

Antibiotika gitt forebyggende ved keisersnitt

Formidlet av Marita S. Fønhus



Blant kvinner som føder ved hjelp av keisersnitt, vil forebyggende antibiotika trolig redusere sjansen for å få infeksjoner. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter oppsummeres tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om og vurdert effekt av å gi forebyggende antibiotika sammenlignet med å ikke gi antibiotika til kvinner som føder ved hjelp av keisersnitt.

De fant at med forebyggende antibiotika:

- vil trolig færre kvinner få infeksjon i operasjonssåret, livmorbetennelse, alvorlige infeksjonskomplikasjoner og urinveisinfeksjon (middels tillit til resultatet)
- vil trolig færre kvinner få feber (middels tillit til resultatet)
- vil muligens flere kvinner få bivirkninger (liten tillit til resultatet)
- vil trolig kvinnene ligge omtrent like lenge på sykehus (liten tillit til resultatet)

Det er i midlertid usikkert hvorvidt forebyggende antibiotika gitt til mor påvirker barnets helse.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Kvinner som IKKE får antibiotika ved keisersnitt	Kvinner som får antibiotika ved keisersnitt	Tillit til resultatet
Sårinfeksjon Færre kvinner vil trolig få infeksjon i operasjonssåret med forebyggende antibiotika	89 per 1000	36 per 1000 (31 til 41 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
Livmorbetennelse (endometritt) Færre kvinner vil trolig få livmorbetennelse med forebyggende antibiotika	160 per 1000	61 per 1000 (54 til 67 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
Alvorlige infeksjonskomplikasjoner² Færre kvinner vil trolig få alvorlige infeksjonskomplikasjoner med forebyggende antibiotika	25 per 1000	8 per 1000 (5 til 12 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
Urinveisinfeksjon Færre kvinner vil trolig få urinveisinfeksjon med forebyggende antibiotika	90 per 1000	50 per 1000 (44 til 59 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels ^{1A}
Feber Færre kvinner vil trolig få feber med forebyggende antibiotika	287 per 1000	129 per 1000 (115 til 146 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels ^{1A}
Bivirkninger³ Flere kvinner vil muligens få bivirkninger med forebyggende antibiotika	2 per 1000	5 per 1000 (2 til 13 per 1000)*	⊕⊕○○ Liten ^{1B}
Dager på sykehus Det er trolig liten eller ingen forskjell i hvor mange dager kvinnene ligger på sykehus med forebyggende antibiotika		0,46 dager mindre (0,65 til 0,28 dager mindre)*	⊕⊕⊕○ Middels ^{1A}

* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekti. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden ¹ Forfatterne kvalitetsvurderte ikke selv dette utfallet. ^A Vi har trukket ned for risiko for systematiske skjevheter ^B Vi har trukket ned for usikkerhet rundt effektestimatet ² Infeksjonskomplikasjoner som bakteriem, septisk sjokk, septisk tromboflebit, nekrotiserende fasciitt eller død ³ Et bredt spekter av bivirkninger og alvorlighetsgrad

Bakgrunn

Keisersnitt ble i sin tid introdusert som en livreddende metode for både mor og barn. I lavinntektsland, hvor store deler av befolkningen ikke har tilgang til fødsels-hjelp, ser man at dødeligheten blant mødre og barn reduseres når andelen keisersnitt går opp. Hvis, derimot, antallet keisersnitt øker over en viss grense, så ser man ikke ytterlige fordeler for mor eller barn. I noen studier har man til og med observert at høye keisersnitt-tall kan forbindes med negative konsekvenser for helsen til mor og barn (WHO).

Sammenliknet med kvinner som føder vaginalt, har kvinner som føder ved hjelp av keisersnitt opptil 20 ganger større risiko for å få en infeksjon. Den største risikofaktoren for å få infeksjon i forbindelse med eller etter fødselen, er keisersnitt. Typiske infeksjonskomplikasjoner består i feber, sårinfeksjon, livmorbetennelse og urinveisinfeksjon. Mindre vanlige, men svært alvorlige infeksjonskomplikasjoner som kan oppstå er ansamling av puss i bekkenet, vevsødeleggelse i livmorveggen, forekomst av bakterier i blodet som igjen kan føre til blodforgiftning og sirkulasjonssvikt.

I Norge

I følge Folkehelseinstituttet utføres det årlig over 10 000 keisersnitt i Norge. Om lag ett av seks barn kommer i dag til verden på denne måten (16 -17 prosent). Andelen har økt betydelig de siste 20 årene og keisersnitt er i dag en av de vanligste operasjonene på norske sykehus. Det er to typer keisersnitt; planlagte (elektive) og akutte (hastekeisersnitt). Planlagt keisersnitt vil si at beslutningen blir tatt minst åtte timer før inngrepet gjøres.

I 2013 fikk 4,2 prosent av kvinner som forløste ved hjelp av keisersnitt infeksjoner. Av disse var nesten en tredjedel dype og organ/hulrominfeksjoner (Folkehelseinstituttet). I følge Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus anbefales det at alle som føder ved hjelp av hastekeisersnitt og kvinner som føder ved hjelp av planlagt keisersnitt med økt risiko får en forebyggende engangsdose av antibiotikumet Cefalotin (førstegenerasjons cefalosporin). Dette begrunnes i at infeksjonsfrekvensen er høyere og infeksjonene mer alvorlig og konsekvensene større hos disse kvinnene. Faren for økt resistensutvikling er et annet viktig hensyn som er tatt bak denne anbefalingen.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i juli 2014, og fant 95 studier med over 15 000 kvinner som de inkluderte i oversikten. Studiene var fra store deler av verden med en



hovedvekt fra vestlige land. Studier hvor kvinnene fødte ved hjelp av både planlagte og akutte keisersnitt ble inkludert. I 17 studier (med 3500 kvinner) var data tilgjengelig fra planlagte keisersnitt mens det i 22 studier (med 2500 kvinner) var data tilgjengelig på akutte keisersnitt. I to studier ble kvinner som fødte ved hjelp av planlagte og akutte keisersnitt inkludert. I resten av studiene (59 studier med til sammen 8500 kvinner), ble det ikke presisert hvilken type keisersnitt som ble undersøkt.

Antibiotika ble gitt intravenøst enten ved starten av operasjonen (før navlestrengkuttingen) eller etter navlestrengkuttingen. I 40 studier (5600 kvinner) ble antibiotika gitt før navlestrengkuttingen og i 51 studier (8400 kvinner) ble antibiotika gitt i forbindelse med eller etter navlestrengkuttingen. De antibiotikatyperne som var mest brukt i studiene var typer som ampicillin, cefalosporin (første- og andre generasjons), cefamycin, metronidazole og penicillin. Diagnosekriteriene for livmorbetennelse var konsistent mellom studiene. Feber ble rapportert i de fleste studier, men varierte noe når det gjaldt hvor høy feberen var, hvor hyppig mellom og hvor lenge etter operasjon den oppstod.

Urinveisinfeksjon ble sjelden definert som symptomatisk urinveisinfeksjon. Det var definert som bakterier i urinen i de fleste studier. Mikrobiologisk testing var sjeldent påkrevd for å diagnostisere sårinfeksjon eller livmorbetennelse. Blant studiene var det ingen entydig definisjon på hva alvorlige infeksjonskomplikasjoner bestod av. Veldig få av de inkluderte studiene så ut til å ha søkt svar på om antibiotika gir bivirkninger for mor og barn. Stort sett var den metodologiske kvaliteten på de inkluderte studiene uklare.

Kilde

Smaill FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD007482.