

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205052

Ny strategi for behandling af gruppe B-streptokokker hos fødende

Niels Frimodt-Møller

Ugeskr Læger 2021;183:V205052

I årtier har man debatteret og forsket i, hvordan man i barnets første leveage kan forebygge bakteriæmi og/eller meningitis med gruppe B-streptokokker (GBS; early-onset GBS infection (EOGBS)), der opstår ved smitte fra moderen under fødslen. Omkring en tredjedel af de danske kvinder bærer bakterien i tarmen, hvorfra den kontaminerer vagina, men forekomsten af EOGBS er heldigvis lav i Danmark, 0,1-0,3/1.000 levendefødte. Det diskuteres til stadighed, om man skal indføre screeningsprogrammer med podning fra rectum/vagina, urindyrkning og antigenest – alle med diverse fejlkilder – til nu polymerasekædereaktion (PCR) på vaginal-/rectumpodning, der kan udføres på et par timer med et apparat, der kan stå på fødeafdelingen.

Rosenberg et al beskriver i et spændende arbejde [1], hvordan screening for GBS med PCR lige før fødslen kan hjælpe med vejledning om, hvilke gravide der skal have intrapartum-antibiotikaproylaxse (IAP) for at forebygge EOGBS. Lidt under 3.000 fødende blev fulgt i studiet, og af de 19% af kvinderne, der tilhørte risikogruppen for EOGBS (tidligere fødsel med EOGBS, GBS-bakteriuri under graviditeten, gestationsalder < 37 uger, membranruptur i > 18 timer og feber (≥ 38 °C)), var 5% PCR-positive for GBS, hvilket sammen med øvrige problemer (usikkert PCR-fund, hurtig fødsel m.m.) førte til brug af IAP hos 185 kvinder. Uden brug af PCR ville 551 fødende have fået IAP, altså en besparelse på 66%. Der forekom ingen EOGBS i undersøgelsesperioden, men med den lave forekomst i Danmark bør mange flere inkluderes for at evaluere denne risiko.

PCR-analyserne blev udført af jordemødrene på et simpelt analyseapparat på stedet med fejl i 4% af testene. Normalt udføres al mikrobiologisk diagnostik på kliniske mikrobiologiske afdelinger, men der er nu opstillet mange såkaldte point of care (POC)-testudstyr til især akut viruspåvisning på relevante afdelinger i hele landet. Fordelen ved at lade det foregå lokalt er for afdelingen et hurtigt svar og for kliniske mikrobiologiske afdelinger mandskabsbesparelse især i nattetimerne. Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi har forfattet en vejledning til etablering af POC-udstyr. I artiklen [1] beskriver man ikke omkostninger til indkøb af apparatur og kit, kvalitetssikring m.m.

Et andet vigtigt fund var, at 70% af kvinderne med GBS-bakteriuri under graviditeten var PCR-screeningspositive [1]. Da de fleste af disse iht. gældende retningslinjer formentlig har fået en eller flere penicillinkure, som altså ikke har fjernet GBS-bærerskabet, sætter det spørgsmålstejn

ved værdien af behandling af GBS-bakteriuri hos gravide, da det er velkendt, at GBS-bakteriuri er tegn på bærerskab i tarmen, hvorfra det ikke kan fjernes med noget antibiotikum. Behandling af GBS-bakteriuri har ingen betydning for præterm fødsel eller chorioamnionitis [2]. GBS-pyelonefritis, der forekommer hos 0,1% af de danske gravide [3], skal diagnosticeres og behandles ved symptomdebut. Fund af GBS i dyrkning af midtstråleurin hos gravide, der ikke har tegn på urinvejsinfektion (langt de fleste), er tegn på vaginal kontamination, mens forekomst af GBS i blæreurin nødvendiggør urinopsamling med et sterilt engangskateter og vil kun være positiv i få tilfælde [4]. Ved GBS-bakteriuriscreeing kan man udpege gravide til PCR-screening ved fødslen, men penicillinbehandlingen må være overflødig. Unødvendig antibiotikabehandling, også med penicillin, under graviditeten bør undgås af mange indlysende årsager for mor og barn, og der er – noget skræmmende – set begyndende penicillinresistens i GBS [5].

Indførelse af PCR til screening for GBS hos gravide synes at være en god løsning. *Rosenberg et al* [1] anviser, at testen skal udføres så tidligt som muligt for at nå at få resultatet før fødslen, så det er nødvendigt, at fødestedet skal risikovurdere og tage prøver allerede ved den fødendes ankomst til afdelingen. Risikopatienter, der går tidligt i fødsel, må tilbydes IAP som hidtil. Der skal afsættes tilstrækkeligt med ressourcer til indkøb, uddannelse af relevant personale, kvalitetssikring og kontrol af udstyr, hvilket kan forestås af lokale kliniske mikrobiologiske afdelinger.

Korrespondance: *Niels Frimodt-Møller*, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Rigshospitalet. E-mail: Niels.Frimodt-Moeller@regionh.dk

Interessekonflikter: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Rosenberg LR, Normann AK, Henriksen B et al. Risk-based screening and intrapartum group streptococcus polymerase chain reaction results reduce use of antibiotics during labour. *Dan Med J* 2020;67(11):A06200460.
2. Allen VM, Yudin MH J. Management of group B streptococcal bacteriuria in pregnancy. *Obstet Gynaecol Can* 2012;34:482-6.
3. Hooton TM, Roberts PL, Cox ME et al. Voided midstream urine culture and acute cystitis in premenopausal women. *New Engl J Med* 2013;369:1883-91.
4. Khalil MR, Uldbjerg N, Møller JK et al. Group B streptococci cultured in urine during pregnancy associated with preterm delivery: a selection problem? *J Maternal-Fetal Neonat Med* 2019;32:3276-84.
5. Li C, Sapugahawatte DN, Yang Y et al. Multi-drug resistant *Streptococcus agalactiae* strains found in human and fish with high penicillin and cefotaxime non-susceptibilities. *Microorganisms* 2020;8:1055-65.