



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

U.O.C. Neonatologia TIN Nido
Direttore Dr.ssa Luisa Pieragostini

PROTOCOLLO OPERATIVO-ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE DELLA MALATTIA DA STREPTOCOCCO DI GRUPPO B

Rev.	00	
Data	18.12.2017	
Redazione	Dott.ssa Francesca Maria Foti	<i>F. Foti</i>
	Dott.ssa Luisa Pieragostini	<i>L. Pieragostini</i>
Verifica	Direttore Sanitario di presidio	<i>[Signature]</i>
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management	<i>[Signature]</i>
Approvazione	Direttore U.O.C. Neonatologia e TIN	<i>[Signature]</i>
	Direttore Sanitario Aziendale	<i>[Signature]</i>

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è la definizione che il personale ostetrico e neonatologico deve tenere allo scopo di prevenire l'infezione perinatale da SGB.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica nell' U.O.C. di Neonatologia e TIN del G.O.M. di Reggio Calabria

3. RESPONSABILITA'

Il medico ginecologo di guardia in Sala Parto è responsabile della identificazione dei fattori di rischio materni e del trattamento antibiotico intraparum della gestante; è inoltre responsabile della documentazione nella cartella clinica materna e della comunicazione al Medico Neonatologo di guardia dei fattori di rischio materno identificati e dell'eventuale profilassi intrapartum effettuata.

Il Medico Neonatologo, ricevuta la comunicazione dal Medico Ginecologo è responsabile dell'applicazione della presente procedura per quanto riguarda la gestione del neonato.

4. MODALITA' DI GESTIONE

4.1 PREMESSA

Lo SGB è ospite frequente del tratto gastroenterico e genitourinario, spesso in modo asintomatico. Negli USA dal 15% al 40% delle donne in età fertile sono portatrici del germe e circa il 50-70% dei loro neonati risultano colonizzati; di questi l'1-2% sviluppa la malattia neonatale precoce.

Nella madre durante la gravidanza e in prossimità del parto lo SGB può provocare amnioniti, endometriti, infezioni delle vie urinarie. Nel neonato può causare infezioni focali o generalizzate che possono insorgere già alla nascita, per trasmissione verticale dell'infezione durante il passaggio attraverso il canale del parto, o per via ascendente, anche attraverso le membrane integre prima dell'insorgenza del travaglio. La forma ad insorgenza precoce si manifesta nella prima settimana di vita, per lo più nelle prime 24 ore, mentre la forma tardiva insorge di solito fra la terza e la quarta settimana di vita.

Sono state proposte diverse strategie per la prevenzione della malattia neonatale. L'intervento più efficace è la somministrazione durante il parto di antibiotici attivi contro lo SGB con modalità tali da ottenere concentrazioni di farmaco efficaci nel liquido amniotico

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è la definizione che il personale ostetrico e neonatologico deve tenere allo scopo di prevenire l'infezione perinatale da SGB.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica nell' U.O.C. di Neonatologia e TIN del G.O.M. di Reggio Calabria

3. RESPONSABILITA'

Il medico ginecologo di guardia in Sala Parto è responsabile della identificazione dei fattori di rischio materni e del trattamento antibiotico intrapartum della gestante; è inoltre responsabile della documentazione nella cartella clinica materna e della comunicazione al Medico Neonatologo di guardia dei fattori di rischio materno identificati e dell'eventuale profilassi intrapartum effettuata.

Il Medico Neonatologo, ricevuta la comunicazione dal Medico Ginecologo è responsabile dell'applicazione della presente procedura per quanto riguarda la gestione del neonato.

4. MODALITA' DI GESTIONE

4.1 PREMESSA

Lo SGB è ospite frequente del tratto gastroenterico e genitourinario, spesso in modo asintomatico. Negli USA dal 15% al 40% delle donne in età fertile sono portatrici del germe e circa il 50-70% dei loro neonati risultano colonizzati; di questi l'1-2% sviluppa la malattia neonatale precoce.

Nella madre durante la gravidanza e in prossimità del parto lo SGB può provocare amnioniti, endometriti, infezioni delle vie urinarie. Nel neonato può causare infezioni focali o generalizzate che possono insorgere già alla nascita, per trasmissione verticale dell'infezione durante il passaggio attraverso il canale del parto, o per via ascendente, anche attraverso le membrane integre prima dell'insorgenza del travaglio. La forma ad insorgenza precoce si manifesta nella prima settimana di vita, per lo più nelle prime 24 ore, mentre la forma tardiva insorge di solito fra la terza e la quarta settimana di vita.

Sono state proposte diverse strategie per la prevenzione della malattia neonatale. L'intervento più efficace è la **somministrazione** durante il parto di antibiotici attivi contro lo SGB con modalità tali da ottenere concentrazioni di farmaco efficaci nel liquido amniotico

(iniziando cioè almeno 4 ore prima dell' espletamento del parto). Le linee guida per la prevenzione dell'infezione perinatale da SGB riviste dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nel 2002 e condivise dall' ACOG e dall' AAP **raccomandano** l'esecuzione dello screening con tamponw vagino-rettal per SGB a tutte le gravide di EG compresa tra 35 3 37 W.

4.2 PROFILASSI MATERNA

Nella fig.1 sono riportate le indicazioni e controindicazioni per la profilassi antibiotica intrapartum (PAI) .Nella fig 2 è illustrto il comportamento in caso di minaccia di parto pretermine.

Tampone vagino-rettale a 35-37 W di EG a tutte le gestanti (tranne nel caso di donna con batteriuria da SGB durante l'attuale gravidanza o con precedente neonato con infezione sistemica da SGB)

FIG.1

PAI indicata

- Precedente neonato con infezione sistemica da SGB
- Batteriuria da SGB durante l'attuale gravidanza
- Tampone vagino-rettale pos per SGB (tranne nel caso di TC programmato, in assenza di rottura delle membrane o di inizio travaglio)
- Stato colturale per SGB negativo o sconosciuto (colture non eseguite o risultati in corso) e presenza di uno dei seguenti fattori di rischio:
EG < 37 W
PROM ≥18h
Temperatura corporea al parto ≥38°C*

*In caso di corioamnionite, una antibioticoterapia ad ampio spettro che includa almeno un agente attivo nei confronti dello SGB deve sostituire la profilassi per lo SGB

N.B. La positività dell' esame colturale non richiede terapia prima del travaglio

PAI non indicata

- Gravidanza precedente con colture positive per SGB (tranne in caso di coltura positiva anche durante l'attuale gravidanza)
- TC programmato in assenza di rottura delle membrane o di travaglio iniziato (indipendentemente dallo stato colturale materno)
- Tampone vagino-rettale negativo per SGB e assenza di fattori di rischio intrapartum
- TC effettuato prima dell'inizio del travaglio in una donna con membrane amniotiche integre, indipendentemente dallo stato di colonizzazione da SGB o dall'EG

**Il trattamento deve essere continuato a meno che il parto non avvenga prima; l'antibiotico profilassi deve essere ricominciata ogni volta che inizia il travaglio

***Se il parto non avviene nelle 4 settimane successive, l'esame colturale per SGB deve essere ripetuto e la paziente deve essere trattata come descritto precedentemente sulla base dei risultati delle nuove colture.

SCHEMA TERAPEUTICO PER LA PAI :

Schema raccomandato: Penicillina G (5 milioni di unità ev seguite da 2,5 milioni ev ogni 4 h fino al parto)

Schema alternativo: Ampicillina (2 gr ev quindi 1 gr ev ogni 4 h fino al parto)

Pazienti allergiche alla penicillina: Eritromicina (500 mg ev ogni 6 h sino al parto)

Cefazolina (2 gr ev seguiti da 1 gr ogni 8 h sino al parto)

In caso di SGB resistente a Eritromicina
o sensibilità sconosciuta : Vancomicina (1 gr ev ogni 12 h fino al parto)

4.3 GESTIONE DEL NEONATO A RISCHIO DI INFEZIONE PERINATALE DA SGB

1. Se è stata eseguita la PAI in modo corretto (2 dosi oppure 1 dose a distanza di 4 h dall'espletamento del parto), il neonato deve essere osservato per almeno 48 h prima della dimissione
2. Se il neonato ha una E.G. < 37 W deve essere sottoposto, oltre che ad osservazione clinica per almeno 48 h, a valutazione diagnostica con esami colturali (emocoltura) ed ematochimici (Emocromo con formula, PCR, PCT a 6-12h) anche nel caso in cui la PAI è stata eseguita in modo corretto
3. Se la PAI non è stata eseguita o non è stata eseguita in modo corretto, l'approccio assistenziale varia a seconda dell' EG.
Nel 2012 il Committee on Fetus and Newborn (COFN) dell'AAP suggerisce un algoritmo per la gestione dei neonati asintomatici a rischio di IEO (infezione early-onset)
 - EG ≥ 37 W: osservazione clinica per almeno 48 h e valutazione diagnostica con esami colturali ed ematochimici
 - EG ≤ 37 W: osservazione clinica per almeno 48 h, valutazione diagnostica con esami colturali ed ematochimici + terapia empirica con ampicillina e gentamicina per 48-72 h, in attesa che gli esami di laboratorio permettano di escludere l'infezione.

BIBLIOGRAFIA

1. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guidelines from CDC, 2010
2. Red Book 2012, Report of the Committee on Infectious Diseases. Group B Streptococcal Infections. 29th edition.
3. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Early onset Group B Streptococcal Disease Guideline