



GBS PÅ MVC

*Helena Strevens, MD PhD,
MÖL, KK Lund*



FACULTY OF MEDICINE
Lund University, Sweden



Bakgrund

- Problemet med ”GBS på MVC” är att GBS påvisas när vi egentligen letar efter något annat; pyelonefrit, cystit eller ABU (asymtomatisk bakterieuri), fyndet är oftast accidentellt, och i urin, inte från cervix



Bakgrund

- Screening och behandling av ABU minskar risken för pyelonefrit (20-40% vid obehandlad ABU) och prematurbörd (gramneg. bakt.) under graviditet (Läkemedelsverket, RCOG)



Bakgrund

- ABU $\geq 10^5$ bakteriekolonier/ml av en bakteriestam i två urinprov, några dagars intervall, baserat på ett urinprov stor risk för överdiagnostik, onödig antibiotikakurer, förekommer hos 1-2% av gravida



Bakgrund

- Ej kostnadseffektivt att urinodla alla kvinnor i tidig graviditet, odling vid anamnes för UVI, diabetiker, kontrollodlar efter behandling för UVI, månatligen vid tidigare prematurbörd (gramneg. bakt.)



GBS

- Växt av GBS i urinen hos asymtomatisk gravid kvinna betraktas som kolonisering, inte infektion, föranleder dock behandling intrapartalt med bensyl-pc för att förhindra smitta till barnet



GBS

- Genitala GBS-infektioner har dock påståtts vara associerade till prematura sammandragningar, vattenavgång, prematurbörd och försämrad utgång, pedagogiskt svårt att hålla isär



Dilemma

- Många oroliga gravida kvinnor har hört talas om GBS-infektioner, vill kontrollera för detta, svårt att lugna och motivera att man inte kontrollerar alla, mycket information, pedagogiskt svårt



Dilemma

- Accidentell förekomst av GBS i urinodling kräver också mycket information, förklaringar, motivering varför man avstår från långvarig antibiotikabehandling, men ändå ger intrapartalt



Facit?

- Möjligen enklare för mödravården att hantera frågorna om man urinodlade alla gravida tidigt i graviditeten, tidsvinsten p.g.a färre diskussioner kanske kompenserar för kostnaden av odlingen???