


Erstelldatum: 21.09.2010		1931 Geburtshilfe		Nr. 193129/9		Seite 1 von 3	
<h1>Streptokokken-Gruppe B (GBS)</h1> <h2>Peripartal Management</h2>				Kantonsspital Aarau 			
Verfasser: Monya Todesco Anlaufstelle: Geburtshilfe Telefon: 5073 E-Mail: monya.todesco@ksa.ch		Genehmigt am: 16.05.2018 Genehmigt durch: M. Todesco Gültig ab: 16.05.2018 Gültig bis: 15.05.2021		Ersetzt Versionen: 193129-6 v. 13.12.2013 193129-7 v. 9.12.2015 193129-8 v. 22.03.2016			

1. Ziel

Reduktion der early-onset-Neugeborenensepsis durch Streptokokken der Gruppe B (GBS) um bis 85 % durch eine universelle, gezielte Antibiotikaprophylaxe sub partu.

2. Prävalenz

15 bis 21 % aller Schwangeren haben GBS im Genitaltrakt (eigene Daten, Korec M., Honegger Ch. SGGG Jahresversammlung 1999 und Rausch et al. 2009).

3. Risiko

Das Sepsisrisiko für ein Neugeborenes hängt weitgehend von den Begleitumständen ab. Das **Grundrisiko** ohne zusätzliche Risikofaktoren bei GBS kolonisierter Mutter beträgt 6 / 1000. Die Letalität bei manifester Sepsis liegt bei 10 – 30 %.

Erhöhung des Risikos bei FG (Geburt < 37 0/7 SSW), SBS > 18 h a.p. und Fieber sub partu um das 12,5 –fache. Bei Geburtsgewicht unter 2000 g gar um das 25 –fache.

Reduktion des Risikos durch korrekte antibiotische Prophylaxe > 4 h a.p. um den Faktor 0,03.

5. Diagnostik

Generelles Screening aller Schwangeren nach der 35. SSW mittels selektiven Kulturmediums (ausser bei Frauen mit GBS-Bakteriurie in der Schwangerschaft oder bei Frauen mit einem bereits an GBS erkranktem Kind), auch bei geplanter Sectio caesarea. Der Abstrich erfolgt vaginal und perianal. Es bedarf keiner Spekulumuntersuchung. Bei Penicillinallergie ist gleichzeitig ein Antibiogramm anzufordern.

Streptokokken B PCR Nachweis:

Indikation durch Arztdienst nur bei PROM oder bei beginnender Geburt am Termin, wenn das Kulturresultat nicht rechtzeitig bekannt ist (kein Abstrich entnommen / kein Resultat bei uns eingetroffen / Praxis nicht innerhalb 18 Stunden erreichbar).

Ansonsten (Frühgeburtsbestrebung, PPROM, usw) wird wie bisher eine normale Kultur angemeldet. Aus Kostengründen gilt der PCR Nachweis nicht als Routine-Test.

6. Prophylaktische Antibiotika-Gabe sub partu bei

- positivem GBS-Abstrich, **idealerweise nach der 35. SSW**
- einem an GBS-Sepsis erkranktem Kind aus der früheren Schwangerschaft
- GBS-Bakteriurie in der aktuellen Schwangerschaft
- unbekanntem Trägerstatus mit mindestens einem der folgenden Risikofaktoren: Frühgeburt, Blasensprung > 18 h, Fieber > 38° C sub partu

Streptokokken-Gruppe B (GBS)

Peripartal Management

Kantonsspital Aarau



Prophylaxe in der Regel mit:

Penicillin G 5 Mio E i.v. (Penicillin Grünenthal) → Wiederholung mit 2.5 Mio E i.v. alle 4 h

Bei leichtgradiger Penicillin-Allergie (z.B. Exanthem):

Cefazolin 2 g i.v. (Kefzol) → Wiederholung mit 1 g i.v. alle 8 h

Bei Anaphylaxie, Angioödem, respiratorischem Distress oder Urtikaria auf Penicillin oder Cephalosporin:

Clindamycin 900 mg i.v. (Clindamycin Sandoz) → Wiederholung alle 8 h

Bei schwerer Penicillinallergie und Clindamycin-Resistenz:

Vancomycin 1 g i.v. (Vancomycin) → Wiederholung alle 12 h

7. Eine prophylaktische Antibiotikagabe wird nicht empfohlen bei

- dokumentiertem negativen GBS-Kulturergebnis in der aktuellen Spätschwangerschaft (es gilt das Resultat des Abstriches nach der 35. SSW), auch bei positivem GBS-Kulturergebnis in einer vorherigen Schwangerschaft oder am Anfang der jetzigen SS
- bei einem Intervall des Blasensprungs von ≥ 18 Stunden bei negativem GBS-Kulturergebnis ohne weitere Risikofaktoren (Frühgeburt < 37 0/7 SSW, Fieber $\geq 38,0^\circ$ C sub partu, Pyelonephritis)
- elektiver Sectio caesarea (keine Wehen, kein Blasensprung), unabhängig vom Screening-Resultat. Eine perioperative AB-Prophylaxe ist zum Schutz der Mutter indiziert, vor Operationsbeginn oder nach Abnabelung des Neugeborenen.
- Ebenso ist eine Antibiotikagabe während der Schwangerschaft an eine asymptomatische Schwangere mit GBS-Besiedelung nicht indiziert (hohe Rate der rezidivierenden GBS-Besiedelung).

8. Vorgehen bei VBS ≥ 37 0/7 SSW

Bei vorzeitigem SBS am Termin und bekannter GBS-Kolonisation der Mutter soll die Prophylaxe unverzüglich nach dem Ereignis begonnen und bis zur Geburt beibehalten werden. Die Einleitung oder Sectio erfolgt unabhängig von einer allfälligen GBS-Besiedelung.

Bei unbekanntem GBS-Status soll innerhalb 18 Stunden eine Streptokokken der Gruppe B PCR Nachweis erfolgen. Die Anmeldung läuft über normalem Mikrobiologie-Auftrag. Im Feld klinische Angaben bitte **Vermerk: Strep B PCR-Schnelltest**. Bitte noch zusätzliche telefonische Information (Tel. 5264 / 5409).

Bei Patientinnen, welche in der Nacht zwischen 21Uhr bis 8Uhr sich mit unbekanntem GBS-Status vorstellen, werden der Regel die Abstriche nach 8 Uhr ins Labor gegeben (Falls die Praxis, welche die Schwangerschaft betreut hat keinen aktuellen Streptokokken der Gruppe B Abstrich-Resultat besitzt). Für Ausnahmefälle steht auch ein 24h Pikettdienst der Mikrobiologie zur Verfügung (über Telefonzentrale Dienstmikrobiologe verlangen). Bitte diesen Pikettdienst, aber nur anfordern falls ein schnelles Resultat für die Patientin oder das Kind eine Änderung im Procedere noch in der Nacht zur Folge hat. Die negative Vortestwahrscheinlichkeit liegt beim PCR-Test bei 97.5%. Somit können wir bei negativem Resultat auf eine AB-Prophylaxe verzichten.

9. Vorgehen bei drohender Frühgeburt < 37 0/7 SSW

- GBS-Abstrich positiv → Antibiotische Therapie während 48 h i.v., anschliessend 7 Tage p.o. (oder bis Geburt)
- GBS-Abstrich negativ → keine antibiotische Therapie, ausser bei PPRM
- GBS-Status unbekannt → Abstrichentnahme. Antibiotische Therapie nur falls die Geburt in weniger als 48 h zu erwarten ist, oder bei V.a. Infekt oder bei PPRM

10. Vorgehen bei primärer Sectio caesarea

- GBS-Screening durchführen.
- Keine Prophylaxe perioperativ auch wenn positiv
- Verzicht auf NG-Überwachung

Streptokokken-Gruppe B (GBS)

Peripartal Management

Kantonsspital Aarau



11. Postnatal

Mutter

Überwachung wie sonst auch, keine speziellen Massnahmen erforderlich.

Neugeborene einer GBS-kolonisierten Mutter (mit oder ohne subpartale AB-Prophylaxe) oder einer Mutter mit unbekanntem GBS-Status

- mit infektverdächtigen Symptomen

(Tachypnoe, Nasenflügeln, Einziehen, Stöhnen, kühle Peripherie, blass gräuliches Kolorit, Temperaturinstabilität, Apathie, Hypotonie, evt. Irritabilität, Apnoen, Erbrechen, Magenrest, geblähtes Abdomen)

Frühgeborene <35. SSW

- mit Risikofaktoren

(SBS > 18 h ante partum, Fieber sub partu, GBS-Sepsis bei Geschwister, fehlende oder verspätete antibiotische Prophylaxe (< 4 h ante partum))

→ in der Regel Verlegung auf die Neonatologie zur intensivierten Abklärung, Überwachung und ggf. antibiotische Therapie

- ohne Risikofaktoren

→ 48 h intensiviert Überwachung auf der WB-Station mit:

- klinische Überprüfung von Atemfrequenz mit spez. Beachtung von allfälligen Dyspnoezeichen (Nasenflügeln, Einziehen, Stöhnen), Herzfrequenz, Rektaltemperatur und periphere Temperatur palpatorisch (Füsse tasten!), Kolorit, Aktivität und Tonus.

- 30 Min und 60 - 120 Min. nach der Geburt im Gebärsaal, dann

- alle 4 h bis das Kind 12 h alt ist dann

- alle 6 h – 12 h bis das Kind 48 h alt ist

→ Bei Auffälligkeiten frühzeitig Neonatologie beiziehen, Kind grosszügig verlegen.

Eine ambulante Geburt bei GBS-kolonisierter Mutter oder bei unbekanntem Status lehnt die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie ab.

Literatur

- Kind C. Betreuung der Neugeborenen von Müttern, die mit Streptokokken der Gruppe B kolonisiert sind. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie. 2002. www.neonet.ch/en/04_Recommendations/rec_ssn.asp
- Gibbs RS et al. Perinatal Infections due to group B streptococci. Obstet Gynecol 2004;104:1062-1076
- Surbek D et al. Expertenbrief No 19, Prophylaxe der early-onset-Neugeborenen-sepsis durch Streptokokken der Gruppe B. 29.12.2006
- Müller M. Prävention der vertikalen Übertragung von B-Streptokokken. Erläuterung der aktuellen revidierten CDC-Empfehlungen 2010. Gynäkologie 2012;4:14-18
- Rausch AV et al. Group B streptococcus colonization in pregnancy: prevalence and prevention strategies of neonatal sepsis. J Perinat Med 2009;37:124-9
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised guidelines from CDC, 2010. MMWR 2010;59(RR-10):1-32