Tidspunkt: 21-1-25 kl 10.00-15.00

Frokost kl. 12.00 – der er bestilt sandwiches

Kaffe – løbende – muligvis lidt kage…

Sted: Odense klinisk mikrobiologisk afd. J.B:Winsløvsvej 21

Referat

1. Præsentationsrunde:
   1. Lene Nielsen (LN), KMA Herlev
   2. Marianne Kragh Thomsen (MKT), KMA Århus
   3. Alex Yde Nielsen (AYN), KMA RH
   4. Rune Micha Pedersen, (RMP) KMA OUH
   5. Sofie Skovmand Rasmussen (SSR), KMA Esbjerg og SSI
   6. Raluca Datcu (RD) SSI
   7. Nanna Skaarup Andersen (NSA), KMA OUH
2. Referent: NSA Mødeleder: LN
3. Nationale kongenit CMV projekt. Retning? (plenum)
   1. RMP skitsere kort projektet som egentlig er startet med baggrund i Borgerforslag Rettidig opsporing af og viden om kongenit CMV infektion (den største, oversete, infektiøse årsag til udviklingsforstyrrelser hos børn) <https://www.borgerforslag.dk/se-og-stoet-forslag/?Id=FT-17148>. Anne Haglund (afbud) fik til opgave at se om der var nogen interesserede blandt neonatologerne og der var stor forskel på holdningerne i de neonatologiske afdelinger rundt i landet.
   2. AYN fortæller at der allerede kører et projekt på RH, Child, Ulrikka Nygård, hvor man også må gå i journaler mm. nationalt. Så AYN advokerer for at man måske kigger mere på det projekt før man begynder at iværksætte et nyt screeningsprojekt. AYN er ked af at bruge PKU-kort fordi det er kostbart materiale.
   3. RD har trukket resultater for CMV undersøgelse på PKU kort ud og for dem hvor der er rekvireret CMV på SSI, er det omkring 11% der er PCR positive (meget grove tal). AYN og RMP spørger om rekvisitionen på disse ikke primært skyldes høretab. Der var også diskussion af problemer med falsk positivitet. F.eks. krydskontamination ved afklipning. Desuden kan afdelingerne finde på at sende prøverne våde liggende op af hinanden så der også i forsendelsen kan være krydskontamination. Derfor beder SSI også om urin selvom der er gået mere end 3 uger.
   4. LN for Herlev hvis der har været mistanke om CMV infektion hos moderen under graviditeten, så screenes barnet ved fødslen og altså ikke PKU kort. Samme procedure andre steder, bl.a. i Regin Midt.
   5. LN fortæller at Christian Berg på et tidspunkt lavede et CMV projekt om filterpapir også PKU kort og CMV type. For at se om der var forskel på samfunds CMV og kongenit CMV og der fandt de ikke forskel (se vedhæftede artikel).
   6. RMP fortæller at ca. 30 % af børn med neonatale infektioner ikke har viræmi, men det er nok dem, som ikke får sequelae, så det er måske ikke så stort et problem hvis man overser nogle på PKU.
   7. MKT: Er der færre kongenitte infektioner end tidligere? Der er kommet flere tilbud om både behandling og abort.
   8. LN/RMP: Vi ved ikke hvor mange kvinder i den fertile alder der har CMV antistoffer. Behandling af primær infektion, men også sekundær behandling og tertiær profylakse (dvs. efter transmissionen har fundet sted).
   9. MKT: På AUH er de ved at undersøge om man skal screene de præmature, da de ikke har PKU kort før meget sent.
   10. RMP: Har dette en vej frem eller skal vi afvente RH og Ulrikkas projekt?
   11. AYN vil snakke med Ulrikka, vi skal ikke opfinde den dybe tallerken hvis de allerede nu er ved at kigge på det. Det kan jo kun blive deskriptivt og på en selekteret population.
   12. LNH. Simpelt men dyrt studie kunne være hvad er seroprævalencen for kvinder i den fødedygtige alder. Dette kunne måske være med til at understøtte om man skal følge de seronegative. RMP er enig for hvis man kan fanger primær CMV infektion hos gravide tidligere kan man behandle dem. F.eks. kan man undersøge doubletesten. MKT foreslår evt. også et samarbejde med KIA om bloddonorer, men det er måske for selekteret en population.
   13. RMP foreslår et forskningsprojekt med epidemiologi da der nu er en behandling. Kunne man starte med en lille udtræk på doubletest, eller kvinder i den fødedygtige alder.
   14. **Beslutning:** Lille projekt om seroprævalensen i den fødedygtige alder. Alle går tilbage på deres KMAer og ser hvad har man haft af CMV serologi analyser hos kvinder mellem 18-45 år i perioden 2020-2024 og i 5 års aldersgruppe intervaller. De deles op per år for at se om der er COVID forskel. Dette vil kunne give en ide om det giver mening at kigge yderligere efter dem der har risiko for primær infektion. Vi tror seroprævalencen er mellem 50-60%, men vi ved det ikke. Alle KMAer bruger Liaison måske med undtagelse af Hvidovre der formentlig stadig bruger Roche-platform. Til aviditet bruges VIDAS. KMA Hvidovre er ikke repræsenteret på mødet. LN spørger Gorm Lisby, og her kan man også spørge om aviditet.

**Formålet:** Om det giver mening videre at se på at screene gravide for CMV da der nu er behandlingsmulighed med valaciclovir

* 1. **Stine Lund** kan inviteres til næste møde i oktober og fortælle om CMV i ammemælk.

1. Status på DSOG retningslinje om Parvovirus-B19 (AYN)
   1. Skal diskuteres på DSOGs Sandbjerg møde.
   2. AYN har lavet det mikobiologiske skriv i dette. Der er lidt forskel på hvad folk gør hvis parvo IgM positiv. RH og AUH laver PCR, AUH har i serologien lavet et større inkonklusivt interval som så kommer til PCR og kører derudover PCR på alle IgM pos. prøver fra kvinder 18-45 år + børn<1 år, mens OUH siger IgM og IgG sandt positiv, IgM positiv send til PCR. Nogen gange bedes også om ny blodprøve. Alex har forsøgt at inkorporere de forskellige tilgange ved at skrive at man skal tage kontakt til sin lokale KMA for verifikation af IgM positive.
   3. AYN spørger, hvad gør man hos børn der efter fødslen har Anæmi? Det fremgår af vejledningen at man skal konferere med en pædiater, men de har ingen retningslinjer for dette. Nogle børn er anæmiske. Måske mest dem der har fået intrauterine infektioner.
   4. Der er også noget med arbejdstilsynet i forhold til om man skal fraværsmeldes hvis man er seronegativ og arbejder i institution, men der er ikke endelig afklaring.
   5. RMP: OUH arbejdsmediciner har haft en tilgang der hedder hvis der er mere end et Parvovirus tilfælde i en institution skal de gravide medarbejdere screenes og IgG positive kan gå på arbejde, mens negative fraværsmeldes. Dette er dog mod de gældende retningslinjerne.
   6. AYN: Appendix 1, Figur 4. Der er et flowchart hvor IgM negative, IgG positive kaldes tidligere infektion, men så kommer der alligevel en kasse hvor der kommer ind noget med serokonvertering og nylig infektion. Vi tænker umiddelbart at det er for de immunsupprimerede i mab behandling. Måske skal det i fodnote eller lignende for at præcisere at det ikke er alle gravide, og man normalt godt kan stole på IgG positiv og IgM negativ = tidligere infektion.
2. Parvovirus og sygdom blandt gravide i Danmark forår 2024 (RD)
   1. RD præsenterer artiklen “Epidemic of parvovirus B19 and disease severity in pregnant people, Denmark, January to March 2024” <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.24.2400299> (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.24.2400299>)
   2. Data er baseret på MIBA data og udgår fra epidemiologerne på SSI, men virologi gruppen stiller sig måske lidt undrende over at der ikke er inviteret en eneste klinisk mikrobiolog med fra regionerne, som jo egentlig er dem der har genereret data og sidder med rådgivningen af patienterne. Data tæller kun de første 3 mdr af 2024, men giver et tydeligt indblik i at Parvo stiger markant i foråret 2024 og at der er en del svære tilfælde, tolket ud fra 4 parametre.
   3. RMP fortæller at der på kongenitdagen i efteråret faktisk synes at være sequelae hos børn med hydrops hvor vi ellers tidligere sagde at alt var godt så længe man fik et levende barn.
   4. SSI overvejer at Parvo skal overvåges igennem melde systemet.
3. Frokost (30 min)
4. Diskussion af følgende artikel: Investigation of atypical serological profiles for Epstein-Barr virus (EBV) (LN)
   1. LN fortæller om - Investigation of atypical serological profiles for Epstein-Barr virus (EBV) DOI: 10.1016/j.jviromet.2024.115002. Det er en interessant artikel, med en del mangler, men dog alligevel noget man bør overveje.
   2. Der opereres med 5 forskellige atypiske scenarier (Liaison) for EBV serologi mønstre. Desuden tolkes grænseværdi som positiv.
   3. Særligt bekymrende er senarie 4: Det ser ud som om særligt for de (meget få prøver kun 62) der er isoleret VCA IgM positive, der er ca. 50% falsk positive på Liaison, da kun 47,2 % er PCR positive og de 52,8% PCR negative ved supplerende IgM EBV immunoblot (som er mere følsom) og CMV serologi ikke er sandt positive.
   4. MKT: Passiv immunisering beskrives slet ikke i artiklen, via blodprodukter mm. Dog opgøres antallet af immunsupprimerede, men ikke hvordan de er immunsupprimerede. Der er heller ikke parrede prøver med i artiklen.
   5. LN: Skal man lave en PCR ved primær diagnostik af EBV? MKT anbefaler det hos hospitaliserede patienter ved behov for hurtig diagnostisk afklaring. Hvis VCA IgM positiv og PCR negativ da ny prøve. Hos praksis vil det være anbefalingen med en opfølgende prøve mhp serokonvertering.
   6. MKT fortæller at de i et projekt har haft en tolkning om evt EBV reaktivering på de mikrobiologisk svar og at det så i nogle tilfælde har betydet at det har forlænget lymfom udredning. Derfor er man gået væk fra at sætte tolkning om evt reaktivering på EBV serologi-svar.
   7. MKT og RMP: Erfaring fra EVITA studiet (nyretransplanterede) er at PTLD patienter godt kan ligge med lav viræmi omkring 1000 kopier/<1000 IU/mL og stadig have PTLD.
   8. AYN: Spørgsmål til næste gang. Skal man lave noget nationalt omkring hvor godt performer Liaison på forskellige parametre. RMP spørger hvad med immunoblot? er der nogen der kan det? LN: der er ingen der gør det og det er umiddelbart dyrt. AYN foreslår PCR og kliniske oplysninger. Oplagte projekter kunne være CMV og Parvo. Der arbejdes videre med dette.
5. Opfølgning på temadag om kongenitte infektioner (plenum – Anne Haglund kan måske dele sine erfaringer)
   1. Anne er desværre forhindret, så dette punkt kommer næste gang.
6. Case om HHV6 encephalit (AYN)
   1. Case med barn der indlægges, først respiratorisk svigt, siden leversvigt og HHV-6 DNA i blod med umålelig højt antal kopier, effekt på kopiantal på antiviral beh med ganciclovir. Han bliver kognitivt påvirket CTC med nekrotiserende encephalitis der ifølge røntgen beskrivelsen ligner HHV-6 infektion (?) og pt afgår ved døden efter 4 døgn på intensiv.
   2. Snak om erfaringer om HHV-6 på de forskellige afdelinger.
7. Evt. Ikke noget på evt.
8. Emner og tidspunkt for næste møde
   1. Online møde tirsdag d. 27 maj om CMV serologi hos fødedygtige kvinder, de forskellige KMAer trækker ud, se punkt 3. 13.30-15.
   2. Fysisk møde tirsdag d. 7. okt 2025 fra 10-15.
      1. Husk at sende artikler med dagsordenen
      2. Verificering af 6 forskellige assays for Hantavirus (NSA)
      3. Husk cases til møde d. 7. oktober (AYN og RD har en case om enterovirus) andre må gerne komme med cases også.
      4. Nyt fra ESCV.