

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 150–151 (1989)

Zur Letalität der Mütter beim vorzeitigen Blasensprung

H. Welsch, H. A. Krone

Kommission „Mütterliche Mortalität“ der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Beim vorzeitigen Blasensprung liegt das Sterblichkeitsrisiko im wesentlichen auf der fetalen Seite. Trotzdem darf auch eine potentielle mütterliche Gefährdung quoad vitam nicht vernachlässigt werden. 1967 berichtete Webb in einer Sammelstatistik mit 1054 Müttersterbefällen bei rund 2,9 Millionen Lebendgeborenen in Californien über eine mütterliche Sepsisletalität von einem Todesfall auf etwa 6400 Frauen mit vorzeitigem Blasensprung bei einer geschätzten zehnpromzentigen Inzidenz von vorzeitigem Fruchtwasserabgang jenseits der 16. Schwangerschaftswoche [1]. Da aber in den vergangenen 25 Jahren die Müttersterblichkeit in allen hochindustrialisierten Ländern weiter gesenkt werden konnte, sind die damaligen Zahlen heute nicht mehr relevant.

Bezüglich des maternen Sterblichkeitsrisikos bei vorzeitigem Blasensprung enthalten die deutschsprachigen Lehr- und Handbücher der achtziger Jahre lediglich allgemeine Hinweise auf die gegenüber früher wesentlich geringere mütterliche Gefährdung. Detaillierte Angaben fehlen meist. Nur Schneider und Kaulhausen erwähnen 1986 aus älteren Arbeiten Letalitätszahlen von 1 : 2000–1 : 5000 [2]. In der Datenbank Medline finden sich für die Jahre 1983–1988 keine Publikationen zu den Kennworten Maternal mortality and PROM. Die Schwierigkeit bei der Beantwortung dieser Frage liegt darin, daß nur langjährige Einzeluntersuchungen aller Müttersterbefälle bei einer großen Population zutreffende Aussagen zur mütterlichen Letalität beim vorzeitigen Blasensprung ermöglichen.

Vom 1. 1. 1983 bis 31. 12. 1988 weist die amtliche Statistik in Bayern 97 Müttersterbefälle aus. Im Rahmen unserer Einzeluntersuchungen wurden 3 zusätzliche Todesfälle erfaßt, sodaß sich die Gesamtzahl der Müttersterbefälle für die Berichtszeit auf 100 erhöht. Die Müttersterblichkeit betrug für die Jahre 1983–1988 in Bayern gesamtlich 14,3/100.000 Lebendgeborene.

Bei 19 dieser 100 Mütter, also rund bei einem Fünftel aller Sterbefälle, muß primär eine Infektion als Todesursache angenommen werden. Dabei handelte es sich 5mal um ein septisches Geschehen im Anschluß an einen vorzeitigen Blasensprung jenseits der 20. Woche.

Die Gestationsdauer z. Z. des ersten Fruchtwasserabgangs betrug bei den 5 verstorbenen Frauen 2mal 30 und je einmal 21, 39 und 40 Wochen, das Intervall zwischen Fruchtwasserabgang und Schwangerschaftsbeendigung lag viermal zwischen weniger als 12 Stunden und 2 Tagen, einmal fehlen diesbezügliche Angaben. Einmal handelte es sich um eine induzierte Abortausstoßung bei abgestorbener Frucht im Zustand nach mehrere Wochen zurückliegender Cerclage, je zweimal um vaginale und um Schnittentbindungen. Nur zwei

der 4 Kinder wurden lebend geboren. Die Patientin mit der Fehlgeburt verstarb 5½ Stunden nach Fruchtausstoßung und 11 Stunden nach Temperaturanstieg im septischen Schock. Zwei der fünf Mütter starben wenige Stunden nach Überweisung in Zentralkliniken. Einmal kam es unmittelbar nach Klinikaufnahme bei einer Notsektion aus kindlicher Indikation zum Exitus in tabula durch HerzKreislaufstillstand im schweren septischen Schock. Eine weitere Patientin verstarb 1½ Std. nach Überweisung, 7 Std. post partum, ebenfalls im nicht beherrschbaren septischen Schock. Eine vierte Patientin erlag 15 Tage nach Totgeburt einer pulmonalen Insuffizienz bei septischer Schocklunge. Bei einer fünften Mutter bestand im Gegensatz zu den bisher besprochenen Krankheitsverläufen z. Z. der Geburt kein klinisch nachweisbares Amnioninfektionssyndrom. Hier war in der 30. Woche, wenige Stunden nach vorzeitigem Blasensprung, wegen Querlage mit Armvorfall eine Schnittentbindung mit isthmo-corporalen Längsschnitt ausgeführt worden. Bei einer wegen Peritonitis notwendigen Re-Laparotomie fand sich eine Dehiscenz der Uterusnaht. Trotz Uterusexstirpation verstarb die Frau am 9. Tag post sectionem im septischen Schock. Nur 2 der 5 verstorbenen Frauen wurden obduziert.

Im Verlauf der Jahre 1983–1988 betrug die Inzidenz des vorzeitigen Blasensprungs in der Bayerischen Perinatalerhebung 18,25%. Bei 702.352 Lebend- und Totgeborenen in Bayern während der letzten 6 Jahre errechnen sich bei Übertragung der BPE-Zahlen auf die Gesamtzahl der Gebärenden ca. 125.000 Schwangere mit vorzeitigem Fruchtwasserabgang. Daraus resultiert in der Berichtszeit ein landesweites mütterliches Letalitätsrisiko nach vorzeitigem Blasensprung von etwa 1 : 25.000.

Für die Praxis ergibt sich aus unseren Einzeluntersuchungen eine Bestätigung früherer, hinlänglich bekannter Empfehlungen: Eindringliche Aufklärung der Schwangeren über die Notwendigkeit einer sofortigen Krankenhausaufnahme bei gesichertem bzw. vermutetem Fruchtwasserabgang, regelmäßige Überwachung von Entzündungsparametern und Kreislaufkontrolle, sofortige suffiziente Antibiotikamedikation bei Zeichen einer beginnenden Infektion, rechtzeitige Schwangerschaftsbeendigung, gegebenenfalls durch Schnittentbindung, Erkennung und Intensivtherapie eines beginnenden septischen Schocks mit rascher Geburtsbeendigung und erforderlichenfalls umgehender Hysterektomie. Alle diese Maßnahmen können dazu beitragen, das mütterliche Letalitätsrisiko beim vorzeitigem Blasensprung in Zukunft noch weiter zu reduzieren.

Literatur

- 1 Webb, G. A.: Maternal death associated with premature rupture of the membranes. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 98: 594 (1967).
- 2 Schneider, J., Kaulhausen, H.: *Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Kohlhammer, Berlin, 1986.