

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-10-27

Innehållsansvar: Malin Melin, (malen8), Specialistläkare

Giltig till: 2027-10-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Grupp B-streptokocker under graviditet och förlossning

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Grupp B-streptokocker (GBS) är idag den vanligaste orsaken till tidigt debuterande bakteriell infektion hos nyfödda. I Sverige är 25–30 % av gravida kvinnor koloniserade med GBS, och koloniseringen inom en individ kan variera över tid. Omkring 70 % av barnen till kvinnor som är bärare av GBS genitalt blir koloniserade i samband med vaginal förlossning. Incidensen av odlingsverifierad tidigt debuterande neonatal sepsis i Sverige är dock låg, 0,4/1000 födda barn. Antal neonatala dödsfall i Sverige på grund av GBS är 4–5 per år.

Socialstyrelsen kom 2008 med riktlinjer avseende grupp B-streptokocker (GBS) i förlossningsvården. Denna förordar en riskbaserad profylaxstrategi där kvinnor med en eller flera riskfaktorer ska erhålla intrapartal antibiotikaprofylax (IAP) för att förhindra neonatala GBS-infektioner. Barn till kvinnor med riskfaktorer löper större risk att få komplikationer till följd av GBS-koloniseringen än barn till kvinnor utan riskfaktorer. Efter avvägning mellan antibiotikaresistens och risken för neonatal GBS-infektion rekommenderar man inte allmän screening för GBS i Sverige.

Arbetsbeskrivning

Riskfaktorer

Den riskbaserade profylaxstrategin vid planerad vaginal förlossning baseras på följande kriterier:

- Barn från tidigare graviditet som drabbats av neonatal GBS-infektion*.
- GBS i urinen under aktuell graviditet (oavsett bakterietal).
- Förtidsbörd (< 37 fullgångna graviditetsveckor).
- Långvarig vattenavgång (≥ 18 timmar).

* Definieras som kvinna som vid tidigare graviditet antingen fött ett barn där en GBS-infektion orsakat allvarlig komplikation (sepsis, meningit, pneumoni) alternativt har man bedömt att en GBS-infektion varit orsak till sent missfall eller IUFD. Denna bedömning ska vara gjord på inväsiva odlingar (hjärtpunktion, odling från inre organ på PAD-svar) och *inte* yttre kolonisering.

Handläggning

1. Under graviditet

- A. Tidigare känd GBS-komplikation (se definition ovan)
- Kvinna med tidigare känd GBS-komplikation betraktas som koloniserad och behöver inte odlas. Vid misstanke om denna riskfaktor skickar PAB remiss till specialistmödravården för beslut om eventuell IAP.
 - Antibiotikaprofylax ska ges under förlossningen.
- B. Ingen tidigare känd GBS-komplikation
- Provtagning endast
 1. Vid hotande förtidsbörd (sammandragningar och cervixpåverkan < 25 mm vid vaginalt ultraljud och/eller PPRM: odling från nedre vagina (*ej cervix*) och urin. På remissen anges GBS som frågeställning.
 2. Vid symtom som inger misstanke om urinvägsinfektion: urinodling.

Behandling:

1. Positiv vaginalodling
 - Vid PPRM (≤ 34 veckor) utan aktivt förlossningsarbete behandlas patienten med penicillin V 1 g x 3 i 7 dagar. Vid pc-allergi ges erytromycin 500 mg x 2 i 5 dagar.
 - Övriga patienter kräver ingen behandling under graviditeten, men ska ha antibiotikaprofylax under förlossningen.
2. Positiv urinodling
 - *Symtomgivande* UVI med GBS i urinen ($> 10\,000$ /ml) behandlas med penicillin V 1 g x 3 i 5 dagar. Vid pc-allergi ges nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dagar. Dessa patienter ska också ha antibiotikaprofylax under förlossningen.
 - Kvinnor med asymtomatisk GBS-bakteriuri ska *oavsett bakterietal* ha antibiotikaprofylax under förlossningen.

- För behandling av UVI under graviditet, se också styrdokument [UVI och ABU – diagnostik och behandling under graviditet](#).

OBS! Om patienten har pc-allergi och ska ha profylax under förlossningen bör man skicka en odling för resistensbestämning då en del stammar är resistenta mot klindamycin och/eller erytromycin.

2. Under förlossningen

Intrapartal antibiotikaprofylax vid vaginal förlossning (OBS! Alltid på läkarordination!) ges om någon av indikationerna 1–4 föreligger:

1. Långvarig vattenavgång (≥ 18 timmar).
2. Förtidsbörd (< 37 fullgångna graviditetsveckor).
3. GBS i urinen under aktuell graviditet (oavsett bakterietal).
4. Barn från tidigare graviditet som drabbats av neonatal GBS-infektion.

Bensylpenicillin 3 g iv var 8:e timme från förlossningsstart till partus. Bedömning av vad som är förlossningsstart hos den enskilda individen fårtas i samband med ankomst till förlossningen. Det är särskilt viktigt att patient med långvarig vattenavgång får antibiotika > 4 timmar innan partus och man kan då med fördel påbörja profylax redan vid induktionsstart.

Vid pc-allergi ges klindamycin 600 mg iv var 8:e timme. Om förlossningen bedöms vara nära förestående (< 4 timmar), överväg att avstå antibiotika.

Vid feber $\geq 38^{\circ}$ C under värkarbete, var god se styrdokumentet Feber under förlossning.

3. Bedömning, behandling och observation av barnet om mamman tillhör obstetrisk riskgrupp för GBS-infektion

Var god se separat styrdokument [Infektion hos nyfödda – observation av riskbarn](#).

Referenser

Socialstyrelsen, 2008; [Prevention av tidiga infektioner med grupp B-streptokocker \(GBS\) hos nyfödda](#).

[Grupp B streptokocker under graviditet och förlossning](#). Rutin upprättad av obstetrik gemensamt, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Malin Melin, (malen8), Specialistläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-145

Version: 5.0

Giltig från: 2025-10-27

Giltig till: 2027-10-31