



## Lebensbedrohliche Notfälle während der Geburt und im Wochenbett

*Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich*

*Direktor der Kliniken für Geburtsmedizin – CCM und CVK Charité Berlin*

Herzversagen und Krampfanfälle, schwere Blutungen und Infektionen – Notfälle während der Geburt können nicht nur das Baby treffen, sondern auch seine Mutter. „Vor allem wenn mehrere Risikofaktoren unter der Geburt zusammentreffen, kann das zu einer Eskalation führen, die das Leben der Mutter bedroht“, so Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich von der Charité Berlin. In vielen Fällen kann man die Gefährdung vorausahnen, in anderen entwickelt sich der Notfall unerwartet. In jedem Fall kann nur sofortiges ärztliches Eingreifen, oft in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Disziplinen, die Gefahr abwenden. Notfälle während der Geburt sind ein wichtiges Thema auf dem 26. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin.

### Thrombose und Embolie

Zu den häufigsten lebensbedrohlichen Komplikation unter der Geburt und im Wochenbett gehören Thrombosen und Embolien: Sie treten mit einer Häufigkeit von 1:1.000 auf, nach Kaiserschnitten häufiger. Besonders gefährdet sind Schwangere nach einer Kinderwunschbehandlung, bei erhöhter Gerinnungsneigung oder bei Thrombose-Erkrankungen in der Familie, zudem übergewichtige Bluthochdruckpatientinnen, bettlägerige Schwangere mit vorzeitigen Wehen, Mehrlingsschwangere sowie Patientinnen mit einer Placenta praevia (eine Plazenta, die vor dem Muttermund liegt) oder einer vorzeitigen Plazentalösung. Wird eine Thrombose frühzeitig entdeckt, so kann eine lebensbedrohliche Embolie, ein Einschweben von Blutgerinnseln in die Lunge, meist verhindert werden: Eine Lungenembolie kann zu einem Herzversagen führen und fatal enden. Alarmsignal für die Thrombose ist das geschwollene, schmerzhafte Bein; Alarmsignal für die Embolie ist die Atemnot mit und ohne Blaufärbung der Lippen nach der Geburt oder im Wochenbett.

### Blutungen

Zu den häufigsten lebensgefährlichen Situationen gehören schwere Blutungen: Normalerweise löst sich die Plazenta innerhalb der ersten 30 Minuten nach Geburt des Kindes als Nachgeburt leicht von der Wand der Gebärmutter. Die Gebärmutter zieht sich in den Nachwehen zusammen und die Blutgefäße schließen sich. In manchen Fällen treten jedoch nach der Ablösung der Plazenta erhebliche Blutungen auf, wenn sich der überdehnte Gebärmuttermuskel nach einer langen Geburt nicht regelrecht zusammenzieht (Uterusatonie). Das Risiko für derartige Blutungen wird zusätzlich erhöht durch Zwillingsgeburten, durch ein sehr großes Kind, sehr

## 26. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin

ICC Berlin • 5.-7. 12.2013

### Kongresspräsident:

Prof. Dr. med. Klaus Vetter

### Pressekonferenz:

Montag, 2. 12. 2013  
14.00 bis 15.30  
MCI Konferenzraum  
Markgrafenstr. 56  
10117 Berlin

### Pressebetreuung:

Do., 5.12.2013, 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr  
Fr., 6.12.2013, 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr

### Pressekontakt:

Dr. med. Susanna Kramarz  
Oldenburgallee 60  
14052 Berlin  
Tel: 030 – 308 123 11  
Fax: 030 – 818 786 18  
[perinatalkongress2013@texte-fuer-medien.de](mailto:perinatalkongress2013@texte-fuer-medien.de)

viel Fruchtwasser oder beim Vorliegen von angeborenen Gerinnungsstörungen oder Myomen. Auch wenn an der Gebärmutter Voroperationen erfolgt sind und die Plazenta in der Gebärmutterhöhle an der alten Narbe festgewachsen ist, kann es durch die verzögerte oder unvollständige Plazentalösung und Plazentageburt zu massiven Blutungen kommen. Auch frühere Kaiserschnitte erhöhen deshalb das Risiko. Bei länger bestehender Blutung kann das Blut seine Fähigkeit zur Blutgerinnung verlieren, so dass sich ein gefürchteter Teufelskreis mit immer größeren Blutverlusten entwickelt. Mit flüssigkeitsgefüllten Druckballons, die in der Gebärmutterhöhle platziert werden, und mit Nähten, die den Gebärmuttermuskel verkleinern, kann die Blutung oft mechanisch zum Stillstand gebracht werden. Hocheffektive Medikamente zur Kontraktion der Gebärmutter und der konsequente Ersatz von Blut, Plasma und Gerinnungsfaktoren unterstützen die Maßnahmen. Diese komplexe Behandlung gelingt nur interdisziplinär in trainierter Zusammenarbeit mit Anästhesisten und Gerinnungsspezialisten. „Manchmal bleibt trotz Ausschöpfen aller Maßnahmen nur eine einzige Möglichkeit, um das Leben der Mutter zu retten“, so Henrich, „nämlich die Entfernung der Gebärmutter.“

### **Blutdruck-Krisen und Gestosen**

Schwangerschaftsbedingte Krampfanfälle mit und ohne Bluthochdruckkrisen, Schlaganfall und sehr selten Herzinfarkt und Einreißen der Hauptschlagader sind die besonderen Gefahren für Frauen mit einer Gestose. Diese Komplikationen drohen vor allem dann, wenn es nicht gelungen ist, diese Krankheit während der Schwangerschaft effektiv zu behandeln bzw. die Schwangerschaft zum richtigen Zeitpunkt durch eine Geburtseinleitung oder einengeplanten Kaiserschnitt zu beenden. Glücklicherweise verschwinden die lebensbedrohlichen Symptome meist, wenn die Geburt erfolgt ist..

### **Sepsis**

Falls während oder nach der Geburt Bakterien in die Blutbahn der Mutter eintreten, so kann sich daraus ein gefürchtetes Wochenbettfieber entwickeln. Wenn es sich um eine Infektion mit den hochgefährlichen Streptokokken vom Typ A handelt so führt eine solche Infektion über eine Sepsis oder das so genannte „Toxic shock Syndrom“ noch heute in jedem zweiten Fall trotz bester intensivmedizinischer Behandlung zum Tod. Deshalb muss jede Temperaturerhöhung im Wochenbett mit größter Wachsamkeit abgeklärt werden. Richtungsweisend ist für die Ärztinnen und Ärzte die Frage, ob es eine Streptokokkeninfektion in der Familie gab oder gibt, z. B. Mandelentzündung oder Scharlach. Die ersten Krankheitszeichen sind Gliederschmerzen und Abgeschlagenheit; auffällig sind hohe Infektionsparameter im Serum (C-reaktives Protein) und ein niedriger Blutdruck.

## **Fruchtwasser-Embolie**

Gefürchtet ist auch das Eindringen von Fruchtwasser in die Blutbahn der Mutter, das schlagartig eine sogenannte Fruchtwasser-Embolie auslösen kann. Hier kommt es durch eine plötzliche Blutgerinnung und den Verschluss kleinster Blutgefäße in der Lunge zum Bluthochdruck in der Lunge, zum Herzversagen und Kreislaufzusammenbruch. Durch den Verbrauch der Gerinnungsfaktoren setzen schnell massive Blutungen ein. Die Fruchtwasserembolie tritt bei etwa einer unter 15.000 Geburten auf. Das Risiko ist erhöht nach operativen geburtshilflichen Eingriffen wie Kaiserschnitten, Kürettagen oder vaginal-operativen Eingriffen.

## **Herzkrankheiten**

Frauen mit angeborenen oder erworbenen Herzfehlern oder -krankheiten oder nach früheren Herzoperationen sind während der Geburt besonders gefährdet. Sie sollten ihre Entbindung nur in Kliniken mit angeschlossener Kardiologie und Intensivmedizin planen. In enger Kooperation mit den Kardiologen müssen der richtige Zeitpunkt und der geeignete Entbindungsmodus individuell festgelegt werden. In die interdisziplinäre Betreuung werden Anästhesisten eingebunden. Eine schmerz- und stressreduzierende regionale Betäubung ist die empfohlene Narkoseform für natürliche Geburten oder einen evtl. medizinisch begründeten Kaiserschnitt . „Auch wenn wir in Deutschland in vielen Kliniken einen sehr guten Ausbildungsstand und eine sehr gute apparative Ausstattung vorhalten, dürfte es nur durch eine Zentralisierung der Geburtshilfe und nachhaltige intensive ärztliche und Hebammenausbildung erreichbar sein, die Zahl der Sterbefälle von Müttern während der Geburt und in der Wochenbettperiode weiter zu verringern. Manche lebensbedrohlichen Notfälle sind selten, nicht vorhersehbar und nur mit größter Anstrengung interdisziplinär mit entsprechender Erfahrung und einem ausreichend großen Team beherrschbar“, so Henrich. „Das rechtzeitige Erkennen der Risiken hilft weiter, weil man sich im Krankenhaus auf die Situation einstellen kann. Wir appellieren deshalb auch an die betreuenden Frauenärztinnen und -ärzte und die Schwangeren, während der Schwangerschaft aufmerksam gegenüber den Besonderheiten der Vorgeschichte und gegenüber aktuellen Befunden und Risiken zu sein und sich rechtzeitig in der Geburtsklinik vorzustellen.“ .

© DGPM 2013

Ihr Ansprechpartner:

*Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich, Direktor der Kliniken für Geburtsmedizin – Charité, Campus Virchow Klinikum, Campus Mitte, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.*