

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-10-16

Innehållsansvar: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Giltig till: 2027-10-16

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Grupp B streptokocker under graviditet och förlossning

Förutom SU gäller rutinen även för

Mödrahälsovård i Göteborg och Södra Bohuslän.

Revideringar i denna version

Ersätter version 2021-08-26.

Förtydligande kring provtagningslokalisering (nedre vagina, inte cervix) samt förtydligande kring notat på remissen för urinodling.

2025-10-08 inga medicinska ändringar, förlänger rutin två år.

Bakgrund

Socialstyrelsen kom våren 2008 med riktlinjer avseende grupp B streptokocker (GBS) i förlossningsvården. Genom att identifiera ett antal riskfaktorer för neonatal GBS-sepsis under förlossningen och behandla kvinnor med dessa riskfaktorer med intrapartal antibiotika, kan man minska incidensen av tidigt debuterande neonatal GBS-sepsis.

Kolonisering med GBS är vanligt och ger inga symtom. I en nationell svensk studie från 2005 var 30 % av gravida kvinnor koloniserade med GBS vid förlossningsstart 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. Barnet kan infekteras via andningsvägarna, vilket kan leda till pneumoni och eventuell sepsis och meningit. GBS-sepsis hos det nyfödda barnet är en allvarlig komplikation med en mortalitet på ca 8 %. Främst drabbas för tidigt födda barn. Incidensen av odlingsverifierad tidigt debuterande neonatal sepsis i Sverige är dock låg, 0,25/1000 födda barn. Antal neonatala dödsfall (early-onset) i Sverige pga GBS infektion är 4–5/år.

Definition av ”tidigare GBS-komplikation”:

- GBS-infektion orsakat allvarlig komplikation (sepsis, meningit, pneumoni) hos tidigare barn
- Sent missfall eller intrauterin fosterdöd där läkare bedömt att GBS-infektion varit orsaken. Denna bedömning skall vara gjord på invasiva odlingar (hjärtpunktion, odling från inre organ på PAD-svar) och inte ytlig kolonisering.

Socialstyrelsens utredning och rekommendationer finns att ladda ner:

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2008-130-7_20081307.pdf

Utförande

Obstetriska riskgrupper för GBS infektion hos nyfödd

- Förtidsbörd (< vecka 37 +0)
- Långvarig vattenavgång (≥ 18 timmar)
- GBS-bakteriuri någon gång under graviditeten oavsett bakterietal
- Feber intrapartum $\geq 38^\circ$ (rektaltemp) OBS! temp tas bara på klinisk indikation.
- Kvinna med tidigare känd GBS-komplikation (se ovan)

Handläggning

Under graviditeten

A. Tidigare känd GBS-komplikation (se definition ovan)

- Kvinna med tidigare känd GBS-komplikation betraktas som koloniserad och odling behöver inte göras.
- Antibiotikaprofylax skall ges under förlossningen (se nedan).
- I samband med indexfallet skall handläggning vid framtida graviditet och förlossning ha dokumenterats av sjukhusläkare om möjligt. MHV-läkare ansvarar i aktuell graviditet för bedömning och vårdplanering, baserat på tidigare journaler och eventuellt i samråd med sjukhuskollega, samt för att patienten får information.
- Patientnotering om antibiotikaprofylax vid förlossningen skrivs av barnmorska eller MHV-läkare.

B. Ingen tidigare känd GBS-komplikation

- **Provtagning endast:** Vid hotande förtidsbörd med frekventa sammandragningar och cervixpåverkan (cx <25mm på ultraljud) och/eller PPRM: Odling från nedre vagina och urin.
- **Odlingsteknik:** TMG-rör.
- **För urinodling:** ange att pat är gravid i remissen (rullista i remiss- och svarsportalen (ROSP)).
- **För vaginalodling:** Fynd av GBS svaras ut per automatik för alla kvinnor i fertil ålder (Inled vaginalundersökningen med att ta prov, skicka pinnen för odling endast om kliniskt betydelsefull cervixpåverkan eller PPRM föreligger. Släng pinnen om cervix är opåverkad).
- Vid symtom som inger misstanke om urinvägsinfektion: Urinodling.

Behandling

Positiv vaginalodling

- En positiv vaginalodling föranleder inte behandling under graviditeten om kvinnan inte har påverkat cervixstatus (<25mm).
- Vid PPRM (≤34 veckor) utan aktivt förlossningsarbete och positiv vaginalodling behandlas patienten i första hand med V-penicillin 1 g, 1 x 3 x X. Vid pc-allergi ges erytromycin 250 mg, 2 x 2 x X.
- En kvinna med positiv odling från nedre vagina ges antibiotika-profylax vid förlossningen enligt nedan om förlossningen sker innan vecka 37 men inte om den sker ≥37+0 och annan indikation ej föreligger (tex långvarig vattenavgång).

Positiv urinodling

- **Symtomgivande** urinvägsinfektion med fynd av GBS i urinen (> 10 000 bakt/ml) behandlas (V- penicillin, 1 x 3 i 5 dagar, vid PC allergi ges nitrofurantoin 50mg x3 i 5 dagar. Kontrollodling tas inte om patienten är symptomfri och inga andra bakterier påvisats i odlingen. ***Dessa patienter skall sedan ha antibiotikaproylax vid förlossningen.*** Patienter med asymtomatisk bakteriuri skall enbart ha antibiotikaproylax vid förlossningen. För handläggning av asymtomatisk bakteriuri var god se separat PM.

Obs! Behandling av GBS-bärare i övrigt under graviditet är inte indicerad då bakterierna återkommer efter avslutad behandling och då långtidsbehandling innebär risk för mer patogena bakterier (detta är

anledningen till att man avstår kontrollodling enligt ovan). Undantag kan göras i vårdplan lagd av erfaren sjukhusobstetriker.

På Förlossningsavdelning

Intrapartal antibiotikaproylax vid vaginal förlossning (OBS! barnmorskan efterfrågar allergi och obstetriker ordinerar preparat och dos före administration):

A. Ges om någon av indikationerna 1-4 föreligger:

- Vattenavgång ≥ 18 timmar och aktivt värkarbete
- Förtidsbörd (< vecka 37+0)
- GBS-bakteriuri, oavsett bakterietal, någon gång under graviditeten
- Tidigare GBS-komplikation (barn, sent missfall eller intrauterin fosterdöd med GBS- infektion, se ovan)

Bensylpenicillin 3 g iv vid start av förlossning, var 6:e timme (3g x 4) tills barnet är fött. Vid penicillinallergi väljs klindamycin 0,9 g iv var 8:e timme eller erythromycin 1,0 g iv var 6:e timme. Om förlossningen bedöms vara nära förestående (<2 timmar), överväg att avstå antibiotika.

B. Ges om rektaltemp $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ under förlossningen (se PM Feber under förlossning för handläggning utöver antibiotika)

Vid feber utan infektionsmisstanke ges **Bensylpenicillin 3gx4 iv**. Vid penicillinallergi ges Klindamycin 0,9gx3 iv.

Vid feber med infektionsmisstanke (se definition i PM Feber under förlossning) ges i första hand **Cefotaxim 1gx4 iv**. Vid penicillinallergi ges Klindamycin 0,9gx3 iv. Ev andra alternativ diskuteras med infektionskonsult.

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

Hänvisning till PM ”Barn – Observation av barn inom obstetrik med utökat vårdbehov (ej diabetes eller sena prematurer”.

Granskare/arbetsgrupp

Lisa Parén, Överläkare Obstetrik, Erica Ginström Ernstad, Överläkare Obstetrik, Anna Hagman MÖL, Karin Jerhamre Sundh, MÖL, Margrét Johansson Gudjonsdottir, Specialistläkare Neonatologi

Medicinsk rådgivare

Mårten Alkmark, medicinsk ledningsansvarig Obstetrik SU

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig är ansvarig för revision. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef,
Mårten Alkmark, (marst98), Överläkare

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-185

Version: 15.0

Giltig från: 2025-10-16

Giltig till: 2027-10-16