

Screening auf B-Streptokokken in der Schwangerschaft

Empfehlung der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) Stand 08/2010 (AWMF 024/020 S1)

B-Streptokokken können bei Neugeborenen schwere Erkrankungen verursachen, die mit Sepsis, Pneumonie und Meningitis einhergehen und eine hohe Letalitätsrate aufweisen. Die Durchführung einer antibiotischen Prophylaxe kann die Inzidenz der Erkrankung signifikant senken.

Gemäß der aktuell geltenden Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wird ein Screening aller Schwangeren auf B-Streptokokken zwischen der 35+0. und der 37+0. Schwangerschaftswoche (SSW) empfohlen.

Hintergrund

In Deutschland kann von einer Besiedlungsrate der Vagina von etwa 10–30 % ausgegangen werden. B-Streptokokken sind also ein Bestandteil der physiologischen Flora. Die Keimzahl kann auch während der Schwangerschaft stark fluktuieren.

Lediglich ein kleiner Teil der Kinder (1 bis 2 %) von Müttern mit nachgewiesener B-Streptokokken-Besiedlung entwickeln eine symptomatische Infektion. Die Rate erhöht sich jedoch deutlich, wenn weitere Risikofaktoren hinzukommen:

- hohe Keimdichte bei der Besiedlung der Mutter
- vorzeitiger Blasensprung ≥ 18 h
- Fieber der Mutter $\geq 38,0$ °C unter der Geburt
- symptomatischer oder asymptomatischer Harnwegsinfekt während der Schwangerschaft mit B-Streptokokken
- junges Alter der Mutter
- Infektionen des Kindes mit B-Streptokokken bei einer vorangegangenen Geburt
- Frühgeburt vor 37+0 Schwangerschaftswochen
- Unreife des Kindes (< 28 . SSW)

Es gibt zwei Verlaufsformen der Neugeborenen-sepsis, eine frühe Form (early onset) die sich in 90 % der Fälle innerhalb von 24 h nach der Geburt manifestiert, selten bis zu 5 Tage danach, und eine späte Form (late onset) die bis zu mehreren Wochen nach der Geburt auftreten kann. Die Letalität der Neugeborenen-sepsis liegt nach neueren Publikationen bei ca. 4 %.

Wahrscheinlich ist, dass eine totale Eradikation der B-Streptokokken in Vagina und Darm, dem natürlichen Habitat, nicht möglich ist und die Neubesiedlung der Scheide innerhalb kurzer Zeit nach Absetzen einer Antibiose aus der physiologischen Darmflora erfolgt. Eine Reduktion der frühen Form der Infektionen kann daher nur erreicht werden, wenn die intrapartale Chemoprophylaxe in Abhängigkeit vom Keimnachweis in der 35. bis 37. SSW durchgeführt wird. Zu diesem Zeit-

punkt reflektiert der Nachweis der Bakterien am ehesten die Besiedlung bei der Geburt. Liegt bei Beginn der Entbindung kein Ergebnis der Untersuchung auf B-Streptokokken vor, dann soll die Antibiotikaprophylaxe auf Grund von Risikofaktoren (s. u.) erfolgen.

Vorgehen zur mikrobiologischen Diagnostik

Dazu wird ein Abstrich vom Introitus vaginae in der 35. bis 37. SSW durchgeführt und mikrobiologisch untersucht. Die Sensitivität erhöht sich um 30 %, wenn zusätzlich ein Anorektalabstrich abgenommen wird. Die kombinierte Abstrichentnahme (mit nur einem Tupfer zuerst vaginal dann anorektal) ist möglich und erspart Kosten. Für den Abstrich werden die Röhrchen mit Transportmedium und blauer Kappe verwendet. Zervixabstriche sind für das Streptokokken-Screening in der Schwangerschaft nicht geeignet. Die Lagerung der Abstriche kann bei Raumtemperatur erfolgen (möglichst nicht länger als 24 Stunden). Schnelltests auf Streptokokken-Antigen sind nicht empfindlich genug, um einen mikrobiologischen Test zu ersetzen.

Chemoprophylaxe

Bei Nachweis einer Streptokokken-Besiedlung zwischen der 35. und 37. SSW wird der Schwangeren die intrapartale Chemoprophylaxe zum Zeitpunkt der Entbindung (mit Wehenbeginn bzw. nach Blasensprung; möglichst > 4 h vor der Geburt) vorgeschlagen.

Bei einer drohenden Frühgeburt vor der vollendeten 37. SSW, bei einem vorzeitigen Blasensprung ≥ 18 h oder bei Fieber der Mutter $\geq 38,0$ °C sollte immer eine Antibiotikaprophylaxe erfolgen, wenn das Abstrichergebnis bei Geburt noch nicht vorliegt.

Weitere unabhängige Indikationen für eine Antibiotikaprophylaxe sind symptomatischer oder asymptomatischer Harnwegsinfekt mit B-Streptokokken während der Schwangerschaft sowie bei Frauen, die bereits ein Kind mit einer B-Streptokokken-Infektion geboren haben.

- Mittel der Wahl ist Penicillin G (Benzylpenicillin); zu Beginn 5 Millionen IE i. v. und anschließend 2,5 Millionen IE i. v. alle 4 h bis zur Entbindung.
- Alternativ kann Ampicillin gegeben werden; zu Beginn 2 g i. v. und anschließend 1 g i. v. alle 4 h bis zur Entbindung.
- Bei einer Penicillin-Allergie sollte zunächst Cefazolin, zu Beginn 2 g i. v. und anschließend 1 g alle 8 h bis zur Geburt oder ein Cephalosporin der so genannten 2. Generation (z. B. Cefuroxim) in entsprechender Dosierung zur Anwendung kommen.
- Clindamycin 900 mg i. v. alle 8 h (in Deutschland für diese Indikation nicht ausdrücklich zugelassen) ist nur dann eine Alternative, wenn mit einer Allergie gegen Cefazolin

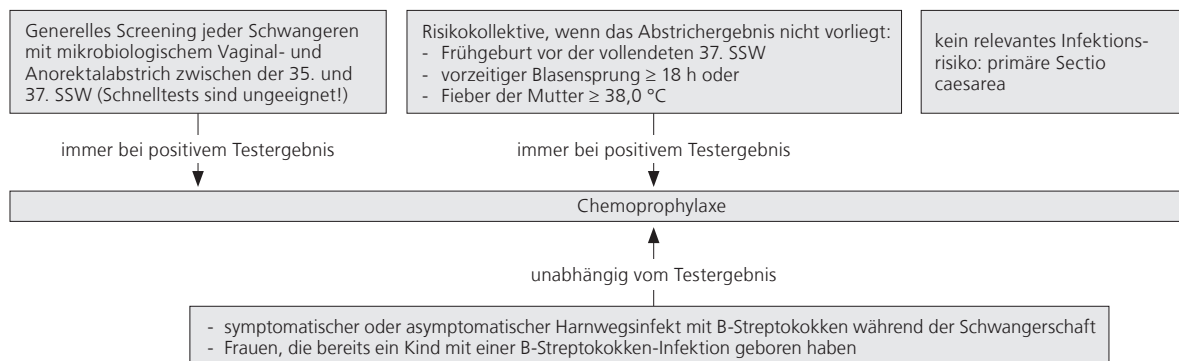
gerechnet werden muss. Da bei dieser Substanz Resistenzen gegenüber B-Streptokokken beschrieben wurden, soll im Labor eine Resistenztestung angefordert werden.

Liegt ein negatives Ergebnis vor, das innerhalb von 5 Wochen vor der Geburt erhoben wurde, kann auf die Chemoprophylaxe verzichtet werden, solange nicht z. B. Fieber eine unabhängige Indikation darstellt.

Bei Frauen mit einer primären Sectio caesarea kann auf eine Chemoprophylaxe verzichtet werden, da das Risiko für eine kindliche Infektion gering ist.

Die Fachgesellschaft geht davon aus, dass mit diesem Vorgehen bis zu 90 % der Fälle einer Neugeborenen Sepsis durch B-Streptokokken verhindert werden kann.

Vorgehen zur Chemoprophylaxe



WIR SCHAFFEN WERTE



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.
Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.
Interdisziplinäre Kompetenz.

- Standorte Labor
- Standorte Klinische Medizin

