



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2010

- 3 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 3.4. Geburtshilfe
- 3.4.4 Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Infektiologie und Infektiimmunologie in Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII), Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin (AGMFM)

Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

AWMF 015/029 (S1)

Inhalt

- 1. Ziel
- 1.1 Gruppeneinteilung
- 1.2 Allgemeine Maßnahmen
- 2. Gruppe I (< 20+0 SSW)
- 2.1 Vorgehen
- 2.2 Antibiotische Therapie
- 2.3 Lungenreifeinduktion
- 2.4 Tokolyse
- 3. Gruppe II (20+0 bis < 24+0 SSW)
- 3.1 Vorgehen
- 3.2 Antibiotische Therapie
- 3.3 Lungenreifeinduktion
- 3.4 Tokolyse
- 4. Gruppe III (24+0 bis < 34+0 SSW)
- 4.1 Vorgehen
- 4.2 Antibiotische Therapie
- 4.3 Lungenreifeinduktion
- 4.4 Tokolyse
- 5. Gruppe IV (□ 34+0)
- 5.1 Vorgehen
- 5.2 Antibiotische Therapie
- 5.3 Lungenreifeinduktion
- 5.4 Tokolyse

1 Ziel

Einheitliches diagnostisches und therapeutisches Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung in den unterschiedlichen Gestationsaltersabschnitten.

1.1 Gruppeneinteilung

Gruppe I < 20+0 SSW

Gruppe II	≥ 20+0 bis < 24+0 SSW
Gruppe III	≥ 24+0 bis < 34+0 SSW
Gruppe IV	≥ 34+0

1.2 Allgemeine Maßnahmen

Patientinnen der Gruppe II und III (bis < 34+0 SSW) sollen in ein Perinatalzentrum verlegt werden. Ausnahme: akute mütterliche Gefährdung.

Objektivierung des Blasensprunges durch SpekulumEinstellung, wobei in ca. 90% eine klinische Diagnose möglich ist.

Amnioninfektionssyndrom

Ausschluss eines Amnioninfektionssyndroms (AIS). Die unten aufgeführten Zeichen sind keine Frühzeichen, sondern Parameter einer manifesten Infektion.

- Temperaturerhöhung (≥ 38 °axillär C),
- mütterliche Tachykardie (≥ 100 Spm),
- fetale Tachykardie (≥ 150 Spm),
- druckschmerzhafter Uterus,
- zunehmende Wehentätigkeit,
- übel riechendes Fruchtwasser,
- Leukozytose (≥ 15.000/μl),
- CRP-Erhöhung (serieller Anstieg).

Bei manifestem AIS mit vitaler mütterlicher Gefährdung: Beendigung der Schwangerschaft unter antibiotische Therapie.

Zervix- und Vaginalabstrich nativ und mikrobiologisch. Nur bei Patientinnen mit BS, die nach 37+0 SSW mit zervixwirksamer Wehentätigkeit aufgenommen werden, kann auf einen Abstrich verzichtet werden.

Streptokokken der Gruppe B

Tritt ein Blasensprung vor der 36+0 SSW auf und sind zu diesem Zeitpunkt hämolysierende Streptokokken der Gruppe B (GBS) nachgewiesen, sollte dann mit einer mütterlichen antibiotischen Prophylaxe zur Vermeidung der Neugeborenen-sepsis durch GBS an die Mutter begonnen werden, wenn mit einer baldigen Geburt zu rechnen ist. Als Mittel der Wahl gilt das Penicillin G i.v. einmalig 5 Mio. E., anschließend 2,5 Mio. E. alle vier Stunden bis zur Geburt. Alternativ können Ampicillin oder Cefazolin zu Anwendung kommen.

Unbekannter GBS-Status

Bei einem Blasensprung vor 36+0 SSW und unbekanntem GBS-Status der Mutter sollte dann mit einer antibiotischen Prophylaxe begonnen werden, wenn eine baldige Geburt nicht auszuschließen ist. Besteht die Hoffnung, dass die Geburt verzögert werden kann, sollte im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ein mikrobi-

3.4.4 Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

logischer Abstrich von Anorektum und Scheide zum Nachweis der GBS entnommen werden. Die antibiotische Prophylaxe ist dann entweder bis zur Geburt bzw. bis zum Vorliegen eines negativen Ergebnisses des GBS-Abstriches (in der Regel 48 h) fortzuführen.

Bei einem Blasensprung ab 36+0 SSW ist eine antibiotische Prophylaxe bis zur Geburt indiziert,

- wenn die Dauer des Blasensprunghes ≥ 18 h beträgt,
- wenn es zu einer Temperaturerhöhung der Mutter auf $\geq 38,0$ °C axillär unter der Geburt kommt,
- wenn bei einer vorausgegangenen Geburt eine Neugeborenenensepsis durch GBS aufgetreten ist,
- wenn eine GBS-Bakteriurie in dieser Schwangerschaft nachweisbar war,
- wenn ein prapartales GBS-Screening einen positiven Abstrichbefund auf GBS ergeben hat oder
- wenn Zeichen eines AIS (s. oben) vorliegen.

Bei Frauen mit vorzeitigem Blasensprung reduziert eine prophylaktische Antibiotikagabe die maternale und fetale Morbidität und kann zu einer Verlängerung der Schwangerschaftsdauer führen. Die prophylaktische Gabe soll z.B. mit Mezlocillin, Piperacillin, Clindamycin, Ampicillin oder Erythromycin erfolgen. Welches Antibiotikum oder welche Antibiotika-Kombinationen am besten geeignet sind und wie lange die Prophylaxe durchgeführt werden soll, kann z.Zt. nicht mit abschließender Sicherheit gesagt werden.

Lungenreife-Induktion

Eine Lungenreifeinduktion soll entsprechend den Empfehlungen der NIH-Konsensuskonferenz beim vorzeitigem Blasensprung zwischen 24 SSW und 32 SSW (ggf. bis 34 SSW), außer bei einem manifesten AIS, erfolgen. Hierfür wird eine Dosierung von 2 x 12 mg Betamethason i.m. im Abstand von 24 h empfohlen. Eine routinemäßige Wiederholung wird nicht empfohlen.

Weitere Maßnahmen

Der Vorteil einer Tokolyse über höchstens 48 h bis zum Abschluss der Lungenreife ist nachgewiesen.

Eine Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Fruchtwassermenge, des fetalen Zustandes und der Biometrie ist bei Aufnahme vorzunehmen. Eine Wiederholung empfiehlt sich in regelmäßigen Intervallen.

Eine digitale vaginale Untersuchung und ein transvaginaler Ultraschall bei vorzeitigem Blasensprung sind kontraindiziert.

2 Gruppe I (< 20+0 SSW)

2.1 Vorgehen

3.4.4 Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

Kein Anhalt für AIS:

- Abwarten unter Bettruhe nach Absprache mit der Schwangeren möglich,
- CRP-Kontrollen alle 6 bis 24 h,
- regelmäßige Kontrolle der FW-Menge und Vitalität des Kindes,
- bei persistierendem Oligo-/Anhydramnion Aufklärung über schlechte Prognose des Kindes (Lungenhypoplasie etc.) und ggf. Beendigung der Schwangerschaft.

2.2 Antibiotische Therapie

Keine ausreichenden Daten verfügbar.

2.3 Lungenreifeinduktion

Keine Lungenreifeinduktion

2.4 Tokolyse

Keine Tokolyse.

3 Gruppe II (20+0 bis < 24+0 SSW)

3.1 Vorgehen

Kein Anhalt für AIS:

- Abwarten nach Absprache mit der Schwangeren möglich,
- ggf. antibiotische Therapie,
- CRP-Kontrollen alle 6 bis 24 h,
- regelmäßige Kontrolle FW-Menge und Vitalität des Kindes,
- falls Erreichen 24+0 SSW, dann Vorgehen wie in Gruppe III.

3.2 Antibiotische Therapie

Die Indikation ist nicht wissenschaftlich belegt, wird aber nach Expertenmeinung befürwortet.

3.3 Lungenreifeinduktion

Grundsätzlich keine Lungenreifeinduktion. Vereinzelt zeigen Arbeiten einen Vorteil ab 23+0 SSW.

3.4 Tokolyse

Unzureichende Datenlage.

- **Sonderfall:** manifestes AIS \geq 23+0 SSW: \rightarrow Entbindung anstreben.

4 Gruppe III (24+0 bis < 34+0 SSW)

4.1 Vorgehen

Manifestes AIS:

- zügige Entbindung unter antibiotischer Therapie.

Kein Anhalt für AIS:

- Abwarten unter Bettruhe, Antibiotikagabe, Tokolyse und Lungenreifeinduktion,
- CRP-Kontrollen alle 6 bis 24 h,
- CTG (\leq alle 12 h),
- regelmäßiger Ultraschall/Doppler,
- bei Erreichen von 34+0 SSW Vorgehen wie in Gruppe IV.

4.2 Antibiotische Therapie

Ja.

4.3 Lungenreifeinduktion

Ja, aber nicht bei AIS (hier ist die zügige Entbindung M.d.W.).

4.4 Tokolyse

Ja.

- Ziel: bis Abschluss der Lungenreifeinduktion
- Dauer: maximal 48 h,
- nicht bei AIS (hier ist die zügige Entbindung M.d.W.).

5 Gruppe IV (\geq 34+0)

5.1 Vorgehen

Manifestes AIS: → zügige Entbindung unter antibiotische Therapie durch Sectio caesarea, falls keine schnelle Geburt zu erwarten ist.

Kein Anhalt für AIS: → aktive Beendigung der Schwangerschaft nach 12–24 h (wenn kein spontaner Wehenbeginn).

5.2 Antibiotische Therapie

34+0 bis 37+0 SSW: generell.

> 37+0: nicht generell.

5.3 Lungenreifeinduktion

keine Lungenreifeinduktion.

5.4 Tokolyse

Keine Tokolyse.

Konsensusverfahren der Leitlinie „Vorzeitiger Blasensprung“

Autoren

Prof. Dr. med. habil. K. Friese
Dr. A. Gingelmaier
Dr. I. Mylonas

1. Frauenklinik – Klinik am Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
Maistraße 11
80337 München

Teilnehmerliste des Konsensustreffens Leitlinie „Vorzeitiger Blasensprung“

Prof. Dr. O. Dammann
Neonatologie
der Medizinischen Hochschule
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. J.W. Dudenhausen
Charité
Universitätsklinik für Geburtsmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Priv.-Doz. Dr. M. Gonser
Dr. Horst-Schmidt-Kliniken
Klinik f. Geburtshilfe und
Pränatalmedizin
Ludwig-Erhard-Straße 100
65199 Wiesbaden

Dr. med. Hollwitz
Medizinische Hochschule, Gynäkologie
Carl-Neuberg-Straße
30659 Hannover

Prof. Dr. U. B. Hoyme
HELIOS Klinikum
Klinik f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gorkistraße 6
99084 Erfurt

Prof. Dr. J. Martius
Ärztlicher Direktor
Krankenhaus Agatharied
St.-Agatha-Straße 1
83734 Agatharied/Hausham

Prof. Dr. V. Kagsch
Allg. Krankenhaus Altona
Abt. f. Gebh. u. Gynäkologie
Paul-Ehrlich-Str. 1
22763 Hamburg

Prof. Dr. K.T.M. Schneider
Leiter d. Abt. f. Perinatalmedizin
Klinikum r.d.Isar d. TU
Ismaninger Straße 22
81675 München

Prof. Dr. K. Vetter
Klinik für Geburtsmedizin
Vivantes Klinikum Neukölln
Mariendorfer Weg 28
12051 Berlin

Prof. Dr. med. I. Wachter
Winterthurer Straße 3–5
81476 München

Prof. Dr. Weigel
Leopoldina-Krankenhaus
Frauenklinik
Gustav-Adolf-Str. 8
97422 Schweinfurt

Prof. Dr. E.R. Weissenbacher
Frauenklinik der LMU
Klinikum Großhadern
Marchioninstr. 15
81377 München

PD Dr. O. Genzel
Dr. A. Gengelmaier
Prof. Dr. F. Kainer
PD Dr. I. Mylonas
I. Universitätsfrauenklinik

76.09.2015
© DGGG 2015

3.4.4 Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

Maistraße 11
80337 München

Die AGII und die AGMFEM wurde durch Teilnahme am Konsensusmeeting an der Erstellung der Leitlinie beteiligt. Die Leitlinie wurde zusätzlich auf einer Tagung der AGMFEM durch ihren Vorsitzenden, PD Dr. M. Gonser, vorgestellt und diskutiert.

Leitlinie angenommen durch den DGGG-Vorstand: Mai 2006.

Gültigkeit bestätigt
Mai 2008, Juni 2010

© DGGG 2010

Abgelaufen © DGGG 2015