

Forskningsnytt

I denne spalten vil ny, relevant forskning omkring krybbedød, dødfødsler og sorg omtales. Dersom det er spesielle problemstillinger du som leser av bladet ønsker få belyst, kan du sende inn ditt spørsmål til redaktør Sigrun Farstad Gregori

Streptokokk B-infeksjon

Gruppe B streptokokk-sykdom fikk mye oppmerksomhet i media i 2006, noe som skapte mye engstelse blant gravide. Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål utføres det et forskningsprosjekt som kan bidra til identifisering av kvinner med økt risiko for å føde barn med GBS-sykdom.

Tekst: Kristiane M. Hansson

Anne Karin Brigtsen er barnelege og ansatt ved nyfødtintensiv ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hun er prosjektleder for GBS-studien, som blant annet er støttet av LUBs forskningsfond. Hun har tidligere forsket ved Harvard-universitetet i USA der de arbeidet med å utvikle en vaksine mot GBS-sykdom. Vi har stilt henne noen spørsmål om gruppe B streptokokker.

Hva er egentlig gruppe B streptokokker?
Gruppe B streptokokk er en bakterie. Det finnes ni ulike undertyper av bakterien, og noen undertyper gir mer alvorlig sykdom enn andre undertyper.

Hvorfor er man opptatt av denne bakterien innen fødselsomsorgen?
Bakterien finnes i endetarmen og skjeden til mange kvinner. I forbindelse med fødselen kan barnet bli smittet av bakterien. Dette kan skje ved at vannet går og dermed forsvinner en barriere mot infeksjon. Bakterien kan da komme opp i livmoren og gi infeksjon hos både mor og barn. Barnet kan også få overført bakterien når det passerer gjennom fødselskanalen. I Norge er det utarbeidet retningslinjer for å forhindre GBS-sykdom hos nyfødte. Disse er basert på faktorer som gir økt risiko for GBS-sykdom hos nyfødte. Risikofaktorene som vurderes er; feber under fødselen, tidligere født barn med alvorlig GBS-sykdom, påvist GBS i urinen i svangerskapet, tilfeldig påvist GBS i skjeden/endetarmen, for tidlig fødsel (før 37 fullgatte svangerskapsuger) eller over 18 timer siden vannet gikk og at fødselen ikke er nær forestående. Hvis en eller flere av disse risikofaktorene er til stede,



Anne Karin Brigtsen fikk i 2008 midler fra Landsforeningens forskningsfond til å forske på gruppe B streptokokker.

får mor tilbud om antibiotikabehandling under fødselen.

Er det farlig å være bærer av GBS under svangerskapet?

For de aller fleste er det ufarlig å være bærer av GBS under svangerskapet, de merker det ikke. Noen kvinner får urinveisinfeksjon med GBS. Da behandles denne med antibiotika. Noen kvinner kan bli syke av GBS i forbindelse med

fødselen. Da rammes de vanligvis av infeksjon i livmoren, brystbetennelse eller sårinfeksjon etter fødselen. En sjelden gang kan GBS føre til blodforgiftning og hjernehinnebetennelse hos kvinnen.

I Norge fødes ca 7,5 prosent av barna for tidlig. Infeksjon med GBS er en viktig årsak til for tidlig fødsel. I tillegg kan GBS forårsake spontanabort og dødfødsel.

Det er altså sjelden at kvinnen blir alvorlig syk av bakterien, den er først og fremst farlig for fosteret og det nyfødte barnet. Er kvinnen bærer av bakterien gir dette 50 prosent sjanse for at bakterien overføres til barnet. Av disse barna er det kun 1 av 100 barn som blir syke (lungebetennelse, blodforgiftning eller hjernebetennelse).

Er det noe de gravide selv eller helsevesenet kan gjøre for å unngå at kvinner får GBS?

Pr i dag er det ikke noe den gravide kan gjøre for å unngå bakterien. Fra helsevesenets side er det viktig å behandle urinveisinfeksjon der det er påvist GBS. Er kvinnen bærer av bakterien i svangerskapet har det vist seg at det ikke har noen hensikt å prøve å fjerne bakterien med antibiotika. Studier har vist at GBS-bakterien kan komme og gå i endetarm/skjede uavhengig av antibiotikabehandling.

Fortell litt om det pågående GBS-prosjektet, Brigtsen.

Prosjektet foregår ved Kvinneklubben i samarbeid med Nyfødtavdelingen og Mikrobiologisk avdeling, samt forskere i Italia. Med god hjelp fra jordmødre ved Kvinneklubben skal vi samle inn prøver fra 3 000 fødende. Alle fødende som får tilbud om ultralydundersøkelse i svangerskapet og fødeplass ved Ullevål blir inviterte til å delta i GBS-studien. I forbindelse med fødselen skal jordmor ta en penselprøve fra skjeden og endetarmen, samt en blodprøve av kvinnen. Foreløpig er nesten 1 000 gravide inviterte til å delta i studien.

Prosjektets hovedmålsetting er å kart-

legge hvor mange fødende som er bærere av GBS og undersøke hvilke GBS-undertyper de har. Da det er vist at gravide, som mangler eller har lavt nivå av antistoff mot den GBS-undertypen hun er bærer av, har økt risiko for å føde barn med GBS-sykdom, ønsker vi også å måle antistoff mot GBS i blodet til mor. Vi vil også undersøke om forhold ved svangerskapet, antall fødsler og hvor i landet mor kommer fra har noe å si. Studier fra USA har vist at barn med afroamerikansk bakgrunn har høyere forekomst av GBS-sykdom enn barn fra andre etniske grupper, og mødre deres er oftere bærere av GBS. Befolkningen i Norge er ulik befolkningen i USA. Vi vet ikke om det er befolkningsgrupper i Norge som i større grad enn andre grupper er bærere av GBS, og dermed har økt risiko for å føde barn med GBS-sykdom. Vi håper at prosjektet kan bidra til at det blir lettere å identifisere kvinner som har økt risiko for å føde barn med GBS-sykdom.

For noen år siden var det mye oppmerksomhet rundt GBS i media. Har du inntrykk av at dette skapte unødig "hysteri" blant målgruppen?

Kvinnene som føder hos oss er opptatt av GBS. Leger og jordmødre får mange spørsmål om GBS fra de gravide og fødende, særlig omkring dyrkningsprøver i svangerskapet og mulig antibiotikabehandling i svangerskapet.

I 2006, da dødeligheten for infeksjon hos nyfødte var oppe i 33 prosent de syv første månedene ble dette mye omtalt i media. Mitt inntrykk er at dette skapte unødig mye engstelse blant "vanlige" gravide. De siste årene har vi hatt en dødelighet mellom 5 og 10 prosent. GBS-

sykdom er en sjelden tilstand som rammer rundt 1 av 1000 barn i Norge. All oppmerksomheten førte til at myndighetene gjorde en kartleggingsundersøkelse for å finne forklaringer på den økte dødeligheten. Dette fant de ikke, men det viste seg at det var økt andel for tidlig fødte blant de som døde av GBS-sykdom. Det ble også funnet økt forekomst av en undertype av GBS som ikke tidligere har gitt dødelig sykdom i Norge. Videre kan den høye dødeligheten ha vært forårsaket av manglende forebyggende behandling med antibiotika av fødende med de tidligere nevnte risikofaktorer.

Bør vi forebygge GBS-sykdom hos alle gravide ved hjelp av antibiotika?

Sosial- og helsedirektoratet har sammen med fagmiljøene utarbeidet kliniske anbefalinger. De anbefaler å følge en risikobasert strategi, dvs. at gravide som har en eller flere av risikofaktorene nevnt ovenfor får tilbud om antibiotika i forbindelse med fødselen. Det er anslått at 6-8 prosent av de gravide da får antibiotika. Alternativet, å ta bakteriologisk prøve av alle gravide før fødsel (screening), anbefales ikke. Da vil vi ikke kunne fange opp de for tidlig fødte barna som har høyest dødelighet. Det vil også føre til at kanskje hver tredje fødende kvinne får antibiotika under fødselen. Det kan gi alvorlige allergiske bivirkninger og vi regner med at det vil føre til økt motstand hos bakteriene mot antibiotika, slik at de i neste omgang kan bli vanskeligere å behandle. I tillegg har nyere studier vist at ikke alle som føder barn som får GBS-sykdom får påvist GBS ved screening.



VI HAR INGEN BARN Å MISTE

Libero støtter Landsforeningen uventet barnedød sitt formidlingsarbeid omkring risikofaktorene ved krybbedød. Vi gir gratis bomullsbodyer med påskriften "Denne siden opp når jeg sover" til alle nyfødte ved alle landets fødeavdelinger. Libero har vært med siden informasjonskampanjen startet i 1999.

Libero tar ansvar!

