Gynäk. Rdsch. 1983;23:214-215

Die Behandlung des vorzeitigen Blasensprunges: ein Vergleich zwischen aktivem und konservativem Vorgehen

J.M.		Barrett
F.H.		Boehm

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tenn., USA

Das geburtshilfliche Vorgehen bei Fällen mit vorzeitigem Blasensprung ist nicht einheitlich. Die Meinungen schwanken zwischen sofortiger Entbindung zur Verhinderung von Infektionen und möglichst langem Zuwarten zur Erzielung einer grösstmöglichen fetalen Reife bzw. Lungenreife. In der vorliegenden Arbeit wurde prospektiv in einer 3jährigen Studie der Frage über Wert und Nebenwirkungen einer Cortisontherapie zur Verhinderung des postpartalen RDS nachgegangen. Fälle mit bereits primär «reifen» Fruchtwasserwerten unabhängig vom Gestationsalter waren von der Studie ausgeschlossen, da sie ohne Verzögerung entbunden worden sind.

Verglichen wurden zwei Patientengruppen zwischen der 26. und 34. Schwangerschaftswoche mit länger als 24 h zurückliegendem Blasensprung. Das 1. Kollektiv bestand aus Frauen, bei denen eine Fruchtwassergewinnung bzw. Amniozentese nicht möglich war ($n = 53$) und die ohne Cortisonprophylaxe so lange unbehandelt beobachtet wurden, bis Infektionszeichen oder Wehen auftraten; im 2. Kollektiv ($n = 36$), bei dem die Fruchtwasseruntersuchung primär eine unreife L/S-Ratio ergeben hatte, wurde mit 2×12 mg Betamethason und anschliessend 72stündiger Tokolyse behandelt und danach bis zum Eintreten von Wehen und/oder Infektionszeichen beobachtet.

Beim Vergleich der Kollektive fanden sich keine signifikanten Unterschiede in bezug auf das Auftreten von Amnionitis sowie von RDS-Zeichen, Hyperbilirubinämie, offenem Ductus arteriosus Botalli, Auftreten von Apnoe- oder Bradykardieanfällen und nekrotisierender Enterokolitis bei den Frühgeborenen, obwohl die Geburtsgewichte mit durchschnittlich

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
215

1500 g und die Geburtszeitpunkte – durchschnittlich in der 31. Schwangerschaftswoche – in beiden Gruppen eng beisammen lagen.

Die Dauer des vorzeitigen Blasensprunges war in dem mit Cortison und Betamimetika behandelten Kollektiv allerdings mit durchschnittlich 148 h signifikant länger gewesen. In diesem Kollektiv lag auch die RDS-Frequenz mit 14% doch sehr deutlich niedriger als in der unbehandelten Gruppe mit 29%.

Für die Klinik stellt sich bei der vorliegenden Arbeit die Frage, ob für dieses bessere Ergebnis die Cortisonmedikation oder/und die verlängerte Dauer des vorzeitigen Blasensprunges verantwortlich zu machen ist. Ausserdem ist aufgrund des gewählten Aufbaus der Studie nicht geklärt, ob im unbehandelten Kollektiv nicht bereits primär eine reife L/S-Ratio vorgelegen hatte, da in dieser Gruppe ja keine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden konnte.

Für die Praxis interessant ist die Tatsache, dass die Infektionsmorbidität in beiden Kollektiven gleich hoch ausfällt (30% Amnionitis beim therapeutisierten, 36% beim unbehandelten Kollektiv), so dass weder die Cortisonmedikation noch die verlängerte Blasensprungdauer das Infektionsrisiko wesentlich erhöht. Obwohl die Autoren in der Arbeit in ihrem Schlusssatz aufgrund der fehlenden signifikanten Unterschiede das konservative Vorgehen ohne Lungenreifestimulation und Wehenhemmung empfehlen, erscheint die nahezu doppelt so hohe RDS-Frequenz in dem unbehandelten Kollektiv doch bedenklich, weswegen sich der Unterzeichnete nicht dieser Meinung anschliessen kann.

H. Salzer, Wien Comparison of Aggressive and Conservative Management of Premature Rupture of Fetal Membranes