

Det nya året börjar med goda nyheter. Efter mycket arbete, PK/PD-simuleringar och konsultationer med Europas antibiotikaexpertis har EUCAST genomfört en revidering av brytpunkterna och rekommenderade dosregimer för pneumokocker och bensylpenicillin. Följande formulering utgjorde utgångspunkten för revideringen: "There are concerns that the breakpoints for benzylpenicillin and *S. pneumoniae*, and their associated dosing regimens are more complex than they need to be." Att göra något enklare eftersom det, kanske med tiden och utan onda avsikter, har blivit onödigt komplext, är en ambition vi kan ta med oss till många andra områden. Vad innebär då förändringen? För det första ändras R-brytpunkten från $> 2 \text{ mg/L}$ till $> 1 \text{ mg/L}$ vilket gör att laboratorierna inte längre behöver utföra MIC-bestämning för att avgöra om isolatet är I eller R. Detta leder i sin tur till snabbare svar enligt SIR. Förändringen innebär också att dosregimerna kan förenklas eftersom det nu inte behövs flera olika varianter på högdos för att säkert täcka in de stammar som ligger i övre delen av det känsliga intervallet. De europeiska dosregimerna för normal- och högdos är $0,6 \text{ g} \times 4$ respektive $1,2 \text{ g} \times 6$. RAF har, i den försvenskade doseringstabell som vi tar fram varje år, gjort bedömningen att de dosregimer som oftast används i Sverige, $1 \text{ g} \times 3$ respektive $3 \text{ g} \times 4$, tillräckligt väl uppfyller PK/PD-målen för att de oftast ska anses likvärdiga med de europeiska. För unga, njurfriska patienter som har infektioner med pneumokocker som kategoriseras som I bör man dock överväga 6-dos. Behandling av meningit och endokardit kan som tidigare kräva andra doser och för dessa infektioner gäller att endast stammar som kategoriseras som S är säkert behandlingsbara. Förändringen av brytpunkterna innebär också att falldefinitionerna för anmälan enligt smittskyddslagen har kunnat förenklas. MIC-gränsen för anmälan är fortsatt $> 1 \text{ mg/L}$. Tidigare skiljde sig dock denna gräns från R-gränsen vilket var ologiskt, krångligt för laboratorierna och innebar att dessa stammar betecknades som "pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G" (PNSP). När nu gränsen för anmälan sammanfaller med R-gränsen kommer dessa stammar mer logiskt att benämnas "penicillinresistenta pneumokocker" (PRP). Här kan det vara på sin plats att uppmärksamma att andelen penicillinresistenta pneumokocker bland svenska isolat fortsatt är mycket låg och inte verkar öka över tid. Det är också bra att känna till att nedsatt känslighet och resistens mot penicillin hos pneumokocker orsakas av förändrat penicillin-bindande protein (PBP) med lägre affinitet för penicillin. Förekomst av förändrat PBP innebär dock inte att MIC-värdet höjs lika drastiskt som exempelvis vid betalaktamasproduktion hos gramnegativa bakterier. De allra flesta pneumokocker är behandlingsbara med penicillin i tillräckligt hög dos. Det finns till och med en artikel i *Clinical Infectious Diseases*, som nu är något till åren (Peterson, 2006, doi 10.1086/497594), som anför att "There is only a single report of documented microbiologic failure of parenteral penicillin-class antibiotics in the treatment of pneumococcal pneumonia in patients with or without bacteremia". Även om den artikeln mött en del kritik och det kanske är att dra resonemanget väl långt att hävda att alla pneumokocker utanför CNS kan behandlas med penicillin, kan vi i alla fall glädja oss åt att resistenta pneumokocker inte verkar bli något större problem i den närmsta framtiden och dessutom nu blivit lite enklare att hantera för både kliniskt verksamma läkare och laboratorier.

Avslutningsvis vill jag passa på att tipsa om de kurser som anordnas av ESCMID och som tyvärr inte är så kända för svenska infektionsläkare (<https://www.escmid.org/education/courses/>). Bara under 2025 planeras minst 25 kurser inom infektions- och mikrobiologiområdet med ett spektrum som spänner över både diagnostik, klinisk handläggning och hur man publicerar sin forskning. Kurserna vänder sig till både specialister och ST-läkare och blir ofta inte dyrare än inhemska kurser. Flera av dem erbjuder dessutom stipendier som täcker delar av kostnaden för yngre läkare.

Till sist hoppas jag att ni alla läser fjolårets RAF-stipendiat Vendela Berglunds artikel om *Stenotrophomonas* i detta nummer av Infektionsläkaren. Mycket lärorik för alla infektionsläkare.

Daniel Bremell
Överläkare, Infektion, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Ordförande RAF