

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-17

Giltig till: 2027-04-15

Grupp B streptokocker (GBS) under graviditet och förlossning

Revidering i denna version

Förtydligande om antibiotikabehandling vid förlossning/induktion.

Bakgrund

Socialstyrelsen utfärdade 2008 riktlinjer avseende handläggning av GBS i förlossningsvården. Genom att identifiera ett antal riskfaktorer för neonatal GBS-sepsis och behandla patienter med dessa riskfaktorer med antibiotika under förlossningen, så går det att minska förekomsten av tidigt debuterande neonatal GBS-sepsis. Det rekommenderas inte screening med odling för bärarskap utan utökad behandling av riskgrupper. [Socialstyrelsens rekommendationer finns att ladda ner.](#)

Kolonisering med GBS är vanligt och ger oftast inga symtom. I en svensk studie från 2005 var 30 % av gravida patienter koloniserade med GBS vid förlossningens start och 68 % av deras barn blev koloniserade i samband med vaginal förlossning.

För infektion hos barnet krävs dock ett stort antal bakterier med hög virulens. I Sverige drabbas cirka 120 nyfödda årligen av tidigt debuterande GBS-infektion. Barnet kan infekteras via andningsvägarna vilket kan leda till pneumoni, och i allvarliga fall till sepsis eller meningit. Främst drabbas prematura barn. Antal dödsfall i Sverige på grund av GBS-infektion är 4 - 5/år.

GBS kan också överföras till fostret före partus utan värkarbete eller vattenavgång och kan förorsaka intrauterin infektion och fosterdöd.

Mål

Att hindra överföring av GBS från mor till barn genom kortvarig intravenös antibiotikabehandling till modern under förlossning/induktion i de situationer där en ökad infektionsrisk kan anses föreligga.

Obstetriska riskgrupper för GBS infektion hos nyfödd

- Patient som tidigare fött barn med neonatal GBS-infektion eller intrauterin fosterdöd, där GBS-infektion är säkerställd.
- Prematur förlossning (<vecka 37 +0)
- Långvarig vattenavgång (>18 timmar)
- GBS-bakteriuri någon gång under den aktuella graviditeten oavsett bakterietal
- Feber intrapartum >38° (rektaltemp)

Odling

GBS-odling tas från distala delen av vagina.

På remissen anges GBS som frågeställning.

GBS i urinen påvisas genom vanlig urinodling. Signifikant bakteriuri innebär att patienten är kraftigt koloniserad och vaginalodling behöver då inte göras.

Handläggning

På Mödravårdscentral

Patient som tidigare har fött barn med säkerställd neonatal GBS-infektion eller intrauterin fosterdöd orsakad av GBS-infektion betraktas som koloniserad och odling behöver inte göras. Antibiotikaproylax skall ges under förlossningen. Bedömning av gynekolog på planeringsrund utifrån tidigare förlossnings- och barnjournal.

Behandling under graviditet av asymtomatiska GBS-bärare enligt ovan är inte indicerad då bakterierna återkommer efter avslutad behandling och långtidsbehandling innebär risk för mer patogena bakterier. (I speciella fall vid anamnes av tidigare GBS-orsakade graviditetskomplikationer får individuell bedömning göras.)

Symtomgivande urinvägsinfektion med fynd av GBS i urinen (> 10 000 bakt/ml) behandlas V-penicillin 1 x 3 i 5 dagar, vid penicillinallergi ges nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dagar. **Dessa patienter ska sedan ha antibiotikaproylax vid förlossningen.**

Patienter med asymtomatisk bakteriuri ska enbart ha antibiotikaproylax vid förlossningen.

Bakteriuri med GBS under aktuell graviditet ska noteras i sammanfattning på MHV3.

På Förlossningsavdelning

Intrapartal antibiotikaprofylax vid vaginal förlossning/induktion

ges om någon av indikationerna 1 - 4 föreligger:

1. Vattenavgång >18 timmar och aktivt värkarbete
2. Förtidsbörd (<vecka 37+0)
3. GBS-bakteriuri, oavsett bakterietal, under den aktuella graviditeten
4. Tidigare barn med GBS-infektion

Bensylpenicillin 3 g intravenöst vid förlossningsstart, därefter **3 g var 6:e timme** (3 g x 4) tills barnet är fött. Vid penicillinallergi väljs Klindamycin (Dalacin) 900 mg intravenöst var 8:e timme eller Erythromycin (Abotticin) 1 g intravenöst var 8:e timme. Behandlingen påbörjas vid aktivt värkarbete och ska ha pågått >4 timmar för att profylaktiska hindra GBS-infektion hos barnet.

Intrapartal antibiotikabehandling vid feber under förlossningsarbetet

Feber >38° vid 2 mätningar (rektaltemp) under värkarbete behandlas med Paracetamol samt **Cefuroxim infusion 1,5 g var 8:e timme**

(Ersätter då Bensylpenicillin med bredare spektrum, som förutom GBS-profylax även är verksamt mot eventuell infektion av annan bakterie) Blododling tas innan antibiotika. Vid allergi Dalacin.

Antibiotikaprofylax vid sectio

Profylax ges med **Doktacillin 2 g intravenöst**. Ges som profylax för postoperativ infektion av mor men täcker även GBS. Cefuroxim ges även om penicillin givits tidigare under förlossningen på grund av riskgrupp GBS. Vid allergi Dalacin.

Antibiotikaprofylax vid prematur vattenavgång utan värkar

Gravid med positiv cervixodling GBS som vårdas för prematur vattenavgång innan graviditetsvecka 34 behandlas med V-penicillin 1g x 3 i 7 – 10 dagar. Vid penicillinallergi ges Erytromycin 250 mg 2 x 2. Se PM Vattenavgång före 34 veckor.

Bedömning, behandling och observation av barnet när obstetrisk riskgrupp för GBS-infektion föreligger

Barnläkaren behöver inte bedöma ett barn som mår bra oavsett om mamman har fått antibiotika i rätt tid eller inte. Huvudregeln är att ett opåverkat och symtomfritt barn går till BB-avdelning.

Om barnet inte mår bra och påvisar även lindriga symtom, ska förlossnings/BB-personal meddela barnläkare som bedömer om barnet ska tas till avdelning 34 för behandling.

Prematuritet ökar indikationen för tidigt ställningstagande till behandling

På BB-avdelning

Patienter med långvarig vattenavgång (≥ 18 timmar) och/eller GBS som **inte** har fått antibiotika minst 4 timmar innan partus är inte lämpliga för hemgång före 36 timmar (se rutin Säker hemgång efter förlossningen)

Kontroll av samtliga barn med ökad infektionsrisk: allmäntillstånd, normalt vakenhetsmönster för dygnsålder och andningsfrekvens kontrolleras varje arbetspass.

Tempkontroll x 1.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-25

Version: 14.0

Giltig från: 2025-04-17

Giltig till: 2027-04-15