

Erstelldatum: 11.03.2019		1931 Geburtshilfe		Nr. 1931144/1		Seite 1 von 2	
PROM				Kantonsspital Aarau 			
Verfasser:	Sükrü Arioglu	Genehmigt am:	11.03.2019	Ersetzt Versionen:			
Anlaufstelle:	Sükrü Arioglu	Genehmigt durch:	M. Todesco				
Telefon:	9581	Gültig ab:	11.03.2019				
E-Mail:	suekrue.arioglu@ksa.ch	Gültig bis:	10.03.2022				

Definition:

Vorzeitiger Blasensprung: Blasensprung > 1h vor Einsetzen der Wehen nach 37 0/7 (PROM: premature rupture of membranes)

Inzidenz: ca. 8 %

Diagnostik:

- Abstrich nur bei klinischen Hinweisen für Infekt: Fieber, Dysurie, tachykardes CTG, etc.
- Bei eindeutigem vorzeitigem Blasensprung keine SpekulumEinstellung.
- Falls SBS nicht sicher, dann SpekulumEinstellung (Steriles Spekulum) mit Provokationstest, pH, Amnisure-Test, sowie abdominaler US. Evt. Spazieren mit vorgelegter Binde. Die Diagnose muss gesichert werden, da davon abhängt, ob die Geburt in der Folge eingeleitet wird oder nicht, oder ob die Frau allenfalls wieder nach Hause geht.

Weiteres Procedere:

CTG normokard und unauffällig + kein Fieber => exspektatives Vorgehen

Ambulantes Management

- Wunsch der Frau nach ambulantem Management
- Unauffällige SS-Kontrolle, Temperatur im Normbereich
- Unauffälliges Infektlabor
- keine geburtshilfliche Risikofaktoren (BEL, Strepto B-Trägerstatus, schlecht eingestellter Gestationsdiabetes, Zeichen der Präeklampsie, schwangerschafts-induzierte Hypertonie, St.n. Sectio etc.)
- Es soll auf die Bedürfnisse der Patientin eingegangen werden, die Patientinnen sollen nicht aktiv gedrängt werden das Spital wieder zu verlassen. Ob eine Patientin mit vorzeitigem Blasensprung wieder nach Hause entlassen wird, soll zwischen dem Dienstarzt und der betreuenden Hebamme abgesprochen werden, der Dienstoberarzt muss immer informiert werden.
- Die Patientinnen sollen darauf aufmerksam gemacht werden, dass beim Auftreten von Kontraktionen, Unwohlsein, Fieber, Blutung oder sonstigen Beschwerden die Geburtenabteilung möglichst bald wieder aufgesucht werden muss. Wiedervorstellung der Patientin nach 12 h, spätestens am nachfolgenden Tag um 9 h in der Geburtenabteilung. Wiederholung des Infektlabors und Schwangerschaftskontrolle inkl. Temperaturkontrolle und CTG
- **Vaginale Untersuchungen sollten möglichst vermieden werden.**
- Indikation zur Einleitung durch den OA je nach Resultate der Kontrolle.

Stationäres Management:

- Infektlabor (Status 1 und CRP) 12 h nach SBS
- Temperaturkontrolle 3x täglich
- CTG-Kontrolle 3x täglich

Bei Frauen ohne Anhalt für ein Amnioninfektionsyndrom kann mit der aktiven Einleitung 24 - 32 h abgewartet werden, sofern die Befunde bei den 12-stündigen Kontrollen unverändert bleiben,

PROM



Bei positivem Strepto B-Trägerstatus soll immer die stationäre Aufnahme erfolgen und eine Antibiotika-Prophylaxe gemäss Richtlinie (LINK: [Strep B](#)) verabreicht werden.

Bei Leukozyten über 15 G/l:

- Hospitalisation
- Einleitung der Geburt
- Kontrolle der Infektlaborparameter alle 6 Stunden. Bei Progredienz Antibiose zur Infektionsprophylaxe auch bei B Streptokokken negativen Frauen indiziert (Amoxicillin und Clavulansäure 1.2g in Kl alle 8 Std).
- der Zeitabstand der Laborkontrollen kann je nach Klinik und Laborverlauf auf 12-24 Std. ausgedehnt werden.

Diagnose: Verdacht auf AIS: (4)

- Maternales Fieber über 39°C der 2 malig zwischen 38°C und 39°C gemessen mit einem Abstand von 30 Minuten ohne erkennbaren Grund
- + **Zusätzlich eins der unten aufgeführten Parameter**
- Fetale Tachykardie im CTG (über 160 Spm und länger als 10 Minuten anhaltend)
- Maternale Leukozytenzahl über 15 G/l (bei V.a. AIS/ Fieber sonst erst nach 12 h)
- Purulenter Ausfluss aus der Cervix bei SpekulumEinstellung

Diagnose eines AIS: (4)

- Alle der oben genannten Symptome und zusätzlich ein histologischer Nachweis einer Infektion (Plazenta/Eihaut/Nabenschlaggefässe)

Peripartales Management:

- Besteht ein dringender V.a. ein akutes Amnioninfektionssyndrom ist eine Antibiotikatherapie einzuleiten. Ist die Geburt in den nächsten Stunden (3-5 Stunden) nicht zu erwarten ist die Sectio mit der Frau zu diskutieren.
- Für den Nutzen einer Sectio bei AIS gibt es keine Evidenz, sodass die Indikation vorrangig geburtshilflich bleiben sollte (6,7).
- Bei Fieber unter der Geburt ist eine Therapie mit Paracetamol indiziert(8).
- Die Kinderklinik sollte bei einem Verdacht auf AIS zum Ausschluss einer Infektion des Kindes bzw. für die Kontrolle informiert werden da 40% aller neonatalen Sepsis-Erkrankungen AIS bedingt sind (8).
- Die Antibiotikatherapie sollte je nach postpartaler Situation der Mutter und den Laborparametern erneut überdacht werden.

1. Ambulant Management in Case of Premature Rupture of Membranes (PROM) at Term: Maternal and Perinatal Outcome 2016 Oct;220(5):215-220. Epub 2016 Oct 13. Vetter G et al
2. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: Summary of a workshop. Higgins RD, et al.Obstet Gynecol 2016; 127:426.
3. Intraamniotic infection (chorioamnionitis) Author Alan Thevenet et al : up to Date 2016)
4. Acute chorioamnionitis,Gilstrap LC 3rd, Cox SM,Obstet Gynecol Clin North Am. 1989;16(2):373.
5. The Maternal-Fetal Medicine Units cesarean registry: chorioamnionitis at term and its duration-relationship to outcomes. Rouse DJ et al National Institute of Child Health And Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network,Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):211.
6. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis,Tita AT, et al. 2010 Jun;37(2):339-54.Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Alabama at Birmingham,.
7. Limited course of antibiotic treatment for chorioamnionitis,Black LP et al ,Obstet Gynecol. 2012;119(6):1102,Department of Obstetrics and Gynecology, University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL, USA.
8. Maternal Serum C-Reactive Protein in Women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes. Stepan M, et al . 2016 Mar 4;11(3):