

B-Streptokokken in der Schwangerschaft

Zwischen der 35. und der 37. SSW wird ein Test auf Streptokokken der Gruppe B als Selbstzahlerleistung empfohlen:

| | |
|----------------------------|---|
| Erreger | Streptokokken der Gruppe B (= Streptokokken agalactiae) |
| Infektionsquelle | Der eigene Magendarmtrakt ist das natürliche Reservoir und damit auch die Hauptquelle für die Besiedlung der Scheide. Während der Schwangerschaft ist die Besiedlung der Scheide nicht immer stabil. Eine Besiedlung zu einem frühen Schwangerschaftszeitraum ist nicht gleichbedeutend mit einer Besiedlung bei der Geburt und umgekehrt. |
| Häufigkeit | Bei 20 % bis 30 % aller Schwangeren sind im Vaginal- oder Enddarmabstrich B-Streptokokken nachweisbar, ohne dass diesem Befund ein Krankheitswert zukommt. Das Neugeborene infiziert sich während der Geburt bzw. schon vor der Geburt. Die Übertragungsrate nach einer Geburt durch die Scheide liegt bei 60-70 %. Bei Schwangeren mit einer Gruppe-B-Streptokokken (GBS)-Besiedlung kommt es <i>ohne antibiotische Prophylaxe</i> bei etwa 1–2 % der Fälle zu einer early-onset GBS-Erkrankung (also einer Infektion des Neugeborenen innerhalb der ersten 7 Lebenstage). <i>Mit Antibiotika-Prophylaxe</i> sinkt das Infektionsrisiko sinkt auf < 0,1 %. |
| Symptome Mutter | Für immunkompetente Erwachsene stellen B-Streptokokken keine Gefahr dar. Die Infektion wird nicht behandelt. Bei einer Infektion der Schwangeren kann es zu vorzeitiger Wehentätigkeit kommen. |
| Symptome Kind | Das Erkrankungsrisiko eines reifen Neugeborenen liegt dann bei 0,5 – 2 %, bei extremer Unreife (vor der 28. SSW) steigt das Erkrankungsrisiko auf bis zu 100 %. Beim reifen Neugeborenen kommt es am ehesten zu einer Lungenentzündung. Bei verzögertem Therapiebeginn kann es zu einer infektiöse Entzündung des Knochenmarks und zu einer Gehirnhausentzündung kommen. Je unreifer das Neugeborene ist, desto eher kommt es zu einer Sepsis (Entzündungsreaktion des gesamten Organismus). In 2 bis 5 Fällen pro 1000 Geburten kommt es zu schweren Krankheitsverläufen beim Neugeborenen mit einem Sterblichkeitsrisiko von 4 %. |
| Diagnostik | Sinnvoll und anzustreben ist ein Screening aller Schwangeren zwischen der 35. und der 37. SSW auf eine Besiedlung mit B-Streptokokken, da dies eine Prophylaxe ermöglicht. Dabei werden ein mikrobiologischer Abstrich aus dem unteren Drittel der Vagina und danach ein Abstrich mit dem gleichen oder einem neuen Watteträger aus dem After/Enddarm entnommen. |
| Therapie | Die Behandlung während der Schwangerschaft ist nicht effektiv, da es innerhalb weniger Tage zur Wiederbesiedlung der Scheide kommt. Eine Behandlung aller Schwangeren unter der Geburt ist nicht sinnvoll und würde eine Übertherapie darstellen, da 70 – 80% der Schwangeren keine Streptokokken haben. Wenn kein Abstrich durchgeführt worden ist, oder wenn ein Abstrich durchgeführt worden ist und keine Streptokokken nachgewiesen worden sind wird eine Antibiotikatherapie unter der Geburt nur empfohlen <ul style="list-style-type: none">• bei Vorgeschichte eines Kindes mit einer B-Streptokokken-Infektion• bei einer drohenden Frühgeburt (vor der 37. SSW)• bei einem Blasensprung vor mehr als 18 Stunden• bei Fieber der Mutter von $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. Wenn eine Streptokokken-Besiedlung besteht, die aber nicht erkannt wurde, weil kein Abstrich durchgeführt worden ist, könnte die Beschränkung auf diese Indikationen nicht alle Infektionen verhindern und somit das Neugeborene gefährden. Wenn durch den Abstrich B-Streptokokken nachgewiesen wurden, wird die gezielte antibiotische Behandlung einer Schwangeren unter der Geburt mit und ohne zusätzliche Geburtsrisiken (also immer) empfohlen. Die Behandlung beginnt sobald die Geburt einsetzt (z. B. bei Wehenbeginn oder Blasensprung). Die Antibiotika reduzieren das Risiko einer Neugeboreneninfektion um über 80 %. |
| Sinn des Screenings | Das Screening zeigt, ob eine B-Streptokokken-Besiedlung der Mutter vorliegt oder nicht und ermöglicht dadurch einen differenzierten Umgang mit Antibiotika unter der Geburt. Somit werden sowohl eine unnötige Übertherapie als auch eine Untertherapie vermieden, bei der das Kind zu Schaden kommen kann. |
| Kosten | Die Abstrichentnahme kostet 16 €. Hinzu kommen noch 6 € Laborkosten. |