Risikostatus, Geburtsverlauf und perinatales Ergebnis bei 819 Tokolysen

L.		Badmann
A.		Schneider
Ch.		Tsutsulopulos
H.		Elser

Frauenklinik im Klinikum Grosshadern der Universität München (Direktor: Prof. K. Richter), München, BRD

Dr. L. Badmann, Frauenklinik im Klinikum Grosshadern, Marchioninistrasse 15, D-8000 München (BRD)

Der relative Anteil tokolysierter Schwangerer war in den Jahren 1977–1981 an unserer Klinik von 21,1 auf 12,6% rückläufig gewesen, während die Frühgeburtenrate eine leicht steigende Tendenz von 8,6 auf 9,9% zeigte. Bei 3 von 4 Schwangeren mit der Diagnose Partus praematurus imminens lagen bereits anamnestiche Risiken vor, wobei man vor allem reproduktive Risiken (Status nach Frühgeburt, Status nach totem und geschädigtem Kind) häufiger als im Kontrollkollektiv der nichttokolysierten Frauen fand. Dem Alter und der Parität von Schwangeren kam gegenüber den reproduktiven Risiken eine wesentlich geringere Bedeutung zu. Bestätigt werden konnte der Zusammenhang zwischen Harn-

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

70
weginfekt und vorzeitigen Wehen; bei erforderlichen Tokolysen gingen öfter Blutungen während der Frühschwangerschaft voraus, und es wurden mehr Cerclagen gelegt. Bei den Geburtsrisiken sind Fieber und Blutungen unter der Geburt sowie der Nabelschnurvorfal häufiger bei Frühgeburten anzutreffen; diese Risiken sind daher bei Schwangeren mit Tokolyse überrepräsentiert. 24,3% aller tokolysierten Schwangeren wurden bis zum Ende der 37. Woche entbunden gegenüber 4,9% im Kontrollkollektiv. 42% der Tokolysierten brachten ihr Kind zwischen dem Beginn der 38. Woche und dem errechneten Geburtstermin zur Welt, und bei 17 % fand man sogar eine Überschreitung des errechneten Geburtstermins gegenüber 40 % im Kontrollkollektiv. Die Geburtsgewichte lagen bei tokolysierten Schwangeren in Abhängigkeit von der Tragzeit unter denen des Vergleichskollektivs, nannten aber in beiden Gruppen in Abhängigkeit von der Tragzeit zu. Bei Geburt aus Schädellage wurden nach Tokolyse mehr vaginal-operative Entbindungen vorgenommen (8,3 gegenüber 6,0%), während die Sectiones gleich verteilt waren (14,3 gegenüber 15,8%). Bei Beckenendlagen dagegen führte man offensichtlich erst bei Schwangerschaften am Termin mehr Sectiones als bei tokolysierten Schwangeren mit Frühgeburten durch (73,7 gegenüber 60%). Die Verlegungsrate lag nach einer Tokolysebehandlung um den Faktor 3 höher als im Kontrollkollektiv (37,9 gegenüber 13%); bei Spontangeburt lag die perinatale Mortalitätsrate im Kollektiv der tokolysierten Patientinnen bei 32,5 gegenüber 11,4% im Kontrollkollektiv. Man darf daraus nicht ableiten, dass durch eine Steigerung der Sectiofrequenz die perinatale Mortalität hätte gesenkt werden können, da nicht die Tokolyse per se, sondern die erhöhte Frühgeburtenrate im Tokolysekollektiv für die

perinatale Mortalität verantwortlich zu machen ist. Die Ergebnisse zeigen, dass anamnestische Risiken bereits gezielte Hinweise auf eine drohende Frühgeburt darstellen und bestätigen, dass es sich bei tokolysierten Schwangeren um hochgefährdete Risikogruppen handelt, die einer besonderen Überwachung bedürfen.

Gynäk. Rdsch. 23: suppl. 3, pp. 70–73 (1983)

Effektivität der Tokolyse und deren Nebenwirkungen

L. Heilmann, U. Siekmann, H. Ludwig

Frauenklinik (Direktor: Prof. H. Ludwig) am Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen, BRD

Studien der letzten Jahre haben ergeben

dass Betamimetika bei der Behandlung der Frühgeburt effektiver sind als Plazebo [1]. Der Erfolg der Wehenhemmung ist dabei vom klinischen Ausgangsbefund abhängig.

In einer retrospektiven Erhebung untersuchten wir die Frühgeburten an der Universitätsfrauenklinik Essen und ein Patientenkollektiv von 1973 bis 1980 mit Langzeittoko-