

Empfehlungen zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung

Ziel:

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

Gruppeneinteilung

Gruppe I: < 20+0 SSW

Gruppe II: ≥ 20+0 - < 24+0 SSW

Gruppe III: ≥ 24+0 - < 34+0 SSW

Gruppe IV: ≥ 34+0 SSW

Allgemeine Maßnahmen

- Patientinnen der Gruppe II und III sollen in ein Perinatalzentrum verlegt werden. Ausnahme: mütterliche Gefährdung
- Objektivierung des Blasensprunges durch Spekulumeinstellung, wobei in ca. 90% eine klinische Diagnose möglich ist.
- Ausschluß eines Amnioninfektionssyndroms (AIS). Die Zeichen sind keine Frühzeichen, sondern Parameter einer manifesten Infektion.
 - Temperaturerhöhung ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
 - mütterliche Tachykardie (≥ 100 Spm)
 - fetale Tachykardie (≥ 150 Spm)
 - druckschmerzhafter Uterus
 - zunehmende Wehentätigkeit
 - übel riechendes Fruchtwasser
 - Leukozytose ($\geq 15.000/\mu\text{l}$)
 - 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.
- 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 Neugeborenenseptikämie 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 4 Stunden bis zur Geburt. Alternativ können Ampicillin oder Cefazolin zu Anwendung kommen.
- 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 mikrobiologischer 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 48h) 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 unter der Geburt kommt, wenn bei einer vorausgegangen Geburt eine Neugeborenensepsis durch GBS aufgetreten ist, wenn eine GBS-Bakteriurie in dieser Schwangerschaft nachweisbar war, wenn ein präpartales 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.
- 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.
- Der Vorteil einer Tokolyse über zu mindest 48h 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.

Gruppe I (< 20+0 SSW)

Vorgehen

- Kein Anhalt für AIS:
 - Abwarten unter Bettruhe nach Absprache mit der Schwangeren möglich,
 - CRP-Kontrollen alle 6 bis 24h,
 - 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

Antibiotische Therapie

- keine ausreichenden Daten verfügbar

Lungenreifeinduktion

- keine

Tokolyse

- keine

Gruppe II ($\geq 20+0$ bis $< 24+0$ SSW)

Vorgehen

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

Antibiotische Therapie

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

Lungenreifeinduktion

- grundsätzlich keine, vereinzelte Arbeiten zeigen einen Vorteil ab 23+0 SSW

Tokolyse

- unzureichende Datenlage

Sonderfall:

manifestes AIS $\geq 23+0$ SSW: → Entbindung anstreben

Gruppe III ($\geq 24+0$ - $< 34+0$ SSW)

Vorgehen

- Manifestes AIS:
 - zügige Entbindung unter antibiotischer Therapie
- Kein Anhalt für AIS:
 - Abwarten unter Bettruhe, Antibiotikagabe, Tokolyse und Lungenreifeinduktion
 - CRP-Kontrollen alle 6 bis 24h,
 - CTG (£ alle 12h),
 - regelmässiger Ultraschall/Doppler
 - bei Erreichen von 34+0 SSW Vorgehen wie in Gruppe IV

Antibiotische Therapie

- ja

Lungenreifeinduktion

- ja
- nicht bei AIS

Tokolyse

- ja
Ziel: bis Abschluß der Lungenreifeinduktion
Dauer: zu mindest 48h
- nicht bei AIS

Gruppe IV ($\geq 34+0$ SSW)

Vorgehen

- Manifestes AIS:
 - zügige Entbindung unter antibiotische Therapie durch Sectio cesarea, falls keine schnelle Geburt zu erwarten ist
- Kein Anhalt für AIS:
 - aktive Beendigung der Schwangerschaft nach 12-24h (wenn kein spontaner Wehenbeginn)

Antibiotische Therapie

- 34+0 bis 37+0 SSW: generell
- $> 37+0$: nicht generell

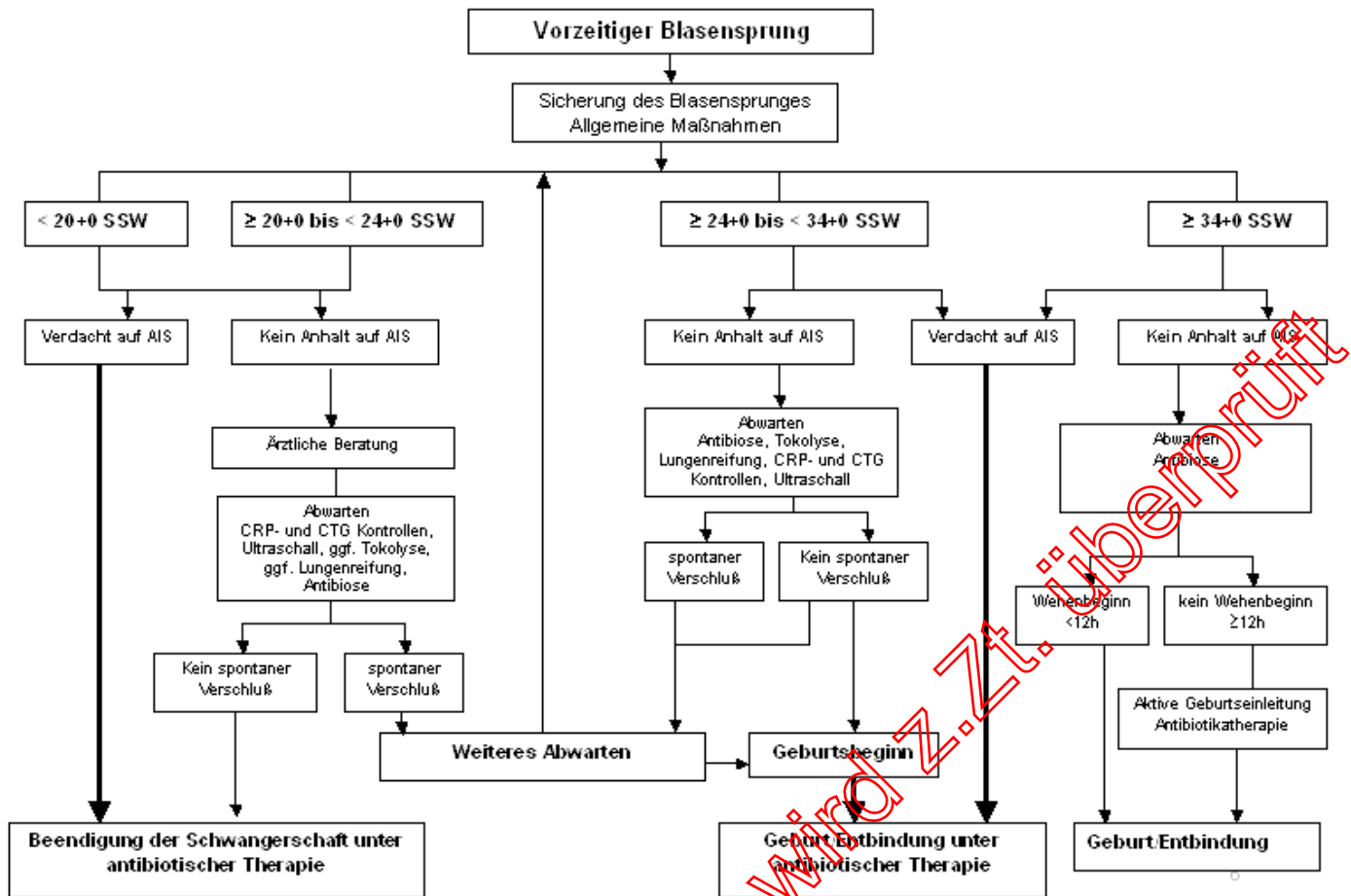
Lungenreifeinduktion

- keine

Tokolyse

- keine

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft



Verfahren zur Konsensbildung:

Diese Empfehlungen wurden 2001 erarbeitet von:

PD Dr. V. Ragosch (federführend)
 Prof. Dr. W. Dudenhausen
 Prof. Dr. L. Grauel
 Prof. Dr. K.T.M. Schneider
 Prof. Dr. K. Vetter
 Prof. Dr. H. Weitzel

Für die Leitlinienkommission der DGOG:

Prof. Dr. K.T.M. Schneider
 Prof. Dr. D. Berg
 Dr. iur. R. Ratzel

Überarbeitung 2006:

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

1. Frauenklinik - Klinikum Innenstadt
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Maistrasse 11
 80337 München
 Tel: (089) 5160-4111

Erstellungsdatum:

08/2001

Letzte Überarbeitung:

06/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k.A.

Zurück zum [Index Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 06/2006

© **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 28.08.2006; 10:52:04

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft