

Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties (Adaptatie van de NICE-richtlijn) versie april 2017

ADDENDUM 3: Verschillen tussen de oude richtlijn GBS-ziekte en de nieuwe richtlijn

Introductie

Deze richtlijn, een bewerking van de NICE richtlijn "[Antibiotics for early-onset neonatal infection: antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection](https://www.nice.org.uk/guidance/cg149/evidence/full-guideline-188172685)"*, zal de richtlijn GBS-ziekte (NVOG/NVK 2008) vervangen. De nieuwe Nederlandse richtlijn heeft naast Groep B streptokokken (GBS) duidelijk ook betrekking op andere verwekkers van deze infecties zoals *E. coli*. Dit addendum geeft een kort overzicht van de verschillen tussen de richtlijn GBS-ziekte (NVOG/NVK 2008) en de nieuwe richtlijn "Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties".

Algemeen

In de nieuwe richtlijn wordt het belang van goede communicatie tussen alle zorgverleners benadrukt die betrokken zijn bij de zorg aan moeder en kind. Als een kind met risicofactoren op een early-onset neonatale infectie uit het ziekenhuis wordt ontslagen is hierover zowel een mondelinge als schriftelijk overdracht nodig.

Obstetrisch beleid

Het obstetrisch beleid rondom GBS is in vergelijking met de oude richtlijn GBS-ziekte (NVOG/NVK 2008) grotendeels ongewijzigd gebleven. De preventie van GBS-ziekte is nog steeds gebaseerd op een risicostrategie. Een wijziging t.o.v. de richtlijn GBS-ziekte is dat GBS-profylaxe niet alleen geïndiceerd is bij bacteriurie of urineweginfectie door GBS maar tevens in overleg met de zwangere overwogen moet worden bij een positieve rectovaginale kweek voor GBS in de huidige zwangerschap zonder risicofactoren. Daarnaast wordt geadviseerd om in overleg met de zwangere te overwegen de GBS-status middels een rectovaginale kweek bij een zwangerschapsduur van 35-37 weken vast te stellen indien (1) er sprake was van GBS-kolonisatie tijdens een voorafgaande zwangerschap, of (2) een eerder kind behandeld is met een klinisch beeld van early-onset neonatale sepsis/meningitis zonder bekende verwekker waarbij sprake was van noodzaak tot kunstmatige beademing en/of circulatoire ondersteuning.

Het beleid rondom een vroeggeboorte en het voortijdig breken van de vliezen (ongeacht duur) en een onbekende GBS-status is niet eenduidig. De aanbeveling is derhalve om dan GBS-profylaxe te overwegen.

Neonataal beleid

De noodzaak tot het behandelen van de neonaat met antibiotica gedurende de eerste 3 levensdagen wordt bepaald door de combinatie van maternale risicofactoren en klinische neonatale verschijnselen die duiden op een verhoogd risico of een daadwerkelijke verdenking op een infectie

• **Maternale risicofactoren en neonatale symptomen**

Er zijn een aantal belangrijke verschillen tussen de nieuwe richtlijn en de richtlijn GBS-ziekte (NVOG/NVK 2008). Maternale koorts durante partu alleen, zonder verder risicofactoren en/of

* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg149/evidence/full-guideline-188172685>

Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties (Adaptatie van de NICE-richtlijn) versie april 2017

klinische verschijnselen bij de neonaat, is geen indicatie meer om het kind direct postpartum met antibiotica te behandelen. Bij een premature partus (zwangerschapsduur < 37 weken) is er een verhoogd risico op een early-onset neonatale infectie als de vliezen langer dan 18 uur gebroken zijn, waarvoor in de nieuwe richtlijn het postpartum starten van antibiotica bij de neonaat wordt aanbevolen. In de oude richtlijn GBS-ziekte werd dit beleid bij een zwangerschapsduur van korter dan 35 weken aanbevolen. Bij een à terme zwangerschap is er pas bij gebroken vliezen langer dan 24 uur zonder weeënactiviteit sprake van een risicofactor.

Als er een maternale risicofactor of neonataal symptoom aanwezig is, moet worden overwogen om een pasgeborene gedurende ten minste 12 uur (temperatuur en ademhaling op 1, 3, 6, 9 en 12 uur) te observeren. Observaties cq. verhoogde waakzaamheid worden aanbevolen bij maternale koorts (>38 °C), PROM (>24 uur) of GBS-kolonisatie. Deze klinische observatieduur is in vergelijking met de oude richtlijn GBS-ziekte verkort van 24 naar 12 uur.

- **Antibiotische profylaxe**

Indien er sprake is van GBS-bacteriurie of urineweginfectie bij de zwangere wordt GBS-profylaxe rondom de partus geadviseerd. In overleg met de zwangere wordt GBS-profylaxe overwogen bij een positieve rectovaginale kweek voor GBS in de huidige zwangerschap zonder risicofactoren. Ongeacht een adequate of inadequate profylaxe blijft er bij de neonaat een risico op een early-onset neonatale infectie bestaan. Indien er bijkomende maternale risicofactoren of klinische verschijnselen bij de neonaat aanwezig zijn, is ondanks GBS-profylaxe een antibiotisch behandeling van de neonaat geïndiceerd.

- **Diagnostiek**

De richtlijn GBS-ziekte (NVOG/NVK 2008) deed een beperkte aanbeveling met betrekking tot neonataal beleid. Er is op dit moment nog geen laboratoriumonderzoek dat beleidsbepalend kan zijn of een neonaat met risicofactoren en/of klinische symptomen met antibiotica moet worden behandeld. Voorafgaande aan de behandeling met antibiotica wordt een bloedkweek afgenomen. Het bepalen van een CRP bij presentatie kan worden overwogen. Een diagnostische LP wordt geadviseerd als er (1) een sterke verdenking is op een infectie, of (2) symptomen of tekenen zijn die op een meningitis kunnen wijzen zoals nekstijfheid, prikkelbaarheid, bomberende fontanel, verminderd bewustzijn en convulsies, of (3) een positieve bloedkweek voor een pathogeen is. Een diagnostische LP wordt niet geadviseerd indien een patiënt op basis van risicofactoren zonder klinische symptomen en/of laboratoriumuitslagen voor een infectie met antibiotica wordt behandeld.

- **Behandeling**

De empirische antibiotische therapie bij een verhoogd risico op of een verdenking early-onset neonatale infectie bestaat uit intraveneus benzylpenicilline en een aminoglycoside. Als een neonaat van een meningitis wordt verdacht, maar de verwekker nog onbekend is, wordt een behandeling met intraveneuze amoxicilline en cefotaxim geadviseerd.

Als een behandeling vanwege een verdenking early-onset neonatale infectie wordt gestart, moet sterk worden overwogen om de antibiotica na 36-48 uur te staken als (1) de bloedkweek negatief is (incubatietijd ten minste 36 uur), en (2) de initiële verdenking op infectie niet sterk was, en (3) de conditie van de neonaat (geen klinische symptomen van een mogelijke infectie) en het beloop van het CRP geruststellend zijn.