

DOPORUČENÉ POSTUPY ČESKÉ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ SPOLEČNOSTI, SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP

DOPORUČENÝ POSTUP PŘI DIAGNOSTICE A LÉČBĚ STREPTOKOKŮ SKUPINY B V TĚHOTENSTVÍ A ZA PORODU

Publikován v České gynekologii, 69, 2004, č. 5, 421–422, v Moderní gynekologii a porodnictví, 16, 2007, č. 1, supplementum A, březen, nedo znal změn.

Autoři:

A. Měchurová¹, V. Unzeitig², R. Vlk³

¹ *Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

² *Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno*

³ *Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Oponenti:

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

1 Úvod

Infekce streptokoky skupiny B (GBS, *Streptococcus agalactiae*) je významnou příčinou perinatální mortality a morbidity. Kolonizace (prevalence rektovaginálního nosičství) se pohybuje od 6 do 35 %, novorozenecká mortalita pak od 5 do 20 %. Primárním rezervoárem je gastrointestinální trakt se šířením do traktu urogenitálního.

2 Onemocnění novorozenců

Novorozenci jsou nejvíce ohroženi v prvních 24 hodinách života perakutně probíhající pneumonií či sepsí nebo pozdní formou s diagnostikovanou meningitidou či osteomyelitidou.

3 Rizikové faktory

Zvýšené riziko pro plod představuje prematurita – porod před 37. týdnem těhotenství, odtok plodové vody víc než 12 hodin před porodem a horečka (> 38 °C) za porodu. Dalším rizikovým faktorem je anamnestický údaj o předchozím porodu dítěte s ranou GBS-infekcí.

4 Screening a léčba

4.1 Screening

Screeningu streptokokové infekce by se měly podrobit všechny těhotné ženy (s výjimkou žen s GBS-pozitivní kultivací moči kdykoliv v průběhu těhotenství) mezi 35. až 38. týdnem těhotenství. Odběr kultivačních vzorků se provádí z postranních stěn dolní třetiny pochvy.

Odběr materiálu z rekta není přínosem, a tak kombinovaný odběr není indikován.

Vzorky jsou umístěny do transportního média. Standardní kultivační vyšetření umožňuje získat výsledek do 48 hodin. Toto vyšetření preferujeme před užitím tzv. rychlých diagnostických testů s vyšším rizikem falešně negativních výsledků.

Rychlé diagnostické testy využíváme pouze v časové tísní.

Těhotnou ženu před porodem seznámíme s výsledkem kultivačního vyšetření, s přínosem i rizikem intrapartální antibiotické (ATB) profylaxe.

- 1) Bude-li *výsledek kultivačního vyšetření negativní*, intrapartální antibiotickou profylaxi nepodáváme.
- 2) Pokud *kultivační vyšetření nebylo provedeno, či jeho výsledek není k dispozici*, aplikujeme antibiotickou profylaxi při přítomnosti jednoho z těchto rizikových faktorů:
 - při předčasném porodu před 37. týdnem gravidity
 - po předčasném odtoku plodové vody před 12 a více hodinami
 - při zvýšené tělesné teplotě matky nad 38 °C
 - při pozitivní kultivaci moči v průběhu gravidity
 - při porodu dítěte s časnou formou onemocnění GBS.
- 3) Bude-li *kultivace z pochvy pozitivní*:
 - antepartálně nepreléčujeme (celkově ani lokálně)
 - přeléčení infekce v průběhu těhotenství nesnižuje riziko onemocnění novorozence, neboť až 70 % žen je i přes léčbu rekolonizováno
 - intrapartálně při nástupu děložních kontrakcí nebo po odtoku plodové vody aplikujeme antibiotika v infuzi.

4.2 Léčba

Antibiotická profylaxe GBS

V doporučeném postupu léčby vaginální kolonizace streptokoky skupiny B v těhotenství a za porodu je antibiotikem první volby Penicilin G v infuzi – 5 mil. IU, dále 2,5 mil. IU po 4 hod., neporodí-li žena do 8 hodin od iniciální dávky, doporučujeme prodloužit interval podání na 2,5 mil IU každých 6 hodin do porodu plodu.

Moderní babictví 16, 2008

Tab. Doporučený postup intrapartální antibiotické profylaxe (infuzní terapie) pro prevenci perinatálního GBS-onemocnění novorozenců.

doporučeno:	penicilin G 5 mil. jednotek i.v. iniciální dávka, dále 2,5 milionu jednotek i.v. za 4 hodiny (od 3. dávky 2,5 mil. jednotek po 6 hodinách) do porodu
při alergii na penicilin (bez vysokého rizika anafylaxe):	cefazolin 2 g i.v. iniciální dávka, dále 1 g i.v. každých 8 hodin do porodu
při alergii na penicilin (s vysokým rizikem anafylaxe):	klindamycin 900 (600) mg i.v. každých 8 hodin do porodu NEBO erytromycin 500 mg i.v. každých 6 hodin do porodu (vankomycin 1 g po 12 hodinách do porodu)
GBS-sepse:	ampicilin 2 g i.v. iniciální dávka, dále 1 g po 4 hodinách + gentamicin 240 mg i.v. po 24 hodinách

Ampicilin v současné době – pro nárůst časných novorozeneckých infekcí koliformní gramnegativní flórou rezistentní k ampicilinu – nepodáváme, je vyhrazen pro léčbu symptomatických infekcí.

Při alergii na penicilinová antibiotika s nízkým rizikem anafylaxe – nevěrohodnou alergickou anamnézou – podáváme cefalosporiny I. generace i.v. – Cefazolin 2 g v infuzi a dále 1 g po 8 hodinách do porodu.

Vankomycin je určen pouze pro pacientky s vysokým rizikem anafylaxe a prokázanou rezistenci k předchozím antibiotikům.

Streptokoková sepse je léčena dvojkombinací antibiotik – Ampicilinem 1 g v infuzi po 6 hod. (při alergii na penicilinová antibiotika Klindamycinem 600 (900) mg v infuzi po 8 hod.) a Gentamycinem 240 mg v infuzi po 24 hodinách.

Antibiotikum je nejvhodnější podat více než 4 hodiny před porodem, jinak nebezpečí kolonizace plodu dramaticky narůstá. Podání antibiotika méně než 4 hodiny před porodem je jednoznačně indikováno, ale s klesajícím efektem na kolonizaci novorozence.

Při odtoku plodové vody u termínové gravidity a pozitivitě GBS podáváme ATB hned při příjmu na porodní sál a porod provokujeme dle doporučení o indukci porodu.

Bude-li v těhotenství pozitivní kultivace moči, lze předpokládat i masivní kolonizaci rekta a pochvy, a proto podáváme perorálně antibiotika podle citlivosti ihned a intrapartálně aplikujeme antibiotika dle přiloženého schématu.

Při elektivním císařském řezu, je-li zachován vak blan a nenastoupily-li děložní kontrakce, není podání ATB odůvodněno. Operujeme však v chráněném koagulu (aplikace ATB těsně před výkonem).

Antibiotickou léčbu ukončujeme s porodem plodu, pouze při jasném klinickém nálezu infekce matky doporučujeme pokračovat v léčbě.