

Generelle kommentarer til de indkomne ændringsforslag

Definitionen af SIR (punkt 2d): Definitionerne for S og I er ændret således:

- For **S** gruppen er tilføjet, at der kan forventes effekt af behandling med "standarddoser"
- For **I** har der været ønske om at markere muligheden, at nogle antibiotika på trods af nedsat følsom kan anvendes ved lokalbehandling – til denne foreslås indført betegnelsen: **L** (lokal)

I har andre betydninger end indeterminant

- Dels intermediær – fx penicillin overfor enterokokker
- For nogle antibiotika hvor S og R populationerne ligger meget tæt på hinanden anvendes **I** som en bufferzone for at forhindre inkonsistens i laboratoriesvar

SRGA og EUCAST har besluttet at for R kun at anvende $<$. R breakpoints i rapporten er ændret svarende til dette

Vedrørende *E. coli* og ampicillin resistens: Det er tydeliggjort, at *E. coli* uden resistensmekanismer tilhører **I** populationen, men at det af antibiotika politiske grunde (læger er generelt utilbøjelige til at anvende antibiotika besvaret som **I**) kan det vælges at kalde disse isolater **S** – ledsaget af en kommentar "peroral behandling kan anvendes til behandling af ukomplicerede urinvejsinfektioner". NCCLS har af samme grunde måttet indføre 2 forskellige breakpoints for amoxicillin og pneumokokker (meningitis og non-meningitis).

Tabel 2: Glycopeptider og metronidazol (nitroimidazoler) suppleret

Tabel 3: Tabellen er tænkt som hjælp til ikke-eksperten, den er derfor revideret hvorved kun oplagte naturlige resistensforhold er medtaget.

Tabel 5 er tydeliggjort. Isolater med ændrede PBP klassificeres som R

Enkeltkolonier i hæmningszonen – teksten er forsøgt tydeliggjort

Anvendelse af primære resistensundersøgelse til overvågningsformål: Flere har opponeret imod at der i rapporten står, at resultater opnået ved primær resistensbestemmelse sjældent kan anvendes til kvalitetssikring samt resistensovervågning.

Kvalitetssikring: Vi ved fra talrige undersøgelser at indsendte kvantitative data er aflæst på varierende inokulum (brede populationer!).

Brug af primære resistens data kræver derfor, at der samtidig markeres for at inokulum har været semikonfluent – isolatet bør derudover forekomme stort set i renkultur for at kunne udelukke en påvirkning fra andre bakterier.

Dette er ikke i modstrid med at vi anvender primære resistensdata til patient behandlingsformål, da der her tillægges en **kvalitativ tolkning** før isolatet kategoriseres som SIR.

Figur 4 udgår

Ad Tabel 10:

Det har været ønsket at amox/clav, colistin, linezolid og moxifloxacin skulle tilføjes. Vi mener amoxicillin = ampicillin break-points ligesom PIP/Tazo følger piperacillin breakpoints – derfor synes vi ikke, at amox/clav behøver at blive medtaget.

Vi har ikke kendskab til kliniske break-points for colistin.
Linezolid og Moxifloxacin er medtaget

For *S. aureus*: Det klargøres, at det kun er for *mecA* / PBP2a positive isolater at alle β -lactam antibiotika er R.

mecA negative men oxa R isolater er enten såkaldte BORSA isolater eller høj resistente isolater med en anden resistens mekanisme.

Vedrørende BORSA: Isolater med let forhøjet oxacillin MIC, resistensen er ikke inducerbar og de har ofte "normal" MIC for fx cefuroxim og amox/clav og må derfor forventes at kunne behandles med disse antibiotika.

Der er kun meget sparsomme kliniske data på patienter inficeret med BORSA stammer – det er derfor uafklaret om det kliniske break-point er det samme som det mikrobiologiske break-point på $R > 1$ mg/L.

Højresistente isolater oxa > 32 mg/L der er *mecA* negative er sjældne. Isolaterne er næsten altid samtidig R overfor de fleste-/alle de øvrige β -lactam antibiotika.

De ses i danske kliniske isolater. *MecA*-negative isolater med oxacillin MIC > 1 eller tilsvarende nedsat zonestørrelse bør derfor altid MIC testes for de β -lactam antibiotika, der ønskes anvendt.

Vi har indføjet en tabel 11 om grupperepræsentanter.

På udvalgets vegne,
Robert Skov & Niels Frimodt-Møller
06.03.2004