Todesursache bei Erythroblastosis fetalis

B.		Emanuel
J.		Sanson

Mt. Sinai Hospital and Chicago Medical School, Chicago, Ill. (USA)

Im Mount Sinai Hospital, Chicago, wurden von 1941 bis 1961 100 Neu-geborene, die an Erythroblastosis fetalis litten, autopsiert. 74 Kinder waren im Mount Sinai Hospital geboren, 26 von anderen Krankenhäusern zugewiesen worden. 46 Kinder wurden infolge der Rh-Immunisierung tot geboren, davon waren 34 mazeriert. 54 Kinder wurden lebend geboren, von ihnen wurden 19 mit Austauschtransfusionen behandelt. Innerhalb der ersten 48 Lebensstunden starben 19 Kinder ohne und 11 Kinder mit Austauschtransfusion. Als Todesursache der lebend geborenen Kinder fand sich bei 22 ein Kernikterus (16 über 2500 g Geburtsgewicht), bei 7 ein Hydrops (5 über 2500 g Geburtsgewicht). Der Kernikterus-

Tabelle I. Kriterien für die Geburtseinleitung

Anamnese Geburtseinleitung

Erste Schwangerschaft mit Rh-Immunisierung. Keine Einleitung
Frühere Geburt von Kind(ern) mit leichter Erkrankung, ohne notwendige Therapie dann in der 38. Schwangerschaftswoche)

Frühere Schwangerschaft, welche zur Geburt eines Kindes mit hämolytischer Erkrankung 38. Schwangerschaftswochenleichten Grades führte, die einer Behandlung bedurfte

Frühere Schwangerschaft mit 1. schwer erkranktem Kind, das starb oder sich nach Behandlung erholte, oder 2. Totgeburt infolge Erythroblastosis fetalis

Zwei oder mehr vorangegangene Totgeburten infolge Erythroblastosis fetalis, oder schwer erkrankte Kinder

1 Originaltitel: Cause of death in erythroblastosis fetalis.

14 Gynäk. Rdsch., Bd. 6, Nr. 3 (1968)

210

Emanuel/Sanson

rus fand sich hauptsächlich in der Gruppe, die keine Austauschtransfusion erhalten hatte. Die Todesursachen der Patienten, die eine Austauschtransfusion erhalten hatten, waren Kernikterus bei 4 (zwei mit Pneumonie), Hydrops bei 3, Bronchopneumonie bei 2, Lungenblutung bei 2, Lungenödem, Hirnblutung, Hämoperitoneum nach Nabelvenenruptur, Tod nach Austauschtransfusion, Frühgeburt und ein angeborener Herzfehler bei je 1 und unbekannt bei 2 Kindern. Das Risiko des Todes während oder kurz nach einer Austauschtransfusion ist 2 % pro Austausch, das totale Risiko 4 % pro Patient.

Da die genaue Zahl der Patienten mit Erythroblastose nicht bekannt war

konnte der Prozentsatz der tot- und lebendgeborenen Kinder nicht errechnet werden. Diese Serie zeigt jedoch dass Totgeburten einen grossen Prozentsatz der Mortalität dieser Erkrankung ausmachen. Hier deutet dies auf unzureichend kontrollierte Schwangerschaften späte Feststellung einer schweren Isoimmunisierung und seltene Geburtseinleitung hin. Sundal konnte bei Geburtseinleitung in der 35. Schwangerschaftswoche eine Totgeburt in 70 % verhindern. Er schlug eine einfache Tabelle zur Geburtseinleitung bei Müttern mit Rh-Inkompatibilität vor (Tab. I). Der Gebrauch dieser Tabelle wird zusammen mit der entsprechenden Anwendung der Amniozentese den Prozentsatz der Totgeburten vermindern können. H. Pfeiffer