

Kära läsare!

Snart nyår och jag hoppas förstås att de flesta prenumeranter fortsätter, särskilt som ni har börjat se effekten av Anjas tillskott. Anja är inte bara infektionsöverläkare i Örebro. Hon är också med i infektionsläkarnas referensgrupp för vaccinationer och har i minst 10 år haft huvudansvar för Örebroklinikkens vaccinationsverksamhet. Utan henne hade Reserådet lagts ner vid årsskiftet...

Fråga: Vi har en familj som ska åka till Nigeria med sin 9 månaders baby. Vi har tänkt att de måste skydda henne med Lariam 1/4 tabl varannan vecka, tänker vi rätt? Hon väger 8 kg. Hon har fått MMR och är planerad för gula febern- och hepatit A-vaccin. Varför kan de inte bara njuta i Sverige...

Svar: Håller helt med om resmålet och ditt vaccinförslag + vacciner som ingår i nationella barnvaccinprogrammet. Hur länge skall de stanna?

Fråga: Kund skall resa till Kenya i en månad, någon vecka ute på landet. Tagit gula febern-vaccin 2008. Räcker det med en dos? Vad jag kan läsa mig till skall det göra detta.

Svar: Ja, jag håller med (fast det skadar inte med att använda flik 4 med info från WHO).

Fråga: Kvinna, 37 år flyttar med familj till Brasilien under mars 2024. Vaccin Twinrix I för en månad sedan, får idag Twinrix II. OK ge Twinrix III precis innan avresa, dvs om knappt 4 månader?

Svar: Tja, räkna med marginellt sämre skydd men det bör ändå räcka. Och dos 3 kan säkert tas i Brasilien om man letar lite...

Fråga: Har en frisk Nepalresenär i +50-årsåldern som varit i Nepal och vandrat många gånger, även på högre höjder, 5000 möh. Förra

gången han varit där och vandrade fick han en ÖLI och vätska i ena lungsäcken. Nu skall han åka igen och vistas på höga höjder, funderar på Diamox för honom. Är doseringen 125 mg morgon och kväll (läser lite olika) från 1-2 dagar innan uppstigning till 2-3 dagar efter nedstigning?

Svar: Diamoxrekommendationer varierar men det vanliga nu är att man börjar 1 dygn innan man når den höga höjden och bara tar tre dagar. Hans pleurit har väl läkt ut hoppas jag (= berodde inte på höjdsjuka) och är då ingen kontraindikation mot höjden.

Fråga: Svetsare står med på listan av personer som tillhör riskgrupp för allvarlig pneumokockinfektion. Då de tillhör gruppen "ökad risk" erbjuds de avgiftsfri vaccination med Pneumovax via Region Dalarna. Som jag uppfattat det ska Pneumovax inte ges mer än ett par gånger p g a hyporespons. Svetsare är förstås ofta relativt unga och kommer att ha behov av skydd under lång tid. Finns det utifrån det anledning att rekommendera dem vaccination med Apexxnar alt Synflorix + Pneumovax 2 månader senare men som då inte blir avgiftsfri eller ger endast Pneumovax ett tillräckligt bra skydd? Ska vi då rekommendera att de får Pneumovax med 5 års intervall och i så fall hur många gånger?

Svar: Vi vet nu att graden av hyporespons efter 5 år är mycket låg och att det därför blivit accepterat att ge en ny dos då. Vad som händer efter ytterligare boosterdosar vet vi inte. Det kan ju finnas ytterligare riskfaktorer, exempelvis KOL och åtminstone då blir det rimligt att också ge ett konjugatvaccin men då med så många serotyper som möjligt, dvs Apexxnar.

Fråga: Triaxis och Boostrix rekommenderas att ges till gravida efter vecka 16. RS-vaccinet Abrysvo rekommenderas att ges mycket senare, helst vecka 32-36 då antikroppsöverföringen är snabbast? Varför olika graviditetsveckor?

Svar: Min enda förklaring är att studierna har gjorts med olika intervall. Själv skulle jag

föredra i början av tredje trimestern för Triaxis eller Boostrix.

Fråga: Kvinna, född -58 med oligoartrit, står på Methotrexate. Fått facialis pares av sin första Comirnaty vaccindos, därefter har hon erhållit Nuvaxovid x 2 utan komplikationer. Denna tillhandahålls ju ej längre. Hon har kontaktat FHM, 1177 och privata vaccinatörer som hänvisat till VC.

Svar från Anja: Hur säker är vi på att hennes facialis pares verkligen orsakades av Comirnaty? Antagligen inte alls är min gissning utan det är en bedömning, kanske tidigt under vaccinationskampanjen när vi visste mindre än idag. I flera större analyser och metaanalyser har man sett ingen eller låg risk för facialis pares efter covid-vaccination, och man bedömer nästan alltid att risken för facialis pares efter covid-INFEKTION är betydligt högre. Sambandet är svagt och verkar vara störst för adenovektorvaccinen, men med andra ord finns säkert en teoretisk risk vid Nuvaxovid också. Under våren och sommaren 2021 när så många vaccinerades är det ofrånkomligt att några kom att få t ex facialis pares i tidsmässigt samband med vaccination utan att vaccinet är orsaken. Jag har haft enstaka sådana fall och vaccinerade dem med mRNA-vaccin när paresen gått tillbaka. Fick ingen info om att den återkom så jag antar att det gick bra. Oavsett om facialis paresen orsakats av vaccinet eller ej så är det inget som säger att man inte kan ge en ny dos när symtomen klingat av (finns få fallrapporter redovisade tyvärr). Även vid allvarliga immunologiska biverkningar som myokardit efter vaccin (där vi vet att det finns ett tydligt samband) säger vi idag att man kan vaccinera om indikationen är stark.

Så här skulle jag göra:

1. Om patient tillhör riskgrupper skulle jag i första hand vaccinera med Comirnaty i samråd med patienten efter att du delat informationen ovan. Detta kan vara pedagogiskt svårt om hennes ÖNH-läkare definitivt sagt att det beror på vaccinet (även om deras bedömning är en uppskattning lika mycket som min), men vissa personer är mottagliga för argument och motiverade. Rapportera gärna tillbaka hur det har

gått om hon tar vaccinet. Tillhör hon ingen riskgrupp skulle jag inte vaccinera alls.

2. I andra hand skulle jag vänta. Jag har fått information att en uppdaterad Nuvaxovid är på gång och det ser ut som det blir godkänt av EMA. När det kommer och hur det kommer fördelas i din region vet jag inte, det får du själv göra lite research om hos ert Smittskydd. Men det kan ju dröja en månad eller två fortfarande och covid har vi gott om här och nu, så här måste man ju verkligen väga risk mot nytta för den enskilda patienten och få henne att förstå detta.

Fråga: Jag har en kund med essentiell trombocytemi som behandlas med Hydrea samt Clopidogrel. Hon vill vaccinera sig mot bältros. Jag bad henne att fråga behandlande läkare hur vi går tillväga. Igår kom hon åter, lite förtvivlad då hon "skickats runt" mellan läkare och sjuksköterskor utan att få några konkreta svar och råd. Min fråga är om hon kan sätta ut Hydrea en viss tid för att kunna vaccinera sig och i så fall hur länge?

Svar: Även om Hydrea sänker immunförsvaret är det i första hand levande vacciner som då blir kontraindicerade. Jag förutsätter att din kund inte har trombocytvärden som är under 30 och tror att det går bra med Shingrix som inte är levande.

Tillägg från Anja: Ska kunden ha bältrosvaccin (= ålder uppfylld)? Hydrea i sig är nog inte tillräckligt immunsupprimerande för att påverka egen indikation oavsett ålder. Skall vaccin ges skall man så klart välja Shingrix som både är bättre och säkrare vid immunsuppression. Vi sätter i princip aldrig ut/gör uppehåll i immunsuppressiv behandling för ev vaccination (undantaget kan vara om mycket angeläget med levande vaccin). Om trombocytnivåerna är OK (jag räknar ofta över 30, men annars bra om kunden stämt av med sin hematolog) ser jag inga problem att ge Shingrix.