



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Nei til screening på gruppe B-streptokokker?

I Tidsskriftet nr. 23/2006 har Rolf Kirschner og medarbeidere et innlegg mot screening av gravide med tanke på gruppe B-streptokokker (1). Forfatterne diskuterer et komplekst problemområde, og jeg ønsker å gi noen kommentarer.

Forekomsten av infeksjoner med gruppe B-streptokokker hos spedbarn har ikke sunket i Norge, men vært stabil de siste ti årene og er høyere enn tiåret før (2). Ca. 40 syke spedbarn årlig er betydelig i forhold til befolkningsgruppen (ca. 55 000); kfr. oppmerksomhet omkring barn og unge med meningokokksepsis i 1970- og 80-årene.

Påstanden om at forekomsten av bærere av gruppe B-streptokokker øker til 70 % etter feilaktig antibiotikabruk i svangerskapet, bør dokumenteres.

Økt antibiotikabruk er ikke ønskelig, men det er usikkert om antibiotikaproylaks under fødsel fører til økt resistens og økning av andre nyfødteinfeksjoner (3). Forfatterne kommenterer ikke hvor mye antibiotika som nå brukes i Norge. Følges norske retningslinjer, med antibiotikaproylaks basert på risikofaktorer, får mange kvinner antibiotika under fødsel selv uten screening.

Det er grunn til å diskutere effektiviteten av den norske strategien; studier har vist at bare en liten del av mødrene som fikk syke barn, hadde risikofaktorer for gruppe B-streptokokker (4). Mange får derfor unødvendig antibiotika, også med risiko-basert profylaks.

Problemer med testing rett før fødsel og hurtigtester med dårlig sensitivitet utelukker ikke screening av gravide som metode. I land som benytter seg av screening, tas prøver fra den gravide i uke 35–37. Disse prøvene dyrkes tradisjonelt, og selv om prediktiv verdi av svaret kanskje blir dårligere hvis prøven er tatt lenge før fødsel, så fungerer dette bra. Forfatterne nevner ikke PCR-tester, som kan gi svar på kort tid og som er like sensitive som dyrking.

Markedsføring av en diagnostisk test bør ikke føre til endring i anbefalte retningslinjer. På den andre siden synes innlegget å være noe preget av at de norske retningslinjene er best fordi de er vedtatt. Debatten om screening må dreie seg om alvorlighetsgrad av problemet, bivirkninger av tiltak

og kostnad-nytte-ratio av både nåværende og alternative retningslinjer.

Håkon Bergseng

Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Kirschner R, Backe B, Hordnes K. Nei til screening på gruppe B-streptokokker. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3147.
2. Aavitsland P, Høiby EA, Lystad A. Systemic group B streptococcal disease in neonates and young infants in Norway 1985–94. Acta Paediatr 1996; 85: 104–5.
3. Schuchat A. Impact of intrapartum chemoprophylaxis on neonatal sepsis. Pediatr Infect Dis J 2003; 22: 1087–8.
4. Lyytikäinen O, Nuorti JP, Halmesmaki E et al. Invasive group B streptococcal infections in Finland: a population-based study. Emerg Infect Dis 2003; 9: 469–73.

Screening på gruppe B-streptokokker hos gravide

I Tidsskriftet nr. 23/2006 sier Rolf Kirschner og medarbeidere nei til å screene gravide for gruppe B-streptokokker som strategi for profylaks mot infeksjoner hos nyfødte med denne mikroben (1). Jeg vil argumentere mot denne konklusjonen.

Ved den tidlige formen av infeksjon (første leveuke) har de aller fleste fostre sannsynligvis vært infisert allerede når den gravide innlegges for å føde. Antibiotika til den fødende vil kunne bety langt tidligere behandling enn hvis man avventer utredning og behandling til etter barnets overflytting til neonatalavdeling. Dette er trolig en kritisk faktor for å forhindre alvorlig infeksjon, skader og død.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA anbefalte i 2002 screening av alle gravide i uke 35–37 og behandling med høydosepenicillin til bærere ved fødsel (2). Dette regimet har redusert tidlige infeksjoner (sepsis/meningitt) med 70–80%. Effekten er klart bedre enn om det behandles kun ut ifra risikofaktorer (3), slik norske retningslinjer anfører som indikasjon for intrapartumbehandling. Studier har vist at hvis alle fødende med risikofaktorer hadde blitt behandlet, ville antall behandlede blitt det samme som ved screening (4). Man vil ved risikokriterier (ukjent mikrobe) trolig velge et mer bredspektret antibiotikum enn når behandlingen eksplisitt retter seg inn mot gruppe B-streptokokker ved positiv screeningstest.

Kanskje er det lettere for gynekologer å behandle hvis kriteriene er knyttet til kvinnen selv enn å behandle en frisk bærer, hvor sjansene for at barnet blir sykt eller dør er svært små? Det pediatriske perspektivet er annerledes. Disse ofte kritisk syke barna flyttes til en neonatalavdeling, hvor noen dør bokstavelig talt mellom hendene på oss. Hadde behandlingen startet da mor kom inn for å føde, kunne forløpet blitt annerledes.

Screening av gruppe B-streptokokker med konvensjonelle dyrkingsprøver og penicillinbehandling intrapartum er billig. Fordi en nyfødt som reddes fra en alvorlig infeksjon må forventes å få normal livslengde, blir kostnadene per vunnet kvalitetsjustert leveår lave. Norske leger bør screene gravide etter Centers for Disease Control and Preventions retningslinjer inntil et bedre alternativ finnes.

Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorg er laget av en arbeidsgruppe uten neonatolog, mens Norsk gynekologisk forenings retningslinjer er laget av gynekologer. Det er på tide med et tettere perinatalmedisinsk samarbeid når retningslinjer for profylaks mot infeksjoner med gruppe B-streptokokker hos nyfødte skal utformes.

Alf Meberg

Barnesenteret
Sykehuset i Vestfold

Litteratur

1. Kirschner R, Backe B, Hordnes K. Nei til screening på gruppe B-streptokokker. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3147.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. Recommendations and reports. Atlanta: CDC, 2002: 1–22.
3. Poupolo KM, Madoff LC, Eichenwald EC. Early-onset group B streptococcal disease in the era of maternal screening. Pediatrics 2005; 115: 1240–6.
4. Law MR, Polomaki G, Alfirevic Z et al. The prevention of neonatal group B streptococcal disease: a report by a working group of the Medical Screening Society. J Med Screen 2005; 12: 60–8.

R. Kirschner og medarbeidere svarer:

Valg av strategi mot tidlig sykdom med gruppe B-streptokokker (GBS) hos nyfødte er et komplisert tema, og vår kommentar-artikkel var ikke ment å være uttømmende. Vi er ikke sikre på at nåværende norske retningslinjer bør beholdes, men vi mener at det er bedre å holde fast på strategien som