

Multiresistente bakterier – det umulige kapløb

Der tales og skrives meget i forskellige medier om »den postantibiotiske æra«. Er vi virkelig nået dertil, hvor vi kan se enden på brug af antibiotika til behandling af infektioner hos mennesker? Vi kender alle mulige bogstavkombinationer relateret til resistente bakterier: MRSA (methicillinresistente *Staphylococcus aureus*) – VRE (vancomycinresistente enterokokker) – ESBL (*extended spectrum betalactamase*) og nu også CPE (carbapenemresistente enterobakterier, f.eks. *Escherichia coli* og *Klebsiella pneumoniae*). Og så er der jo også penicillinresistente pneumokokker og *Clostridium difficile* [1] og ... tikkende bomber under vores sundhedsvæsen, som det allerede udmøntes i meget store dele af verden uden for de nordiske lande, hvor problemerne indtil nu trods alt har været mere begrænsede.

CPE er resistente over for alle β -lactamantibiotika, inkl. carbapenemer (f.eks. meropenem). Resistens over for andre antibiotika er herudover meget udtalt, så der resterer få behandlingsmuligheder og i nogle tilfælde ingen. I dette nummer af Ugeskrift for Læger beskriver Wang *et al* flere tilfælde af spredning af CPE i det danske sundhedsvæsen [2]. Selvom det er »udbrud« i mindre målestok, giver det anledning til alvorlig bekymring. Gruppen af enterobakterier er meget hyppige agentia for humane infektioner (f.eks. urinvejsinfektioner, septikæmi m.m.), og spredning af CPE giver allerede store globale udfordringer. Ældre antibiotika med uheldige bivirkningsprofiler, f.eks. colistin, tages ned fra hylderne og har fået en plads i behandlingen – colistinresistens er dog i stigning og forbundet med øget mortalitet [3]. Sådan går det altid. Vi kan ikke følge med, og udviklingen af nye antibiotika er yderst begrænset [1]. Der skal anderledes handling til globalt [1]. Hurtig resistensudvikling er – og vil altid være – forbundet med uhensigtsmæssig brug af antibiotika i alle dele af samfundet [1, 2]. I Danmark er vi bedre stillet end i det meste af verden mht. antibiotikaresistens. I årevis har vi med nogen succes fokuseret på at begrænse spredning af MRSA, så patienter, der er inficeret med MRSA udgør en meget ringe andel af det samlede antal patienter, der er inficeret med *S. aureus*. Potentialitet for morbiditet og mortalitet i relation til CPE kan vise sig at være langt større, fordi der ikke er mulighed for aktiv sanering af koloniserede personer til forskel fra ved MRSA [4]. Det er tarmbakterier, som ikke lige lader sig fjerne, hvilket også gør sig gældende for f.eks. VRE.

Hvad kan vi gøre? Vi skal fortsætte og udbygge indsatsen for at begrænse det totale forbrug af antibiotika mest muligt i alle dele af samfundet, dvs. sundhedsvæsenet, landbruget m.m. [1, 2]. I behandling af infektioner hos mennesker er det, som påpeget af Wang *et al*, især vigtigt at begrænse brugen af meget bredspektrede antibiotika, f.eks. carbapenemer og andre bredspektrede β -lactamantibiotika og flourquinoloner (f.eks. ciprofloxacin og moxifloxacin) mest muligt [1, 2]. Unødig brug af disse antibiotika er en væsentlig årsag til de globale resistensproblemer [1]. Det er derfor positivt, at det på ministerielt niveau er besluttet, at et lærings- og kvalitetsnetværk i det nationale kvalitetsprogram skal omhandle rationel anvendelse af antibiotika [5].

Vi skal identificere patienter, som kan være bærere af CPE og andre carbapenemresistente bakterier, f.eks. multiresistente *Acinetobacter baumannii*. De infektionshygiejniske retningslinjer på hospitalerne skal følges nøje, og patienter med CPE og andre multiresistente bakterier skal isoleres under indlæggelse. MRSA-screening af patienter, som har været indlagt på sygehuse i udlandet, har længe været en del af den nationale indsats mod MRSA. Denne ordning burde inkludere CPE og andre carbapenemresistente, gram-negative bakterier samt VRE. En systematisk og målrettet national strategi er påkrævet, som påpeget af Wang *et al* [2]. Resistente bakterier bliver kontinuerligt introduceret i det danske sundhedsvæsen med mulighed for spredning.

Vi vil ikke have spredning af *super bugs* i Danmark.

LITTERATUR

1. Marston HD, Dixon DM, Knisely JM *et al*. Antimicrobial resistance. JAMA 2016;316:1193-204.
2. Wang M, Ellermann-Eriksen S, Hansen DS *et al*. Epidemisk stigning i forekomsten af carbapenemaseproducerende enterobakterier i Danmark. Ugeskr Læger 2016;176:V06160422.
3. Capone A, Giannella M, Fortini D *et al*. High rate of colistin resistance among patients with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* infections accounts for an excess of mortality. Clin Microbiol Infect 2013;19:E23-E30.
4. Bar-Yoseph H, Hussein K, Braun E *et al*. Natural history and decolonization strategies for ESBL/carbapenem-resistant Enterobacteriaceae carriage: systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother 2016;71:2729-39.
5. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i.pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsområdet/Nationalt%20kvalitetsprogram%20for%20sundhedsomr%C3%A5det%20-%20april%202015.ashx (14. nov 2016).

LEDER

Jens Otto Jarløv

Ugeskr Læger
2016;178:V68866

KORRESPONDANCE:

Jens Otto Jarløv,
Klinisk Mikrobiologisk
Afdeling, Herlev og
Gentofte Hospital.
E-mail: jens.otto.jarloev@
regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-
formular er tilgængelig
sammen med lederen på
Ugeskriftet.dk