



נייר עמדה 22

מניעת תחלואה פרינטלית ע"י סטרפטוקוקוס מקבוצה B בנשים הרות בישראל

אושר במועצת האיגוד 13.9.2017

הקדמה

סטרפטוקוקוס ביתא המוליטי מקבוצה B (להלן GBS) הוא אחד הגורמים המשמעותיים לתחלואה ותמותה זיהומית של הילוד. קיימים שני סוגי תחלואה, מוקדמת המתרחשת בשבוע הראשון של חיי הילוד ותחלואה מאוחרת (מלאחר שבוע ועד 90 יום) שבשניהם הביטוי הקליני דומה: אלח דם (Sepsis), דלקת ריאות, דלקת קרום המוח, דלקת בעצם או בפרק או בעור.

נשאות הינה מצב בו החיידק נמצא בלדן (Vagina) האישה או בפי הטבעת ללא תסמינים קליניים כלשהם, ויכולה להיות קבועה או חולפת. החיידק עלול לעבור לילוד מן האם באמצעות שאיפה של נוזל השפיר הנגועים או באמצעות הדבקה בעת המעבר בתעלת הלידה והסכנה לזיהום מוגברת בלידה מוקדמת [1].

מחקרים קליניים הראו כי מתן אנטיביוטיקה לאם הנמצאת בסיכון להעברת החיידק לילוד במהלך הלידה, עשוי למנוע את המחלה המוקדמת בשבוע הראשון לחיי התינוק, המהווה כ-70% או יותר מסך תחלואת התינוקות [2].

רוב המחקרים בנושא ה-GBS מגיעים מארה"ב עקב שיעור הנשאות הגבוה המוערך בכ-30%-10 בקרב נשים הרות. כתוצאה מכך הוצגו בשנת 1996 קווים מנחים למניעה באמצעות IAP (Intrapartum Antibiotic Prophylaxis) על ידי מספר גופים: ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) בשיתוף עם ה-CDC ובשיתוף עם ה-AAP (American Academy of Pediatrics) (of Pediatrics). הללו המליצו על אחת משתי גישות: האחת מבוססת על גורמי סיכון (Risk-based approach) והשנייה על סיקור (Screening) המבוסס על תרבויות הנלקחות מהאם בין השבועות 35-37 להיריון, ללא ציון עדיפות לאחת משתי הגישות. הכנסת הטיפול המונע באנטיביוטיקה במהלך הלידה הביאה בארה"ב לירידה ב-70% בתחלואה הנאונטלית מ-GBS מאז, מ-1.7/1000 לידות חי ל-0.6/1000 לידות חי.

לאחר שנמצא בארצות הברית כי השיטה המבוססת על סיקור הנשים יעילה יותר משיטת גורמי הסיכון [3], פורסמו על ידי ה-CDC ב-2002 ושוב ב-2010 קווים מנחים בהם הומלץ לסקור את כל הנשים ההרות בשבוע ה-35-37 על ידי תרבות הנלקחת מהלדן והרקטום לשם זיהוי נשאות ל-GBS [4]. כמו כן בהנחיות משנת 2010 מצוין כי שיעור התחלואה הנאונטלית ב-GBS תחת מדיניות הסקר והטיפול בהתאם אף ירדה לשיעור של 0.3-0.4 מקרים ל-1000 לידות חי.

לעומת זאת, על פי גישת ה-RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) אין מקום לסיקור לפני הלידה ולטיפול, שכן לא הוכחה לדעתו השפעה על כלל הסיבות לתמותה נאונטלית. בנוסף, הטיפול כרוך בחסרונות לאם ולילוד הכוללים תגובה אנפילקטית עם תמותה אפשרית, מדיקליזציה של הלידה והתקופה הנאונטלית, והופעת זיהומים בזנים עמידים לאנטיביוטיקה [5],[6].

בעבודות בודדות שבוצעו בישראל בין השנים 2002-2007 באזורי הצפון, הדרום וירושלים, נמצא שיעור נשאות של GBS הנע בין 12.3-16.4% ובממוצע 14.2% [7],[8],[9]. בשנת 2012 בוצע סקר ארצי ב 29 חדרי לידה בישראל לכ- 3000 נשים. בסקר זה 22% מהנשים ללא גורמי סיכון התגלו כנשאיות ל GBS [10]. למרות שניכרת מגמה של עלייה בשכיחות הנשאות בין שנים אלו, עדיין מדווח בארץ על שיעור נמוך מזה המדווח בארה"ב. בין השנים 2009-2010 נמצא ששיעור היארעות של תחלואת ילודים מוקדמת מ-GBS בישראל היה 0.23-0.26/1000 לידות חי [11]. שיעור זה נמוך מהתחלואה בארה"ב ובאירופה, גם לאחר הפעלת תכנית הסקר.

אשר על כן עמדת האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה היא:

1. הנתונים בישראל אינם מצדיקים ביצוע בדיקות סקר לנשאות ל-GBS לכלל הנשים ההרות

2. טיפול אנטיביוטי במהלך לידה מומלץ לפי גורמי הסיכון הבאים:

1. לידה לפני שבוע 37+0

2. ירידת מים הנמשכת מעל 18 שעות

3. חום במהלך הלידה שווה או מעל 38°C

4. GBS bacteruria בהיריון (בכל זמן וללא קשר לטיפול)

5. ילוד קודם שחלה במחלה מוקדמת ב-GBS

6. אישה שנמצאה חיובית ל-GBS בבדיקת נשאות אשר בוצעה בסמוך ללידה

אין הוראה לטיפול במצבים הבאים:

1. תרבית חיובית ל-GBS בהיריון קודם

2. ניתוח קיסרי מתוכנן ללא לידה או פקיעת קרומי מי השפיר (ללא קשר לתוצאות תרבית ל-GBS)

3. תרבית רקטו-וגינלית שלילית שבוצעה בטווח של 5 שבועות או פחות לפני הלידה ללא קשר לנוכחות גורמי סיכון בלידה

נספחים

נספח מספר 1 - אופן לקיחת תרבית ל-GBS

1. יש לקחת משטח בעזרת מטוש מהאזור התחתון של הלדן (Vaginal introitus) ולאחר מכן מהרקטום (ניתן להשתמש במטוש אחד או שניים). אין צורך להשתמש בספקולום
2. יש לשים את המטוש ב-Transport medium המאפשר הישרדות של GBS עד 4 ימים בטמפרטורת החדר או בקרור
3. יש לציין על טופס הבדיקה שמדובר בתרבית ל-GBS וכן לציין האם קיימת רגישות של המטופלת ל-Penicillin, על מנת שהמעבדה תבצע במידה של תרבית חיובית, בדיקת רגישות ל-Clindamycin-Erythromycin
4. את התרבית יש לזרוע על מצע סלקטיבי.

נספח מספר 2 - המלצות לטיפול מונע באנטיביוטיקה במהלך הלידה

- Penicillin הינו תכשיר הבחירה לטיפול מונע ב-GBS. Ampicillin יכול להוות תכשיר אלטרנטיבי. את הטיפול יש לתת תוך ורידית מאחר וניתן להגיע בדרך זו לריכוזים גבוהים במי השפיר.
- Penicillin – מנת העמסה של 5 מיליון יחידות, ובהמשך 2.5 מיליון יחידות כל 4 שעות עד ללידה
- Ampicillin - מנת העמסה של 2 גרם, ולאחר מכן 1 גרם כל 4 שעות עד ללידה
- במקרים של רגישות היולדת ל-Penicillin ללא סיכון גבוה לאנאפילקסיס (Anaphylaxis) מומלץ לתת Cefazolin 2 גרם ולאחר מכן 1 גרם כל 8 שעות.
- במקרים של רגישות היולדת ל-Penicillin עם סיפור של Anaphylaxis טיפול הבחירה הוא Clindamycin 900 מ"ג (מיליגרם) כל 8 שעות עד ללידה או Erythromycin 500 מ"ג כל 6 שעות עד ללידה.
- במקרים של עמידות החיידק ל-Clindamycin או Erythromycin יש לתת Vancomycin 1 גרם בטפטוף איטי כל 12 שעות עד ללידה.

צוות הכנת נייר העמדה (2011)

ד"ר מוטי ברדיצ'ב, פרופ' קובי בר, ד"ר יורי פרליץ, פרופ' יריב יוגב, ד"ר מיכל קובו, ד"ר סורניה גריסרו-גרנובסקי, ד"ר אלי גוטרמן, פרופ' אייל ענתבי.

צוות עדכון נייר העמדה (2017)

פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב ינון, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר.

1. Stoll B, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Changes in pathogens causing earlyonset sepsis in very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 2002; 347: 240–7. II-2, Level B
2. Moore MR, Schrag SJ, Schuchat A. Effects of intrapartum antimicrobial prophylaxis for prevention of group B streptococcal disease on the incidence and ecology of early onset neonatal sepsis. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 201–13. III, Level B
3. Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS, et al. A population-based comparison of strategies to prevent early onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med* 2002; 347: 233–9 II-2, Level B
4. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. *MMWR* 2002; 51:1–18. III, Level C
5. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of Early Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Guideline No.36. November 2003 III, Level C
6. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD007467 II-2, Level B
7. Eisenberg VH, Raveh D, Meislich Y, Rudensky B, Ezra Y, Samueloff A, Eidelman AI, Schimmel MS. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal infection: is universal screening by culture universally applicable? *Isr Med Assoc J.* 2006 Oct;8(10):698-702. II-3, Level C
8. Marchaim D, Efrati S, Melamed R, Gortzak-Uzan L, Riesenber K, Zaidenstein R, Schlaeffer F. Clonal variability of group B Streptococcus among different groups of carriers in southern Israel. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2006 Jul; 25(7):443-8. II-3, Level C
9. German L, Solt I, Bornstein J, Ben-Harush S, Ben-Elishai M, Weintraub Z. Is there an increase in the incidence of GBS carrier rates among pregnant women in northern Israel? *Harefuah.* 2006 Dec; 145(12):866-9, 944. II-3, Level C
10. Sefty H, Klivitsky A, Bromberg M, Dichtiar R, Ami MB, Shohat T, Glatman-Freedman A; Israel Obstetric Survey Group (IOSG). Factors associated with choice of approach for Group B streptococcus screening. *Isr J Health Policy Res.* 2016 Nov 15;5:42.
11. Early-onset neonatal invasive group B streptococcal disease 2006-2010. *היארעות בישראל בשנים 2006-2010*. מרץ 2011. CDC.