

## **Minnesanteckningar, RKV zoom 201014 kl 14-16**

Deltagare: Blenda Böttiger, Martin Sundqvist, Kåre Bondesson, Margaretha Nordin, Emmi Andersson, Lena Serrander, Mia Brytting, Magnus Lindh

### **1. Falskt positiv PCR: konsekvenser, hur ska det undvikas, metodjämförelse.**

Skåne: Gräns vid Ct 35

Linköping: Höga Ct i tidig testning associerat med låg seroprevalens (6%), vilket kan tyda på att en del med lågaktiv infektion inte utvecklar antikroppar (eller att PCR-fyndet är falskt).

Stockholm: NeuMoDex in-house kontaminationsproblem, Ct-gräns 40, använder metodens gräns för Cobas

Uppsala: Pga initiala kontaminationsproblem med in-house sattes gräns vid Ct 32.

Örebro: Har inte noterat kontaminationsproblem, inte så många med högt Ct.

Gbg: Höga Ct var tidigare relativt vanliga, med in-house-metod, Cobas och GeneXpert. Ganska ofta feedback från infektion att det inte verkade stämma. Nu används cut-off vid 38, och kommentaren att Ct mellan 36-38 innebär att förekomst av sars-cov2-RNA inte är säkert bedömbart.

Apropos risken att höga Ct kan bero på icke-representativt prov: I Linköping har man kollat 15 individer som tagit prov flera gånger: Ct skilde 4-11 cykler hos fem av dem. Överväger svarskommentar om Ct är lågt (<24), medel (24-37) eller högt (>37).

Emmi: i Sthlm provtagning samtidigt (olika näsborrar):

Biobanking: De positiva sparas i regel. Alla prover sparas på NPC.

### **2. Smittsamhet.**

Ct-gräns? Nej tycker de flesta.

Ska vi sminetanmäla alla PCR-resultat? Ja, om vi bedömt dem som positiva (förstås).

Ska smittspårning styras av Ct-värdet? Inte vår sak att avgöra.

### **3. Ska snabbtester (antigentest, LAMP-test) användas i diagnostiken, och i så fall hur?**

Ingen har infört snabbtest ännu.

Gbg: Testar och överväger att införa (i) på sjukhus för att kolla så att inte smittsamma utan eller med milda symtom läggs in (ii) i öppenvården för att testa patienter och personal.

Sthlm: PNA-gruppen ska utvärdera fyra olika antigen-tester. Ser användningsområde vid utredning av utbrott.

### **4. Säkerhet: Behövs inaktivering (lysbuffert eller värme) eller säkerhetsbänk klass 2? Betydelse för diagnostik av covid, influensa, GAS på vårdcentral?**

Mia: Avfallet måste i vissa fall hanteras på särskilt sätt. FoHM kommer att publicera ny vägledning nästa vecka. Värmeinaktivering 75 min i Sthlm.

Martin: Värmeinaktivering används, men barriärskydd acceptabelt alternativ.

Kåre: säkerhetsbänk klass 2 inget krav, barriärskydd acceptabelt alternativ.

**5. Faeces-analys.** Ingen kör PCR i större omfattning. Sthlm: Kör de prover som kommer, men ingen systematisk genomgång. Används när NPH-pcr är negativ och klinisk misstanke finns.

### **6. Serologi: vilka ska verifieras genom komplettering med alternativ metod? Finns det nytta med IgM?**

Linköping: Architect + iFlash går ifrån verifiering

Sthlm: Cobas (iFlash), inte verifiering

Uppsala: Architect bara

Örebro: Siemens, inte verifiering

Skåne: Vitros, inte verifiering (Roche ibland)

Gbg: Architect + iFlash-verifiering av positiva.

### **7. Hur ska man diagnostisera reinfektion?**

Mia: Falldefinition: 3 mån intervall, Ct under 32 behövs, sekvenseringsverifiering. Oklart hur många nt-skillnader som krävs (10 st/hela genom). Sekundär titerstegring vid reinfektion?

**8. Status avseende NAT-screening av blodgivarblod.** Martin berättade att Socialstyrelsen berättat att det inkommit många synpunkter på införande av NAT-screening. Kommer att dröja.

**9. Influensadiagnostikstrategi i vinter.** Örebro satsar på kombo cov+influensa+rsv (in-house). Skåne in-house och Simplexa. Linköping: Genexpert kombi, Abbott Alinity kombo i januari. Sthlm Genexpert. Uppsala: In-house kombo (skippar pdm).

Magnus Lindh