

Geburtshilfe

Überarbeitet im Januar 2023 und abgestimmt mit dem mandatierten Vertreter der FG Gynäkologie

Gültigkeit: 01/2023 – 12/2027

(Bei wissenschaftlichen Neuerungen, werden die Inhalte auch während der genannten Gültigkeit aktualisiert und erneut mit den zuständigen Fachgruppen besprochen).

Ansprechpartner: I. Nachtigall¹, A. Leven²

¹Leiterin FG Infektiologie, ²Helios Klinik Schwelm/FG Gynäkologie

Inhaltsverzeichnis

1. Blasensprung in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche	2
2. Nachweis von Gruppe B-Streptokokken (GBS)	3
3. Sectio/Re-Sectio - primär und sekundär	6
4. Cerclage prophylaktisch/Notfall	7
5. Versorgung Dammriss Grad III und IV	8
6. Vaginal-operative Entbindung; Plazentaretention mit manueller Plazentalösung und Curettage	8

1. Blasensprung in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche

Symptomatik

Keine Abstrichentnahme und keine AB-Prophylaxe bei vorzeitiger Wehentätigkeit.

Therapie: Dauer/Allgemeine Hinweise

- Vorzeitiger Blasensprung < 22+0 SSW, antibiotische Therapie bei Erhalt der Schwangerschaft, Indikation ist nicht wissenschaftlich belegt, wird aber nach Expertenmeinung befürwortet
- Vorzeitiger Blasensprung \geq 22+0 - 36+6 SSW, antibiotische Therapie

→ bei isoliertem Nachweis von GBS Deeskalation auf Penicillin G

Bei einem Blasensprung ab 37+0 SSW ist eine antibiotische Prophylaxe bis zur Geburt indiziert,

- wenn die Dauer des Blasensprunges \geq 18h beträgt
- wenn es zu einer Temperaturerhöhung der Mutter auf \geq 38,0 °C unter der Geburt kommt

Mittel der Wahl

→ Bei Schwangeren, bei denen die Schwangerschaft für mind. 7 Tage prolongiert werden soll:
Ampicillin (2 g i.v. alle 6-8 h über 48 h), gefolgt von Amoxicillin (3 x 500 mg oder 2 x 875 mg p.o. über 5 Tage).
Zusätzlich sollte zu Beginn der Therapie auch ein Makrolid, z.B. Azithromycin (einmalig 1 g p.o.), verabreicht werden. Bei Penicillin-Allergie Cefuroxim 3 x 1,5g i.v.

laut Literatur:

→ Bei Amnioninfektionssyndrom (Triple 1):

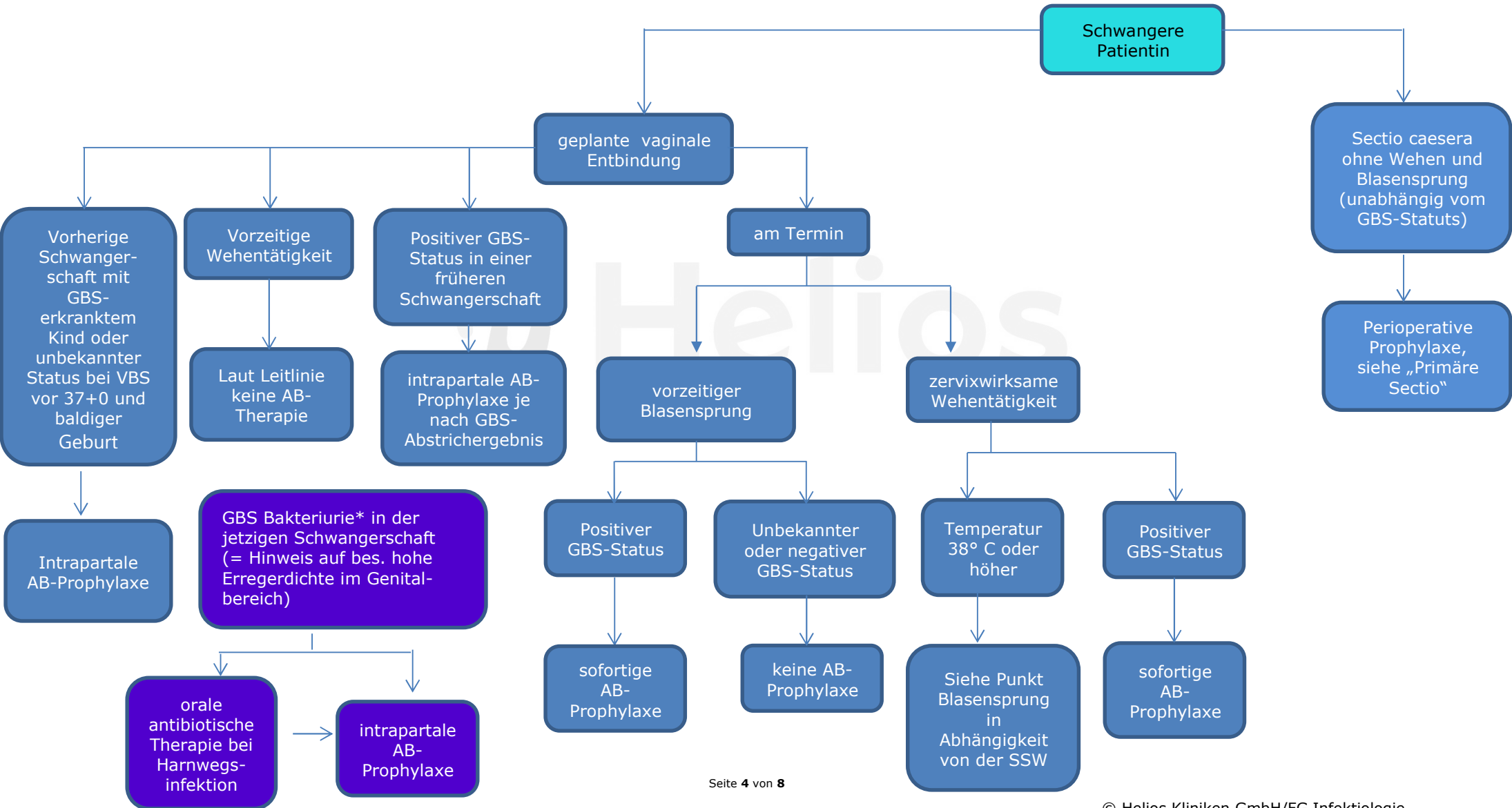
postpartal: Therapie der Mutter maximal 5 - 7 Tage, (obligat: Lochialabstrich bei puerperalen Infektionen vor erster Antibiotikagabe!)

praktische Empfehlung: bei Amnioninfektionssyndrom, zügige Geburtsbeendigung

postpartal: Piperacillin/ Tazobactam 4,5 g i.v. 8-stündlich für maximal 5 - 7 Tage, Deeskalation nach Abstricherhalt

2. Nachweis von Gruppe B-Streptokokken (GBS)

Symptomatik	
• siehe Algorithmus	
Therapie: Dauer/Allgemeine Hinweise	
→ antibiotische Prophylaxe zur Vermeidung der Neugeborenenensepsis	
Mittel der Wahl	
	→ Penicillin G i.v. einmalig 5 Mio. IE., anschließend 2,5 Mio. IE. alle 4 Stunden bis zur Geburt
Penicillinallergie	→ Cefazolin initial 2 g i. v., dann 1 g alle 8 Stunden bis zur Geburt oder Clindamycin 900 mg i. v. oder Cefuroxim 3 x 1,5 g i.v. alle 8 h bis zur Geburt



*asymptomatische Bakteriurie auch in der Schwangerschaft keine AB-Therapie

Literatur:

1. AWMF Leitlinie "Prävention und Therapie der Frühgeburt", Stand 01.10.2022
2. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016
3. „Prophylaxe der NG-Sepsis-frühe Form-durch Streptokokken der Gruppe B“, S2K-Leitlinie Stand 09.03.2016 (in Überarbeitung)
4. Management of Group B Streptococcal Bacteriuria in Pregnancy J, Allen VM, Yudin MH; Obstet Gynaecol Can. 2018 Feb;40(2); No. 276
5. Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease, BJOG, Royal College of Obstetrician & Gynaecologists, September 2017



3. Sectio/Re-Sectio - primär und sekundär

Therapie: Dauer/Allgemeine Hinweise

- Perioperative Antibiotika-Prophylaxe (PAP), keine Indikation zur Verlängerung der PAP
- Primäre Sectio/Re-Sectio → PAP, Zeitpunkt der Gabe 15 – 60 Minuten vor Schnitt; bei Prophylaxe im Rahmen eines Blasensprungs soll PAP-Gabe zusätzlich erfolgen

Mittel der Wahl

	→ Cefazolin 2 g i. v./Cefuroxim 1,5 g i.v.
Penicillin-/ Cephalosporinallergie	→ Clindamycin 900 mg i. v.

Literatur:

1. ASHP Report, 2013 Am Journal Health Syst Pharm
2. Modul OP-KISS, Operationsart: Sectio caesarea, Daten von 2016
3. AB prophylaxis versus no prophylaxis for prevention infection after cesarean section, Cochrane, 2014
4. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section, Hopkins L, Smaill F., *Cochrane Database Syst Rev.*1999
5. Prophylactic antibiotics before cord clamping in cesarean delivery: a systematic review, AOGS 2017, Cochrane Germany,
6. Timing of AB Prophylaxis in elective caesarean delivery: a multi-center randomized controlled trial and meta-analysis, Plos one 2015, Zhang et al.
7. Timing of antibiotic prophylaxis in cearean section: retrospective, difference-in-differences estimation of the effect on surgical-site-infection, Shoam et al., , 2017
8. BMC Pregnancy and Childbirth 2017, A randomized controlled double blind trial comparing the effect of the prophylactic antibiotic, Cefazolin, adminstered at caesarean delivery at two different timings (before skin incision and after cord clamping) on both the mother and the newborn, Jiothirmayi et al.
9. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016, geplantes Review 2019
10. Antibiotics Prophylaxis in Obstetric Procedures, JOGC 2017 Nr. 247

4. Cerclage prophylaktisch/Notfall

Symptomatik
→ Zervixinsuffizienz
Diagnostik
→ Zervix-/Vaginalabstrich
Allgemeine Hinweise
→ Erweiterte perioperative Antibiotikaprofylaxe (PAP) über 24 Std. nach Notfallcerclage, keine postoperative Verlängerung bei elektiver Cerclage
Mittel der Wahl
→ Cefazolin 2 g i. v./Cefuroxim 1,5 g i. v./ in Abhängigkeit vom mikrobiologischen Ergebnis des Zervix-/Vaginalabstrichs → Bei Allergien: Clindamycin 600 mg i. v.

Literatur:

1. Cervical cerclage in combination with other treatments for preventing preterm birth in singleton pregnancies; Eleje GU, Ikechebelu JI, Eke AC, Okam PC, Ezebialu IU, Ilika CP; Cochrane Review 2017
2. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016, ~~geplantes Review 2019~~
3. Vaginal Cerclage: Preoperative, interoperative and postoperative Management. Wood et al., Clinical Obstetrics and Gynecology; 59 (2):270–285, Jun 2016
4. Prévention de l'accouchement prématuré par cerclage du col de l'utérus. Marcellin L., Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction; Volume 45, Issue 10, December 2016, Pages 1299-1323

5. Versorgung Dammriss Grad III und IV

Mittel der Wahl

- Nach eingehender Literaturrecherche gibt es keine Evidenz für eine PAP bei der Versorgung Dammriss Grad III bzw. Grad IV
- Zur postoperativen verlängerten prophylaktischen Gabe von Antibiotika gibt es nur indirekte, favorisierende Evidenz. Nach individueller Risikoabwägung kann eine verlängerte AB-Prophylaxe durchgeführt werden (z.B. Cephalosporin + Metronidazol für 5 Tage) (siehe AWMF-LL zum Management von Dammrissen III und IV Grades nach vaginaler Geburt)

Literatur:

1. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth; Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B; Cochrane Review 2014
2. [AWMF-Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt](#) Stand 01.02.2020
3. Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery; Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists; Vol. 132, No. 3, September 2018

6. Vaginal-operative Entbindung; Plazentaretention mit manueller Plazentalösung und Curettage

Mittel der Wahl

- Keine Evidenz für AB-Prophylaxe bei vaginal-operativen Entbindungen
- Keine Evidenz für AB-Prophylaxe bei Plazentaretention mit manueller Plazentalösung und Curettage
- Laut WHO-Empfehlung „Prevention and Treatment of Maternal Peripartum Infections“ wird eine Antibiotikaprophylaxe empfohlen (geeignet z.B. 1,5 g Cefuroxim)

Literatur:

1. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth; Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M; Cochrane Review 2014