



Neue S2k-Leitlinie: Prävention und Therapie der Frühgeburt

Prof. Dr. med. Richard Berger, Chefarzt der Frauenklinik des Marienhausklinikums Neuwied

Die Frühgeburt ist definiert als eine Geburt vor abgeschlossenen 37 SSW. Ihre Inzidenz liegt in Deutschland seit 2008 stabil bei etwas über 8 %, die vor 32 SSW bei 1,28 % (IQTIG, 2017). Deutschland nimmt damit in Europa einen der vorderen Plätze ein. Die höchste Frühgeburtenrate hat Zypern mit 10,4 %. Die geringste Frühgeburtenrate weist Island mit 5,3 % auf (EU Benchmarking Report, 2009-2010).

Die Frühgeburt trägt wesentlich zur perinatalen Morbidität und Mortalität bei. Letztere betrug in Deutschland im Jahr 2017 für Kinder < 28 SSW 33,43 %. Sie ist damit fast 300 Mal so hoch wie die reifgeborener Kinder (0,13 %). Auch Kinder zwischen 28 und 31 SSW bzw. 32 und 36 SSW sind mit einer perinatalen Mortalität von 8,01 % bzw. 1,62 % immer noch sehr gefährdet (IQTIG, 2017). Die überlebenden Kinder, insbesondere die extrem Frühgeborenen vor der 28 SSW, sind zum Teil schwer beeinträchtigt durch zerebrale Schäden, respiratorische Störungen, Visus- und Hörverluste, die weitere Entwicklungsstörungen nach sich ziehen. Allein die unmittelbaren Kosten für die neonatologische Versorgung eines extrem frühgeborenen Kindes werden derzeit auf mindestens 100.000 Euro beziffert. Die Folgekosten, die aus einer möglicherweise lebenslangen Behinderung resultieren, übersteigen diesen Betrag allerdings um ein Vielfaches, ganz zu schweigen von der enormen psychosozialen Belastung, die auf den betroffenen Familien ruht. Die Frühgeburt ist einer der Hauptrisikofaktoren für disability-adjusted life years (verlorene Jahre aufgrund von Krankheit, Behinderung oder frühem Tod).

Aus diesem Grund wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V. (AGG) die Erstellung einer S2k Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ initiiert. In einem interdisziplinären Prozess, der die verschiedenen Fachgesellschaften, Berufsgruppen, Anwender, aber auch Patientenvertreter einschließt, soll der aktuelle Stand des medizinischen Wissens zusammengefasst und daraus Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag abgeleitet werden.

Die im Entwicklungsprozess befindliche Leitlinie zielt darauf ab, die Ursachen für eine Frühgeburt zu klären, Risikopatientinnen mittels Prädiktion zu selektieren und einer geeigneten Prävention zuzuführen. Durch die Identifikation von Risikofaktoren, die sonografische Messung der Zervixlänge und verschiedener biochemischer Testverfahren können Hochrisikopatientinnen erkannt werden. Präventive Maßnahmen zur Senkung des

Frühgeburtsrisikos sind primär, sekundär oder auch tertiär ausgerichtet. Je nach Befund ist die Applikation von Progesteron, die Anlage eines totalen Muttermundverschlusses und Zerklagebandes oder die Therapie mit einem Zerklagepessar indiziert. Patientinnen mit Zwillingschwangerschaft haben ein ca. sechsfach höheres Risiko für eine Frühgeburt und sind gesondert zu betrachten. Neueste Erkenntnisse zeigen, dass Patientinnen mit verkürzter Zervixlänge nach behandelter Wehentätigkeit von der Einlage eines Zerklagepessars profitieren können.

Bei sehr hohem Frühgeburtsrisiko wird vor der 34 SSW die Lungenreife induziert. Hiermit kann die perinatale Morbidität signifikant gesenkt werden. Allerdings hält die Wirkung dieser Intervention nur sieben Tage an. Wie Statistiken zeigen, wird derzeit nur ein Viertel der Kinder in diesem Zeitintervall geboren. Die prädiktiven Teste für eine Frühgeburt müssen also dringend verbessert werden, um das Timing der Lungenreife zu optimieren.

Unabhängig von der Frage, ob eine Frühgeburt auch eine psychosoziale Ursachendimension hat, sieht sich eine Familie bei stationär behandelter drohender Frühgeburt erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Neben der Sorge vor den schwer abschätzbaren gesundheitlichen Folgen einer Frühgeburt werden auch die therapeutischen Maßnahmen mit Immobilisierung und Wehenhemmung stressvoll erlebt. Gerade auch bei großen Familien stellt die Hospitalisierung der Mutter das familiäre System unter großen organisatorischen Druck. Schwangere, die wegen vorzeitiger Wehentätigkeit stationär behandelt werden, sollten deshalb unbedingt eine professionelle psychologische Begleitung erhalten.

Ist die Frühgeburt nicht mehr aufzuhalten, sollte das unreife kindliche Gehirn mit Magnesium geschützt werden. Aufgrund von Lageanomalien des Feten ist häufig eine Sectio caesarea indiziert. Auch das späte Abnabeln oder mehrfache Ausstreichen der Nabelschnur bei Geburt, das zu einer Steigerung des neonatalen Blutvolumens führt, hilft die Morbidität der Kinder zu verringern.

Das Management bei Patientinnen mit frühem vorzeitigem Blasensprung wird ebenfalls in dieser Leitlinie abgehandelt. Im Gegensatz zu früheren Empfehlungen ist ein abwartendes Prozedere auch nach der 34 SSW durchaus vertretbar.

4.757 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. Richard Berger
Chefarzt Frauenklinik des Marienhausklinikums Neuwied
Friedrich-Ebert-Str. 59
56564 Neuwied
Tel.: +49 (0) 263 182 1213
E-Mail: richard.berger@marienhaus.de
Internet: www.marienhaus-klinikum.de