
Rekommendationerna för behandling av UVI har inte ändrats annat än vad gäller ordningsföljden av namngivna antibiotika så att det tydligare framgår att nitrofurantoin och pivmecillinam är förstahandsalternativ. Däremot har nitrofurantoin tagits bort som förstahandsalternativ vid långtidsprofylax – en försiktighetsåtgärd med tanke på biverkningsrisken.

Strama genom Ingrid Brännström, leg apotekare

Vaccinationsstatistik

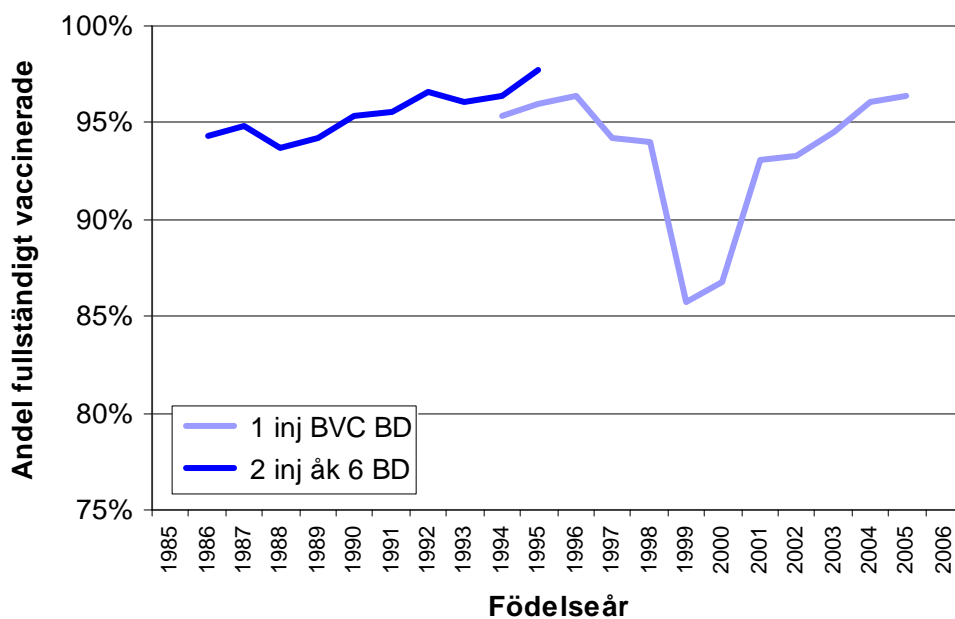
Barnvaccinationer

Till vår glädje har vi fortfarande bra vaccinationstäckning för alla vacciner i barnvaccinationsprogrammet, se figur 1 – 2 nedan.



Figur 1. Vaccinationsstatus avseende difteri, stelkramp och kikhosta (DTP) i Norrbotten – uppgifter från barnavårdscentraler (BVC) och skolhälsovård (Åk 6).

Vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) ingår sedan 1982 i det svenska barnvaccinationsprogrammet. Efter ett par rapporter under 90-talet om misstanke att det skulle finnas ett samband mellan vaccination mot mässling och Mb Crohn och autism, något som sedermera dementerats av flera oberoende forskargrupper, sjönk vaccinationstäckningen i Sverige. Även i Norrbotten satte detta sina spår, framför allt bland barn födda 1998-2001, se figur 2. Lyckligtvis har förtroendet för vaccinet återupprättats och vi har nu lika bra vaccinationstäckning bland treåringarna som före nedgången. Det blir intressant att om tre-fyra år se om de barn som föddes 1998-2001 fått den kompletterande vaccination som rekommenderats.



Figur 2. Fullständigt vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) i Norrbotten. Uppgifter från barnavårdscentraler (BVC) och skolhälsovård (Åk 6), efter födelseår.

Från nyår införs vaccination mot pneumokocker i barnvaccinationsprogrammet (SOSFS 2006:22) http://www.sos.se/sosfs/2008_7/2008_7.htm Det nya programmet framgår schematiskt av Tabell 1 nedan. För Norrbottens del innebär det att barn som är födda 1:a oktober 2008 eller senare kommer att erbjudas pneumokockvaccin i samband med sitt första vaccinationstillfälle.

Av föreskriftens 8 § framgår att barn upp till 18 års ålder, som inte har vaccinerats i enlighet med vaccinationsprogrammet, ska erbjudas kompletterande vaccination. Det är respektive huvudman för barn- respektive skolhälsovård som har ansvaret för och ska bekosta detta. Det framgår inte av föreskriften vem som ska utföra vaccinationerna. I de fall där kompletterande vaccination behövs av ett vaccin som inte rutinmässigt ges inom skolhälsovården kan det vara praktiskt att lokalt söka samarbete med närmaste vårdcentral om detta.

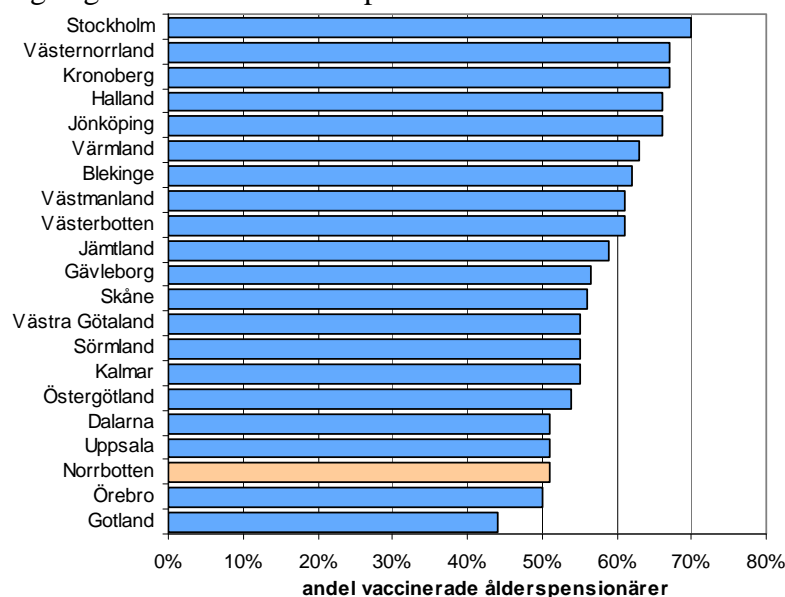
Tabell 1 *Barnvaccinationsprogrammet från och med 2009-01-01, schematisk översikt.*

Ålder	Barnhälsovård					Skolhälsovård	
	3 mån	5 mån	12 mån	18 mån	5–6 år	6–8 år	14–16 år
Årskurs						1–2	8–9
Difteri	I	II	III		IV		V
Stel-kramp							
Kik-hosta							
Polio							
Hib*							
Pneumo-kocker							
Mäss-ling				I		II	
Pås-sjuka							
Röda hund							

* *Haemophilus influenzae* typ b

Influensavaccination till medicinska riskgrupper

Nu är det snart dags att starta årets vaccinationer mot influensa till medicinska riskgrupper. Det är nu femte året i rad som vi bara lyckats vaccinera ca 50 % av ålderspensionärerna. Nationellt och inom EU är målet att minst 75 % av ålderspensionärerna ska vaccineras för att förhindra onödig sjuklighet och överdödlighet. Som framgår av figur 3 har de allra flesta landsting nått längre än NLL i detta arbete. Några är ganska nära att uppnå målet. Det är angeläget att vi inte hamnar på efterkälken!

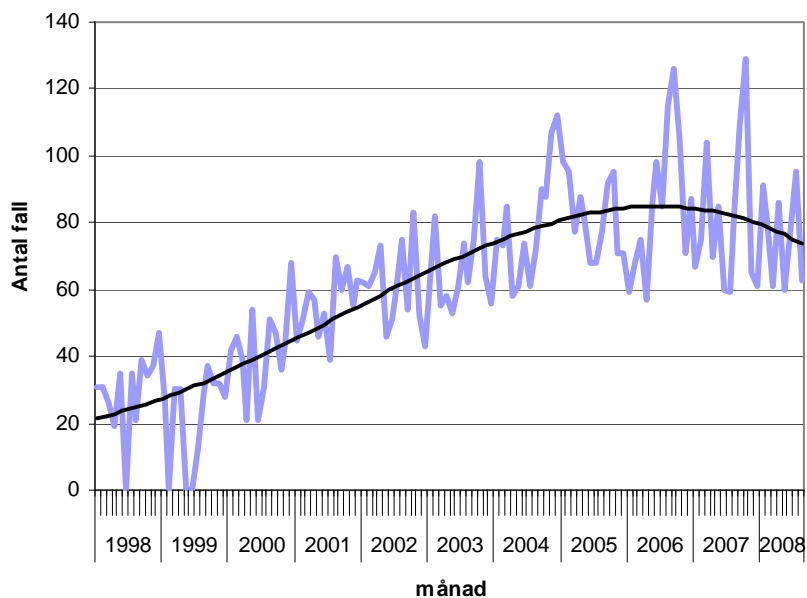


Figur 3. *Andel vaccinerade ålderspensionärer inför säsongen 2007-2008, per landsting.*

Sexuellt överförda infektioner

Klamydia i Norrbotten

Vi har hittills i år registrerat ungefär lika många fall av klamydia som förra året, se figur nedan. Den minskning vi då noterade tycks inte ha varit en tillfällighet. För att utesluta att vi skulle ha drabbats av en ny muterad klamydia, som inte upptäckts med våra analysmetoder, har vi låtit analysera 144 negativa prover vid referenslaboratoriet i Uppsala. Inte i något av proverna kunde klamydia påvisas.



Rapportering av klamydiafall i Norrbotten per månad (blå linje) med trendkurva (svart linje).

Syfilis "den stora imitatören"

De senaste 30 åren har antalet syfilisfall minskat i Sverige även om det skett en viss ökning senaste åren. Antalet anmälda fall var under mitten av 90-talet färre än 50 fall per år för att under 2000-talet åter stiga. År 2007 anmäldes 240 nya syfilisfall i Sverige. Den största ökningen är i storstäderna, där gruppen män som har sex med män står för majoriteten av fallen. Inhemsk heterosexuell smitta, importerad smitta och smittade kvinnor är fortfarande sällsynt och därför extra lätt att missa. Med tanke på att det blivit vanligare med allt fler sexuella kontakter hinner en smittad person smitta flera partners, och det blir ett omfattande smittspåringsarbete. Det är därför viktigt att inte glömma bort syfilis, som kan ge mycket varierande symtombild. Följande patientfall beskriver detta.

En ensamstående kvinna insjuknar med feber, ledvärk och allmän sjukdomskänsla, och söker därför hjälp på vårdcentral. Där noteras en lätt CRP-stegring och man misstänker en virus med ledvärk. Det framkommer att patienten en månad tidigare varit hos barnmorskan och kontrollerat klamydia, gonorré, HIV och hepatiter. Samtliga prover var utan anmärkning.

Fyra dagar senare söker hon igen pga fortsatta besvär och får då utskrivet tablett Pronaxen. Funderingar finns då också på reumatologkonsultation med tanke på ledsjukdom i släkten.

Trots behandling med Pronaxen i 14 dagar söker hon åter pga fortsatt ledvärk, svalgmärta och subfebrilitet. Pronaxen utsätts på misstanke om hudreaktion. Distriktsläkaren noterar nytillkomna röda utslag i ansiktet och på bröstkorgen, leverförstoring, anemi, förhöjt ALP samt CRP och SR värden kring 100. Patienten remitteras till sjukhus.

På sjukhuset görs en omfattande provtagning avseende bakterier, virus och markörer för reumatiska sjukdomar. Dessutom utförs datortomografi av buken som visar en klart försto-

rad lever med normal parenkymteckning. Leverbiopsi utförs och visar ospecifik inflammation. I samband med reumatologkonsultation ordinerar syfilisprov, som visar kraftigt förhöjda värden talande för aktuell infektion.

Patientens symtom stämmer väl överens med syfilis i sekundärstadiet. Hon har inte noterat sår vare sig genitalt eller oralt, dvs symtom på primär syfilisinfektion. Eftersom de genitala sårerna inte är smärtsamma är det inte ovanligt att de passerar obemärkta hos kvinnor. Patienten remitterades till Hudmottagningen och fick behandling med Tardocillin 2,4 miljoner enheter intramuskulärt två gånger med en veckas mellanrum. Hon tillfrisknade inom tre veckor.

Smittspårning visade sig bli ett omfattande arbete. Drygt 20 personer kallades för provtagning, varvid det visar sig att ytterligare tre personer hade positivt prov för syfilis. Ett av fallen hade haft symtom på primär syfilis med oralt sår och sekundär syfilis med feber, trötthet, sjukdomskänsla och sökt sjukvården men inte fått diagnos. Det andra fallet utredes för ett genitalt sår men hade inte fått diagnos. Det tredje fallet förnekade symtom men prover visade aktuell smittsam syfilisinfektion. Smittan har mest troligt kommit från ett grannland. Dessa fall belyser hur svårt det kan vara att tänka på syfilis som en möjlig diagnos. Två korta sammanfattande råd är följande:

1. Ett genitalt sår eller atypiskt oralt sår bör alltid utredas för syfilis. OBS! Ta om provet efter fyra veckor då det kan ta denna tid för att få positiv serologi.
2. Patienter med feber, hudutslag, ledvärk, förstörade lymfkörtlar, buksmärta, neurologiska symtom och som utreds "brett" med virusserologi, antikroppar för autoimmuna sjukdomar och liknande bör även testas för syfilis och HIV.

Syfilisfall i Norrbotten handläggs av venereolog. Vid frågor angående syfilis kontakt Hud- och STD-mottagningen Sunderby sjukhus

Marie Edfast, överläkare vid Hud- och STD-mottagningen Sunderby sjukhus.

Handlingsplan mot sexuellt överförda infektioner i Norrbotten

Smittskydd får många frågor om handläggning av fall av sexuellt överförda infektioner, framför allt om hur man gör när man skickar remiss för smittspårning. De allra flesta svaren på frågorna finns i landstingets "Handlingsplan mot sexuellt överförda infektioner i Norrbotten" som man finner under (<http://www.nll.se/twosection.aspx?id=53163>). Landstingets STI-grupp reviderar kontinuerligt handlingsplanen. Om det är något ni anser bör ändras i handlingsplanen eller undrar över, kontakta någon av oss på Smittskydd så tar vi upp frågan vid nästa möte i STI-gruppen.

Anders Österlund
smittskyddsläkare

Anders Nystedt
bitr smittskyddsläkare

Ann-Louise Svedberg
smittskyddssköterska

Ann-Marie Cylvén
smittskyddssköterska

Inga-Lill Lundqvist
smittskyddssekreterare