

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

Poprvé publikován v *České gynekologii*, 69, 2004, č. 5, 421-422, v *Moderní gynekologii a porodnictví*, 16, 2007, č. 1, supplementum A, březen, a nedo znal změn.

Autoři

A. Měchurová, R. Vlček, V. Unzeitig

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

Úvod

Infekce streptokoků 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 ústrojí se šířením do ústrojí urogenitálního.

Onemocnění novorozenců

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

Rizikové faktory

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

Screening a léčba

Screeningu streptokokové infekce by se měly podrobit všechny těhotné ženy (s výjimkou žen s GBS-pozitivní kultivací moči kdykoli v průběhu těhotenství) mezi 35. až 38. týdnem těhotenství. Odběr kultivačních vzorků se provádí z postranních stěn dolní třetiny pochvy. **Odběr materiálu z rektu 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. Bude-li výsledek kultivačního vyšetření negativní, intrapartální antibiotickou profylaxi nepodáváme.

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.

Bude-li kultivace z pochvy pozitivní:

- antepartálně nepřeléčujeme (ani 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.

Léčba

Antibiotická profylaxe GBS

V doporučeném postupu léčby vaginální kolonizace streptokoků 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.

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.

Při vysokém riziku anafylaxe podáváme Klindamycin 600 (900) mg v infuzi po 8 hodinách do porodu plodu, nebo makrolid Erythromycin 500 mg i.v. po 6 hodinách (není v současné době k dispozici, proto podáváme Azitromycin 500 mg v infuzi po 24 hod. do porodu plodu).

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

Streptokoková seps 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 pozitivě GBS podáváme ATB hned při příjmu na porodní sál a porod provokujeme podle 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 podle 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.