

Infektionen in der Schwangerschaft

2.1 HIV-positive Patientinnen

- Gegebenenfalls Unterlagen aus der HIV-Ambulanz besorgen, u. a. von Interesse:
 - Viruslast im Blut
 - aktuelle Therapie
- Aufklärung über und Planung der primären Sectio in SSW 36+0 bis 37+0
- Sinnhaftigkeit der Sterilisation erläutern, aufklären
- Aufklärung:
 - im Falle von Wehen: sofortige Sectio
 - im Falle eines vorzeitigen Blasensprungs: Sectio innerhalb von 4 h
- **Rechtzeitige Information des OP-Personals**
- nach Anmeldung der Schwangeren: sofortige Kontrolle, ob Retrovir (Infusionsflaschen) im Notfalldepot vorhanden ist
- aufgrund der Immunsuppression müssen regelmäßige mikrobiologische Vaginalabstriche und engmaschige Zervixdysplasie-Vorsorgen durchgeführt werden

- entsprechende Befunde prüfen, dokumentieren, ggf. bei FA nachfragen und anfordern

i Retrovir-Schema (Zidovudin):

- Aktuelles Gewicht der Patientin bestimmen
 - Herstellen der Infusionslösung
 - 500 ml Glukose 5% (bei Diabetes NaCl 0,9%) – 100 ml = 400 ml Glukose 5%
 - + 5 Ampullen Retrovir mit je 20 ml Volumen und 200 mg Zidovudin-Wirkstoff = 500 ml Lösung mit 1 g Zidovudin-Wirkstoff → 2 mg/ml
 - Dosierung
 - 4 h vor Beginn der primären Sectio caesarea initial 2 mg/KG aktuelles Körpergewicht/h über 1 h
 - dann bis zum Abnabeln 1 mg/KG aktuelles Körpergewicht/h
-
- Bei stationärer Aufnahme der Patientin (1 Tag vor Sectio) Pädiater und Kinderzimmer informieren
 - Bei Wehentätigkeit oder bei vorzeitigem Blasensprung: sofort Retrovir infundieren (s. oben), sekundäre Sectio
 - Postpartales Abstillen mit 2 Tbl. Dostinex!
 - Anbindung an HIV-Ambulanz gewährleistet?

2.2 Hepatitis

2.2.1 Hepatitis A

Kein Einfluss auf die Schwangerschaft. Bei akuter Hepatitis A und entsprechender Klinik u. U. Bettruhe sowie adäquate Diät.

2.2.2 Hepatitis B

Bestimmung des HBsAg laut Mutter-Kind-Pass bis spätestens 28. SSW:

- Bei fehlender Hepatitisserologie ab 38. SSW: Abnahme derselben, falls Schwangere an der Klinik vorstellig wird
 - wenn HBsAg laut Mutter-Kind-Pass positiv: Kontrolle, ob HBeAg bestimmt oder eine quantitative Hepatitis-B-PCR durchgeführt wurde; falls nicht, Abnahme der Hepatitisserologie (inkl. HBeAg oder quantitativer Hepatitis-B-PCR)
 - wenn Hepatitisstatus bei Geburt nicht bekannt: Abnahme desselben, Information der Kinderärzte, Impfung des Neugeborenen
- **Vermerk bei Zuweisung zur Virologie: »Bitte Bestimmung innerhalb von 48 Stunden, post partum Abnahme.«**

■ Hepatitis B und Stillen

■ Tab. 2.1

■ Hepatitis B und Neugeborenes

- Bei HbsAg-positiven Müttern:
 - Simultanprophylaxe des Neugeborenen unmittelbar post partum (aktive Immunisierung (HBVAXPRO) und
 - Gabe von Hyperimmunglobulin (z. B. Hepatect 0,5 ml/kgKG)]

■ Tab. 2.1 Möglichkeit des Stillens bei Hepatitis B

Befund-konstel-lation	Hepatitis-B-PCR > 10 ⁷ Genome/ml	Hepatitis-B-PCR < 10 ⁷ Genome/ml	Hepatitis-B-PCR unbekannt
HBeAg positiv	Nicht stillen bzw. abstillen	Stillen nach Impfung des Neugebore- nen prinzipiell möglich (Aufklärung über geringes Restrisiko)	Nicht stillen bzw. abstillen
HBeAg negativ			Stillen nach Impfung des Neugebore- nen prinzipiell möglich (Aufklärung über geringes Restrisiko)
HBeAg unbe- kannt			Spezifische Empfehlung erst nach Einlangen der Befunde möglich

HBeAg Hepatitis-B-Virus-e-Antigen.

- Wiederholung der aktiven Impfung
 - mindestens je einmal im Abstand von 1 und 6 Monaten
 - danach entscheidet die Höhe des Impftiters über die Weiterführung der Impfung
- Aufklärung der Mutter (Dokumentation) über die Notwendigkeit einer weiteren Impfung
- Kontrolle beim Kinderarzt ca. 4 Wochen nach Entlassung

2.2.3 Hepatitis C

- Übertragungsrisiko von der Mutter auf das Kind sehr gering ($< 5\%$)
- Screening nur bei Risikogruppen sinnvoll (i.v.-Drogenabusus; St. p. mehrmalige Bluttransfusion)
- Impfung des Neugeborenen derzeit noch nicht möglich
- **Bei V. a. Infektion (anamnestisch) oder bereits bekanntem positivem Hepatitis-C-Befund unbedingt quantitative Hepatitis-C-PCR durchführen lassen! Diese wird im Zentrallabor durchgeführt. Bitte am Anforderungsschein für die Virologie »quantitative PCR« handschriftlich hinzufügen, da ansonsten nur eine qualitative PCR durchgeführt wird.**

■ Hepatitis C und Stillen

Hepatitis-C-PCR, Genomzahl $< 10^6/\text{ml}$: Stillen prinzipiell möglich (Aufklärung über geringes Restrisiko).

2.3 **Einsatz von Antibiotika**

2.3.1 **Übersicht**

■ **Tab. 2.2** Antibiotika in der Geburtshilfe

■ Tab. 2.2 Antibiotika in der Geburtshilfe	
Pathologische Veränderung	Antibiotikum
Amnioninfektionssyndrom	
Temperatur > 38° C axillär, CRP-Anstieg	1. Wahl: Ampicillin 3 × 2 g i.v. (Bei Allergie: Erythromycin 2 × 1 g i.v.) 2. Wahl: Ceftriaxon 1 × 2 g i.v.
Vorzeitiger Blasensprung	
Ab SSW 37+0: > 18 h nach Blasensprung	Ampicillin 3 × 2 g i.v. alle 8 h oder Ampicillin 3 × 1 g i.v. alle 4 h (Bei Allergie: Erythromycin 2 × 1 g i.v.) Je nach Antibiogramm
Vor SSW 37+0: sofort	
Bei GBS + sofort nach GBS-Schema (► Abschn. 2.3.2)	
Vorzeitige Wehentätigkeit	
Zervixwirksame Wehen < SSW 32+0	Ampicillin 3 × 2 g i.v. (Bei Allergie: Erythromycin 2 × 1 g i.v.) Je nach Antibiogramm
VWT + auffälliger klinischer Befund wie putrider Fluor	
V. a. AIS	
Ansteigende Leukozyten/CRP-Werte	

■ Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Pathologische Veränderung	Antibiotikum
Harnwegsinfektion (nach Urikult-Abnahme)	Amoxicillin 1000 mg 3 × 1 p.o. für mindestens 5 Tage
	Infectomycin 4 × 5 ml p.o. (Bei Allergie: Monomycin 3 × 500 mg p.o.)
	Ampicillin 3 × 2 g i.v. für mindestens 5 Tage (Bei Allergie: Erythromycin 2 × 1 g i.v.) Je nach Antibiotogramm
	Bei Fieber: Cefuroxim 3 × 1,5 g i.v.!
	Sehr hohe Entzündungswerte und Fieber: Ceftriaxon (Rocephin) 1 × tgl. 2 g i.v.
Obligat pathogene Keime im Vaginalabstrich	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infectomycin 400 4 × 400 mg (4 × 5 ml) p.o. für 14 Tage
<i>Listeria monocytogenes</i>	Amoxicillin 2 × 1000 mg p.o. (Antibiogramm)
Gonokokken	Cephalosporinresistenz?
β-Hämolysierende Streptokokken Gruppe A	
β-Hämolysierende Streptokokken Gruppe B	

■ Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Pathologische Veränderung	Antibiotikum
<i>Staphylococcus aureus</i>	Ampicillin 3 × 2 g i.v. Bei Allergie: Cefuroxim 3 × 1,5 g i.v. (Ceftriaxon 1 × 2 g i.v. = Rocephin)
Single-Shot perioperativ (je nach Situation)	Cefuroxim 1,5 g i.v. und Metro- nidazol 500 mg i.v. bei Sectio nach Entwicklung des Kindes
Mastitis puerperalis	Staphylex 3 × 2 g i.v./p.o. Sobelin: 3–4 × 300 mg p.o. Stillen erlaubt , gg f. initial abpumpen und verwerfen!
GBS Gruppe-B-Streptokokken, VWT vorzeitige Wehentätigkeit, AIS Amnioninfektionssyndrom, CRP C-reaktives Protein.	

2.3.2 β-Hämolysierende Streptokokken der Gruppe B

- Eine vollständige Sanierung ist meist nicht möglich
- **Ziel:** Selektive, risikoadaptierte Prophylaxe zur Vermeidung der frühen, septischen Neugeboreneninfektion mit B-Streptokokken
- kein Routinescreening bei asymptomatischer Patientin

Antibiotische Behandlung

Vor Geburt bei

- Vorzeitigen Wehen < SSW 37+0
- Vorzeitigem Blasensprung
- B-Streptokokken im Urin

Intrapartal (auch bei noch unbekanntem B-Streptokokken-Status) bei

- Z. n. Neugeborenensepsis mit B-Streptokokken in vorausgegangener Schwangerschaft
- Z. n. B-Streptokokken im Urin in aktueller Schwangerschaft
- Positivem B-Streptokokken-Abstrich in der Schwangerschaft, 35.–37. SSW
- Temperaturanstieg > 38° C
- Vorzeitigem Blasensprung: > 18 h!
- CRP-Anstieg ohne Geburtsfortschritt
- Laufender Frühgeburt < SSW 37+0

Antibiotikawahl (■ Tab. 2.2)

- Stationär: Ampicillin 2 × 2 g/Tag i.v. über 1 Woche (bei Penicillinallergie: Cefuroxim 3 × 1,5 g/Tag i.v.) bzw. nach Antibiogramm
- ambulant: Amoxicillin 3 × 750 mg/Tag oral über 1 Woche (bei Penicillinallergie: Infectomycin 4 × 400 mg oral (4 × 5 ml Infectomycin 400) bzw. nach Antibiogramm
- bei Frühgeburtsbestrebungen 1 × pro Woche Abstrichkontrolle, ggf. Fortführen der Therapie (nach Antibiogramm)

β-Hämolysierende Streptokokken der Gruppe B und Blasensprung vor SSW 34+0

(s. auch vorzeitiger Blasensprung, ► Abschn. 4.2)

- i** Ampicillin 2 g i.v. sofort nach Wehenbeginn oder Blasensprung, dann 1 g alle 4 h, bei Allergie gegen Penicillin Erythromycin 2 × 1 g i.v. Tagesdosis
- vaginaler Abstrich mit Anforderung eines Antibiotogramms, ggf. bei Ampicillinresistenz: Therapie nach Antibiotogramm
- Temperaturkontrolle 3 ×/Tag
- BB und CRP an **den ersten 2 Tagen täglich, dann 2-tägig**
- vaginaler Abstrich wöchentlich
- nach Entbindung: Information der Pädriater
- > Keine Antibiotikaprophylaxe bei primärer Sectio (keine Wehen, kein BS) und positivem GBS-Befund. Keine Antibiotikaprophylaxe intrapartal bei dokumentiert negativem GBS innerhalb der letzten 5 Wochen!**

β-Hämolysierende Streptokokken der Gruppe B und Blasensprung ab SSW 34+0

(s. auch vorzeitiger Blasensprung, ► Abschn. 4.2)

- Entbindung innerhalb von maximal 48 h anstreben
- Patientin verbleibt in Kreißsaalbetreuung
- i** Ampicillin einmalig 2 g i.v., dann 1 g alle 4 h, oder Cefuroxim 1,5 g alle 8 h
- vaginaler Abstrich mit Anforderung eines Antibiotogramms, ggf. bei Ampicillinresistenz: Therapie nach Antibiotogramm (interessant auch ggf. für Therapie des Kindes)
- Temperaturkontrolle alle 2 h
- BB und CRP alle 8 h
- nach Entbindung: Information der Pädriater, engmaschige klinische und CRP- Kontrolle

Geburtshilfe akut

Ein Leitfaden für Kreißsaal und Station

Steiner, E.; Hitschold, Th.; Kölbl, H.

2014, XII, 175 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-40907-3