الفصل (24)

العلاج التعويضي بالغلوبيولينات المناعية والعلاجات الأخرى لأمراض نقص الأضداد

Immunoglobulin Therapy and Other Medical Therapies for Antibody Deficiencies

هناك العديد من العلاجات الطبية النوعية المتوفرة لمرضى نقص المناعة الأولي التي تتضمن الجهاز المناعي الخلطي، وهذه الأمراض تشمل غياب الغلوبيولين غاما المرتبط بالصبغي (X) ونقص المناعة المتنوع الشائع، وتتميز بنقص أو إعاقة عمل المضادات الجسمية، والعلاج الفعال لهذه الاضطرابات هامة لمعظم المرضى فهي تحسن من صحتهم وتحسن نوعية حياتهم وتسمح لهم أن يصبحوا أعضاء ناضجين في المجتمع، وستتم مناقشة علاجات عوز المضادات الجسمية في هذا الفصل، وينبغي مناقشة نسب المخاطر والفوائد الفردية لجميع هذه العلاجات مع مقدم الرعاية الصحية.

العلاج بالغلوبيولين المناعي

مصطلح الغلوبيولين المناعي يشير إلى جزء من بلازما الدم يحتوي على الغلوبيولين المناعي والأجسام المضادة، وسنرمز لها (Ig) هنا، وهذه الغلوبيولينات المناعية في المصل أو البلازما هي (آ، ج، د، م، ي) " IgG، IgM، IgA، IgD، IgE"، والأفراد غير القادرين على إنتاج كميات كافية من الغلوبيولين مثل المرضى بغياب الغلوبيولين غاما المرتبط بالصبغي إكس ونقص المناعة المتنوع الشائع ومتلازمة ارتفاع الغلوبيولين (م) ومتلازمة ويسكوت الدريتش والأنواع الأخرى من نقص الغاما غلوبيولين قد يستجيبون من تزويدهم بالغلوبيولين. الغلوبيولين المناعي غاما (ج) هو المصفى والمأخوذ من البلازما لإنتاج الغلوبيولين التجاري ولذلك يحوي كميات قليلة جدًا من الغلوبيولينات المناعية الأخرى آ، د، م، ي وكما هو موضح في فصول أخرى من هذا الكتاب، تنضج الخلايا اللمفاوية البائية إلى خلايا بلازمية والتي تصنع الأجسام المضادة وتفرزها إلى مجرى الدم.

بالمعنى الحرفي للكلمة فهناك الملايين من الأجسام المضادة المختلفة في كل شخص طبيعي ولكن بسبب وجود العديد من الجراثيم المختلفة، فلا يوجد شخص واحد قام بصناعة مضادات جسمية لكل الجراثيم، وأفضل طريقة للتأكد من أن الغلوبيولين سيحتوي على مجموعة متنوعة واسعة من الأجسام المضادة هو قطف البلازما من العديد من الأشخاص.

تاريخيًا أول ما استخدم الغلوبيولين لمنع حدوث العدوى كان في الحرب العالمية الثانية وأعطي لعلاج أمراض نقص المناعة الأولي لأول مرة في عام 1952، كان الشكل الوحيد المتوفر حتى أوائل عام 1980 هو الشكل المعطى عضليًا (عن طريق الحقن العميق في العضلات)، وعلى الرغم من أنه كان يعطى تسريبًا تحت الجلد في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل نادر ولكن كان التسريب تحت الجلد أكثر شيوعًا في أماكن أخرى من العالم (الدول الإسكندنافية على سبيل المثال).

استمر استخدام المستحضرات العضلية في اعطائها للناس الطبيعيين بهدف إعطائهم دفعه قوية من الأجسام المضادة بعد التعرض لمريض مصاب أو ظروف تؤهب للإصابة بأمراض مثل الحصبة والتهاب الكبد أو قبل السفر إلى البلاد الموبوءة وتنتشر بها هذه الأمراض، وفي هذه الحالات فإن المقدار المحتاج إليه لمنع المرض كمية قليلة وهي(5-10) مل (1-2 ملعقة شاي).

ما هو العلاج التعويضي بالغلوبيولين؟

يتم تحضير الغلوبيولين من البلازما المقطوفة من عدد كبير من الأشخاص الطبيعيين الذين يتراوح عددهم بين 10000 إلى 50000 والذين تم فحصهم بعناية للتأكد أنهم بصحة جيدة ولا توجد لديهم أمراض خمجية معدية معينة، وتحتوي البلازما على مجموعة واسعة من الأضداد الجسمية النوعية للعديد من الجراثيم والفيروسات، وكل متبرع للبلازما يجب أن يكون مقبولاً كمتبرع للدم وفقًا للقواعد الصارمة القسرية من قبل الجمعية الأمريكية لبنوك الدم وكذلك الجمعية الأمريكية للغذاء والدواء، ويتم فحص المتبرعين ومسح سوابق سفرهم لمناطق موبوءة أو إذا كان لديهم أخطاء سلوكية تزيد من كسبهم لمرض معدي، والغلوبيولين المناعي المصفى من البلازما هو الغاما (ج) أو ما يعرف (IgG)' وللإعداد التجاري للغلوبيولين لاستخدامه لمرضى نقص المناعة الأولي فإن الغلوبيولين المناعي يجب أن يُصَفَّى وينقى من البلازما، والمرخصة للاستخدام في الولايات المتحدة صنعت من بلازما قطفت في الولايات المتحدة.

يتم فحص البلازما والدم المقطوفة من كل متبرع بشكل دقيق للكشف عن وجود الأمراض المعدية مثل الإيدز AIDS أو التهاب الكبد، وأي عينه يشتبه فيها وجود أي من هذه الفيروسات يتم التخلص منها، والمرحلة الأولي في إنتاج الغلوبيولين هو إزالة كل الكريات البيضاء والحمراء، وهذه تتم مباشرة عند خروجها من ذراع المتبرع بعمليه تسمى فصادة البلازما (Plasmapheresis) والتي تأخذ البلازما وتعيد الكريات الحمراء والبيضاء مباشرة إلى المتبرع، وتجرى فصادة البلازما في مراكز مخصصه وصممت لهذا الغرض، ثم يتم تنقية الغلوبيولينات المناعية كيميائيًا من البلازما في سلسلة من المراحل، وهذه العملية ينتج عنها تصفية الغلوبيولينات المناعية

من نوع (ج) وتبقى كميات قليلة من الغلوبيولين آ، م) وبعض البروتينات البلازمية مع الغلوبيولين (ج) في المنتج النهائي.

في بداية الثمانينيات من القرن الماضي تم تطوير عمليات تصنيع جديده لصنع الغلوبيولين يمكن حقنه وريديًا بشكل آمن أي أن تحقن في الوريد مباشرةً، وحاليًا هناك العديد من مستحضرات الغلوبيولين مرخصة للاستعمال وريديًا في الولايات المتحدة الأمريكية، واستخدمت المنتجات المطورة للاستخدام الوريدي استخدمت كذلك بشكل ناجح حقنًا تحت الجلد وحديثًا في السنوات الأخيرة تم الترخيص للمستحضرات المستخدمة تحت الجلد، وبالنسبة للجزء الأكبر المنتجات متكافئة (متساوية) من ناحية النشاط الضدي، ومع ذلك فهناك بعض الاختلافات والتي تجعل مستحضر معين مناسب أكثر لشخص معين مقارنة بباقي المستحضرات، وتحوي معظم المنتجات بعض السكر أو الأحماض الأمينية التي تحافظ على جزيئات الغلوبيولين (ج) وتمنعها من الالتصاق معًا ثم التراكم، وإذا ما حدث التراكم فقد تسبب تأثيرات جانبية شديد، وعلى الرغم أن هذا السكر والبروتين المضاف غير ضار لمعظم الناس إلا أن بعض منها قد تسبب مشاكل لأشخاص محددين، والطبيب الذي يصف لك العلاج هو أفضل مصدر معلومات حول المنتج الأفضل لك.

استخدم الغلوبيولين المنقى لمده تقارب الـ 50 سنة ولديه سلامة وأمان ممتاز، حتى يتم التأكد من أن المنتج النهائي لا يمكنه نقل أي من الأمراض المعدية المعروفة. هناك العديد من المراحل خلال عملية التنقية والتحضيرات النهائية التي تدمر أو تزيل العديد من الفيروسات ومنها الإيدز.

ولذلك فإن المنتج النهائي يحوي الغلوبيولين المناعي (ج) عالي التنقية والتي لديها مجموعة واسعة من الأجسام المضادة للعديد من الجراثيم والفيروسات، وهي فعالة كذلك في مساعدة خلايا كريات الدم البيضاء في قتل الجراثيم والفيروسات والعناصر الخمجية الأخرى التي قد توجد في نسيج أو دم المريض المعالج وهي آمنه التسريب.

المعالجة بتعويض الغلوبيولين المناعي

من المهم أن تعرف أن الغلوبيولين المناعي المعطى يعوض جزئيًا ما يجب أن ينتجه الجسم وهو لا يحفز الجهاز المناعي عند المريض لإنتاجه بالإضافة لذلك فالغلوبيولين المناعي المعطى يوفر حمايه مؤقتة، ومعظم الأجسام المضادة سواء التي ينتجها الجهاز المناعي للمريض نفسه أو تعطى له من مصدر خارجي يستخدمها جسم المريض وتُستقلب ويجب أن تجدد باستمرار (أي أن تعطى للمريض باستمرار إذا كان غير قادر على إنتاجها)، ويستقلب جسم الإنسان حوالي نصف المضادات الجسمية المعطاة له خلال مدة (3-4) أسابيع، ولذلك يجب إعطاء جرعات الغلوبيولين على فترات منتظمة، وتعتمد الفترة الفاصلة بين الجرعات على طريقة الإعطاء، فإنها تكون أسبوعية أو بشكل متكرر كل يوم إلى 3 أيام إذا ما أُعطيت على شكل جرعات صغيرة تحت الجلد وهي ما تسمى (SCIG) أو مرة كل ثلاث إلى أربع أسابيع عند الإعطاء بجرعات كبيرة تسريبًا في الوريد وتسمي (IVIG)، وبما أن الغلوبيولين المناعي يعوض عن الغلوبيولين المناعي المفقود عند المريض ولكنه لا يصلح الخلل المناعي الأساسي عند المريض، فإن التعويض عادة ما يكون ضروريًا مدى الحياة.

يعطى الغلوبيولين المناعي وريديًا المسمى (IVIg) مرة كل ثلاث إلى أربع أسابيع عادة وهذا يؤدي إلى مستوى عال جدًا للغلوبيولين المناعي غاما (ج) في الدوران الدموي مباشرة بعد الإعطاء، وهذا يسمى الذروة (Peak) وكذلك يعطى مستوى منخفض من (ج) مباشرة قبل الجرعة التالية ويسمى هنا المستوى الأقل (trough level).

هناك طريقة أخرى لإعطاء الغلوبيولين المناعي وهو حقنه ببطء نسبيًا تحت الجلد، ويرمز له (SCIG) في هذه الطريقة، ونظرًا لأن حقن الغلوبيولين يتم بشكل متقارب ومتكرر وامتصاصه يكون ببطء فإنه لا داعي لفحص مستوى الدواء في الدم سواء مستوى الذروة أو المستوى الأقل والذي يجرى عادة للإعطاء الوريدي حيث إنه لا يعود هناك لمستوى الذروة ولا المستوى المنخفض أهمية بل يبقى مستوى الدواء في الدم ثابتًا، والمرضى الذين تحدث لديهم تأثيرات جانبية ناتجة عن المستوى العالي للغلوبيولين بعد الجرعة (مستوى الذروة العالي) وكذلك الذين يحسون بالضعف قبل الجرعة التالية من (IVIG)

قد يفضلون التسريب تحت الجلد أو ما يسمى (SCIG).

تسريب الغلوبيولين المناعي تحت الجلد قد يكون البديل الأنسب للمرضى الذين لديهم صعوبة في إيجاد المسرب الوريدي لهم (أوردتهم ضيقة وصغيرة) والذين لديهم تأثيرات جانبية غير مرغوبه وجهازية ناتجة عن إعطاء الغلوبيولين عن طريق الوريد (IVIG) يستطيع المرضى وبالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية الوصول إلى الجرعة العلاجية والطريقة بالإعطاء الأنسب لنمط حياتهم، ومن الأمور المتبدلة التي يمكن التحكم بها حسب رغبة المريض وتحت الرقابة الطبية في طريقة التسريب تحت الجلد التالي: عدد مرات التسريب في الأسبوع الواحد وموعد وتوقيت التسريب وعدد الإبر المستخدمة واستخدام مضخة التسريب أو عدم استخدامها والاستعاضة عنها بالتسريب اليدوي وأخيرًا معدل الضخ والتسريب (كمية الدواء الذي ستعطى في الدقيقة الواحدة)، وفي طريقة الحقن تحت الجلد هناك أهمية عظمى أن يلتزم المرضى بهذا العلاج ويجب عدم نسيان أو ترك أي جرعة أو تغيير مقدار العلاج من غير مراجعة الطبيب المشرف على الحالة.

التأثيرات الجانبية للعلاج التعويضي بالغلوبيولين المناعي

يتحمل معظم المرضى التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) بشكل جيد جدًا والجرعة يمكن أن تعطى أما في العيادة أو في المستشفى وكذلك يمكن أن تعطى في المنزل بعد تأمين مستلزمات الأمان والتحمل في وضع مسيطر عليه في منزل المريض، والتسريب الوريدي النموذجي للغلوبيولين يحتاج من ساعتين إلى أربع ساعات من البدء وحتى النهاية، وقد يتحمل بعض المرضى تسريب أسرع من ذلك في حين أن مرضى آخرين يحتاجون إلى تسريب أبطأ، ويسمح استخدام السبيل الوريدي للأطباء بإعطاء جرع عالية في المرة الواحدة مقارنة بما يمكن إعطاؤه بالتسريب تحت الجلد، وفي الواقع، يمكن إعطاء جرعات عالية بما فيه الكفاية للحفاظ على مستويات الغلوبيولين (ج) في مصل المريض بمستوى وقائي وشامل في الفترة قبل الجرعة التالية التي ويكون فيها مستوى الغلوبيولين المناعي في الحضيض، وهو ما يسمى بالمستوى المنخفض.

هناك إمكانية لبعض التأثيرات الجانبية المترافقة مع التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) وهذه تشمل الحمى منخفضة الدرجة، آلام العضلات أو المفاصل، الصداع ما بعد التسريب، ويمكن تخفيف هذه الأعراض وحتى إنهائها بإعطاء الغلوبيولين المناعي بشكل أبطأ من السابق، وقد يساعد إعطاء المسكنات مثل الأسيتامينوفين ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية مثل الايبوبروفين أو حتى كميات قليلة من الستيروئيدات الجهازية قصيرة أمد التأثير، وفي بعض الأحيان قد تعطى السوائل الوريدية قبل التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) أو قد يتم التخفيف من سرعة تسريبه بهدف التقليل من التأثيرات الجانبية إلى الحدود الدنيا، وقد يعاني المرضى من الطفح الجلدي الشروي وضيق الصدر وصعوبة التنفس وحتى الصفير ولكن بشكل أقل بكثير من الأعراض السابقة، وهذه الأعراض تستجيب لمضادات الهستامين مثل ثنائي فينيل الهيدرامين والمعروف تجاريًا باسم البنادريل Benadryl وقد نستعمل أدوية الربو مثل الألبيترول (الموسع القصبي).

الصداع المترافق مع التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) حالة شائعة وقد تكون شديدة في بعض الأحيان وخصوصًا في المرضى الذين لديهم سوابق مرضيه في الإصابة بالصداع النصفي، وهذا الصداع المترافق قد يحدث خلال تسريب الدواء أو في وقت لاحق حتى ثلاثة أيام بعد انتهاء التسريب، ووجد لدى بعض المرضى بالصداع المستمر زيادة في عدد الكريات البيضاء في السائل الدماغي الشوكي المحيط بالدماغ، وهذه الحالة تسمى التهاب السحايا العقيم وسبب هذا الالتهاب غير معروف وليس ناجم عن عدوى خمجية ولا يحدث لدى المرضى تأثيرات وإصابات مزمنة كنتيجة له، ومن الجدير بالذكر هنا أنه ليس كل مريض تطور لديه صداع بعد التسريب الوريدي لديه التهاب سحايا عقيم كما يجب عليك إخبار طبيبك إذا حدث لديك صداع مشابه وغير مستجيب للعلاجات العادية مثل الاسيتامينوفين أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية مثل الايبوبروفين ؟

قد نحتاج إلى عدة دفعات وتسريبات من الغلوبيولين المناعي للوصول إلى نوع التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) الأنسب لكل مريض، والعناصر المتبدلة التي ذكرناها سابقًا تشمل هنا

كذلك نوع المنتج (العلاج المستخدم) وسرعة التسريب والحاجة إلى الأدوية ما قبل التسريب (المسكنات مثلاً) وعند وصولنا إلى المنتج من الغلوبيولين المناعي المقبول والأنسب للمريض فإنه يجب الاستمرار به واستعماله في كل تسريب أو إعطاء مستقبلي التسريب الوريدي للغلوبيولين (ج) مع الالتزام بنفس المنتج دائمًا.

ففي حين أن كل منتجات الغلوبيولين المناعي تحتوي على الأجسام الضدية اللازمة لتعويض نقصها عند المريض فإنها كذلك لديها فروقات دقيقة تميز إحداها عن الأخرى ولذلك هي ليست قابلة للتبديل من علامة تجاريه إلى أخرى؛ لأنه من أكثر الأسباب شيوعًا للتأثيرات الجانبية، ويجب أن يعرف المريض اسم المنتج الأنسب له والجرعة (كمية الدواء) ونظام التسريب الخاص به، ومن الجيد الحفاظ على هذه المعلومات في سجل المريض الطبي الخاص الذي يحمله المريض معه دائمًا وقد يساعد كذلك على الحفاظ عليها في السجل الصحي الإلكتروني الموجود في نقص المناعة الأولى وعنوانه (www.idfehealthrecord.com).

المرضى الذين يعانون من تأثيرات جانبية كبيرة من التسريب الوريدي للغلوبيولين المناعي ج (IVIG) قد يستفيدون من التغيير إلى التسريب تحت الجلد (SCIG)، وذلك بسبب أن الجرعة المعطاة صغيرة وامتصاص الغلوبيولين بطيء مما يؤدي أن تكون التأثيرات الجانبية الجهازية أقل، والتأثيرات الجانبية المرافقة للتسريب تحت الجلد تميل إلى أن تكون ردود فعل جلدية موضعية في مكان الحقن والتي تميل إلى النقصان مع مرور الوقت، ويمكن إجراء بعض التعديلات لإنقاص حدوث التأثير الموضعي وذلك بالتالي: تغيير نظام التسريب بما في ذلك عدد المواقع المستخدمة (البطن ـ الفخذ) وطول الإبرة المستخدمة وكمية الدواء المستخدمة أو المحقونة في كل موقع وسرعة التسريب لما تحت الجلد.

التأهل للحصول على الغلوبيولين والجرعة المناسبة

قبل البدء بالعلاج التعويضي بالغلوبيولين من المهم أن يكمل طبيبك جميع الدراسات المخبرية المناعية لتحديد إن الغلوبيولينات المناعية لديك ليست منخفضة فقط ولكن كذلك أنك لا تنتج الأجسام الضدية النوعية بشكل طبيعي بعد العدوى الطبيعية أو التطعيم باللقاحات، والاستثناء لهذه القاعدة هم المرضى الذين لديهم مستويات منخفضة جدًا من الغلوبيولين المناعي في المصل مثل مستوى الغلوبيولين المناعي (ج) 200 مغ/دل أو أقل، ويستعمل أطباء المناعة عادة الكزاز (ذيفان التيتانوس) ولقاح جرثومة المكورات الرئوية مثل النيوموفاكس لاختبار قدرة المريض على إنتاج المضادات الجسمية النوعية وهناك عينة دم أخرى تؤخذ بعد أربع إلى ست أسابيع بعد التطعيم لتحديد كيف تصنع وتنتج الأجسام الضدية النوعية المحددة لهذه اللقاحات، ومن المهم أن تتابع سحب عينة الدم الثانية تلك لتحدد استجابتك للتطعيم خلال هذه المدة من أربع إلى ست أسابيع، وللعلم فإن شركات التأمين تتأكد وتراجع هذه المعلومات وتتأكد من وجودها قبل الموافقة على إعطاء الغلوبيولين العلاجي.

تختلف جرعة الدواء من مريض إلى آخر، وجزئيًا تحدد الجرعة حسب حالة المريض ووزنه، وتبدأ الجرعة في الإعطاء الوريدي من (400 إلى 600) مغ/كغ في الشهر أما طريق ما تحت الجلد فتبدأ الجرعه من (100 إلى 175) مغ/كغ في كل أسبوع، ومع ذلك فقد يتطلب بعض المرضى جرعات أعلى وبالذات المرضى بالإصابات الرئوية المزمنة (المرض الرئوي المزمن الناتج عن الالتهابات المتكررة لنسيج الرئة) الدراسات الطبية الحديثة أظهرت أن المستوى المنخفض الأنسب للغلوبيولين في المصل للمرضى الذين يأخذون التسريب الوريدي للغلوبيولين المناعي (ج) وكذلك المستوى الثابت للغلوبيولين المناعي (ج) في المصل للمرضى الذين يأخذون الغلوبيولين تحت الجلد، وكلاهما يجب أن يكونا قريبين من 850 مغ/دل في المصل وذلك للتأكد من الحماية الكافية والواقية، ويقصد بها هنا الحماية من العدوى الخمجية الخارجية، وسيقوم الطبيب بقياس مستوى الغلوبيولين المناعي (ج) في الدم لديك ومراقبة حالتك السريرية الطبية (كيف تشعر؟ أو إذا كنت مصابًا بأي عدوى أو ما شابه) وذلك بهدف التأكد أنك تحصل على جرعة كافية من العلاج.

اختيار طريقة تسريب الدواء

يجب أن يكون قرار اختيار طريقة إعطاء الغلوبيولين المناعي سواء كان وريديًا أو تحت الجلد نتيجة لمناقشة بين الطبيب والمريض، ويعتمد هذا القرار على عدد من العوامل بما في ذلك الخصائص السريرية الطبية لكل مريض ورغبة المريض وتفضيله لطريقة على أخرى والمكان الأنسب للعلاج سواء كان المنزل أو المستشفى أو مركز التسريب، وأحيانًا قد تكون التغطية من شركات التأمين لها دور في الاختيار.

بعض المرضى الذين يعانون من التهاب جيوب مزمن ومرض الرئة المزمن مثل التهاب القصبات تكون استجابتهم أفضل بالجرعات العليا من الغلوبيولين المناعي، أما المرضى الذين يفقدون جزيئات الغلوبيولين المناعي في جهازهم الهضمي أو الكلوي فقد يحتاجون جرعات أكثر تواترًا أو جرعات أعلى.

من الجدير بالذكر أنه رغم أن المنتجات الحالية من الغلوبيولين المناعي جيدة جدًا ولكنها لا تعكس حقيقة ما ينتجه جسم الإنسان بشكل طبيعي، فالغلوبيولين المناعي المنتج هو تقريبًا غلوبيولين مناعي غاما (IgG) نقي، ولهذا لا يحتوي على الغلوبيولين المناعي (م) أو الغلوبيولين المناعي (آ) وهما لا يعطيان للمريض أثناء التسريب، وبالتالي فالحماية النوعية المقدمة من هذين الغلوبيولينين المناعيين (م وآ) لا يتم إعطاؤهما أو تعويض نقصهما عند المريض. الغلوبيولين المناعي (آ) في الغشاء المخاطي للجهاز التنفسي لا يتم تعويضه والتي قد تكون جزء من السبب في أن مرضى نقص الأضداد الجسمية يبقون ورغم العلاج بالغلوبيولين المناعي مؤهبين وعلى استعداد للإصابة بالعدوى الخمجية التنفسية رغم أنهم يحصلون على كمية كافية من الغلوبيولين المناعي للحفاظ على مستوى الغلوبيولين المناعي (ج) في المصل طبيعي أو قريب من الطبيعي.

الوقاية باستخدام المضادات الحيوية "الآنتي بيوتكس"

قد يصف بعض الأطباء مضادات حيوية وقائية للمرضى بالتهاب الجيوب المزمن أو المرض الرئوي بهدف التغطية ضد الالتهابات الجرثومية في الجيوب الأنفية والرئتين، وغالبًا ما تكون الجرعات الدوائية الوقائية منخفضة وتقارب نصف الجرع العلاجية اليومية. المضادات الحيوية الوقائية الشائعة الاستعمال هي الأموكسي سلين أو مركب التريميثوبريم مع السلفاميثوكسازول أوالاريترومايسين.

بشكل عام المضادات الحيوية المستخدمة لعلاج الحالات الفعالة لا تستخدم للوقاية، ويلجأ بعض الأطباء إلى استخدام المضادات الحيوية بشكل دوري مع التبادل بينها بهدف الإقلال من المقاومة الجرثومية، وهذا على الرغم من عدم وجود دليل صحيح على ضرورية هذا النهج، والبعض قد يفضل العلاج بمضاد حيوي واحد، وقد نلجأ في ظروف محددة لحالة معينه ما واعتمادًا على حالة شخصية ما ونوع المضاد الحيوي والجرثوم المحتاج للمضاد الحيوي الوقائي، وقد نلجأ إلى إيقاف المضاد الحيوي الوقائي بشكل مؤقت خلال فترة العلاج لعدوى حادة فعاله وبمضاد حيوي آخر ثم العودة إلى المضاد الوقائي بعد اكتمال الشفاء من العدوى الفعالة، وللعلم فليس هناك دليل صحيح أن هذا النهج ضروري، وقد يلجأ بعض الأطباء إلى العلاج بدواء واحد.

هناك بعض الجدل فيما يتعلق باستخدام المضادات الحيوية الوقائية، فبعض الأطباء يعتقدون بأن خطر تطوير الجراثيم مقاومة للمضادات الحيوية يفوق الفائدة المرجوة، ويحتاج هذا القرار إلى المناقشة مع أخصائي المناعة، وقد يلجأ الطبيب في المرضى الذين يعانون من التهاب الجيوب إلى استخدام الستيروئيدات الموضعية مع أو بدون غسيل الأنف.

ملخص العلاج المناعي وغيرها من العلاجات لعوز المضادات الجسمية

الهدف من العلاج بالغلوبيولين المناعي في اضطرابات المضادات الجسمية هو توفير الحماية من العدوى. امتثال والتزام المريض بالعلاج أمر بالغ الأهمية للوصول إلى هذا الهدف، وفي حال وجود أي عوائق لهذا العلاج سواء كانت حقيقية أو محتملة فيجب علاجها بالشكل المناسب، ومن المهم أيضًا تذكر عدة أمور:

1. لا يمكن الوقاية من كل أنواع العدوى والإصابات، فبعد بدء العلاج بالغلوبيولين المناعي قد يستمر حصول العدوى لديك، ومع ذلك فإنه من المأمول الانخفاض الشديد لوتيرة وشدة الأخماج وبالتالي منع حدوث التلف الدائم للأعضاء مثل منع حدوث توسع القصبات.
2. يجب تطوير التدبير المناسب لكل شخص على حده وتعديلها حسب الضرورة حتى نصل إلى التوافق ما بين أهداف العلاج واحتياجات كل شخص وبشكل مختلف عن المرضى الآخرين، فالمقاس الواحد لا يناسب الجميع.
3. إذا ما وضع التشخيص فالعلاج سيكون طوال الحياة غالبًا، وفي بعض الحالات يجوز إعادة تقييم التشخيص، ويتم ذلك من خلال إيقاف العلاج وإعادة تقييم المناعة الخلطية.