Start des DIVI-Registers „Die Schwangere und postpartale Patientin auf der Intensivstation“

T. Standl

Schlüsselwörter
DIVI – Register – Schwangere – Peripartal – Intensivmedizin

Die Mitglieder der interdisziplinären Sektion Schock der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) haben sich in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema **„Die schwangere und postpartale Patientin auf der Intensivstation“** beschäftigt. Die Tatsache, dass dieses medizinisch relevante Thema in der deutschsprachigen Fachliteratur bisher kaum Erwähnung findet, war die Rationale für dieses Projekt. Die Sektion Schock hat 22 Mitglieder, die sich aus den Fächern Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Neurochirurgie und Neurologie sowie Gynäkologie rekrutieren. In Ermangelung deutschsprachiger Fachartikel wurden zunächst internationale Publikationen ausgewertet, die einen durchschnittlichen Richtwert von etwa 0,5 % aller Schwangeren oder postpartalen Patientinnen errechnen lassen, die aus unterschiedlichen Ursachen intensivmedizinisch überwacht oder therapiert werden müssen [1–4]. Für Deutschland lässt sich mit diesem prozentualen Anteil eine Zahl von rund 4.500 schwangeren oder postpartalen Patientinnen ableiten, die auf eine Intensivstation aufgenommen werden müssten. Grundlage für diese Berechnung sind Zahlen des Statistischen Bundesamtes für 2021: 795.492 Lebendgeborene, 3.420 Totgeborene sowie um die 100.000 erfasste Schwangerschaftsabbrüche, in Summe überschlagen knapp 900.000 schwangere Frauen per anno.

Das Register soll neben der möglichst exakten Erfassung der Inzidenz von intensivmedizinischen Behandlungen von Schwangeren und postpartalen Patientinnen bis zum einschließlich 3. Tag nach der Geburt dienen, gleichzeitig aber auch die Ursachen für die intensivmedizinische Behandlung erfassen. In der internationalen Literatur sind dies vor allem Schwangerschafts-assoziierte Erkrankungen und Komplikationen wie die peripartale Hämorrhagie, Eklampsie, das HELLP-Syndrom oder eine Fruchtwasserembolie [2,3]. In zunehmendem Maße zeigen sich aber auch dekompensierte Komorbiditäten wie Herzklappenvitien, Kardiomyopathie und pulmonale Hypertension, Niereninsuffizienz, metabolische Erkrankungen sowie akute Erkrankungen, bei denen insbesondere Infektionskrankheiten zunehmen (Sepsis, Endokarditis, Influenza, SARS-CoV-2 u. ä.) [1,5–10]. Chirurgische Notfälle, Traumata unterschiedlicher Ursachen und Intensität sowie neurologische Erkrankungen können eine Schwangere ebenso betreffen wie Intoxikationen [11, 12].

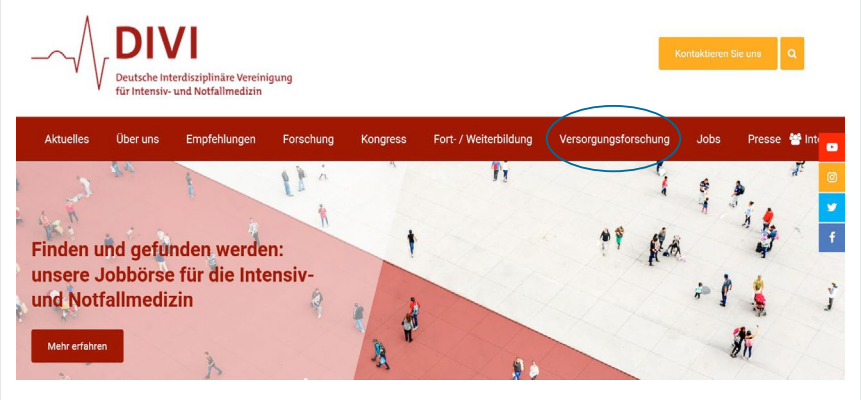
Schließlich soll das Outcome von Mutter und Kind(ern) am Ende der intensivmedizinischen Behandlung durch das Register erfasst werden. Neben der Dokumentation des Status quo in unserem Land soll das Register auch für das Thema an sich sensibilisieren. Denn gerade aufgrund der nicht ganz alltäglichen Situation einer schwangeren Patientin auf der Intensivstation treten hier einige Besonderheiten auf, die durch die

(patho-)physiologischen Veränderungen der Schwangerschaft und die Tatsache von immer mindestens zwei Patienten (Mutter und Kind, bzw. Kindern) geprägt ist. Eine bisweilen fehlende Anamnese (z. B. wegen Sprachschwierigkeiten), ein akutes und nicht selten auch lebensbedrohliches Krankheitsbild, Zeitdruck und ungünstige Einsatzzeiten (nachts oder feiertags) sowie eine teilweise nur eingeschränkt mögliche Diagnostik (z. B. CT), die Notwendigkeit einer interdisziplinären Vorgehensweise und die für dieses Setting nicht selten fehlende Routine machen die intensivmedizinische Behandlung der Schwangeren zu einer besonderen Herausforderung [13].

Das DIVI-Schwangeren-Intensivregister ist seit dem 01.12.2022 über die Homepage der DIVI freigeschaltet (Abb. 1). Unter der Rubrik „Versorgungsforschung", wo sich auch das Corona-Register (DIVI-Intensivregister) befindet, kommt man nach Anklicken des Begriffs „Schwangerenregister" auf die erste Seite des Registers, auf der man sich einloggen muss (Abb. 2). Das Einloggen mit Namen und Passwort wird von der DIVI-Geschäftsstelle freigeschaltet, man erhält hierüber zeitnah eine Nachricht per E-Mail. Auf der nächsten Seite beginnt der anonymisierte Eingabevorgang. Es sind in Abhängigkeit vom Krankheitsbild – zwischen 25 und 35 Fragen zu beantworten, in der Regel durch einfaches Anklicken. Auf der letzten Seite mit den Fragen nach dem Outcome von Mutter und Kind(ern) werden die Daten über den Button „Senden" in das Register eingegeben und der Vorgang ist beendet. Da das Outcome von Mutter und Kind(ern) erfasst werden soll, macht die Eingabe in das Register erst nach Beendigung des Intensivaufenthalts der Mutter Sinn.

Die DIVI ist für ein derartiges fachübergreifendes Register sicherlich aufgrund ihrer Interdisziplinarität und auch der medizinischen Schwerpunkte Intensiv- und Notfallmedizin ein gut geeignetes Forum. Anästhesistinnen und Anästhesisten machen bekanntlich nach wie vor einen Großteil der aktiven Mitglieder der DIVI aus. Ebenso leiten unsere Fachkolleg:innen viele anästhesiologisch-operativen und interdisziplinären Intensivstationen in unserem Land. Deshalb bitten wir alle **Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner unserer Fachgesellschaften DGAI und BDA** um ihre aktive Unterstützung. Nur mit Ihrer Kooperation und Ihrem Engagement kann das Register den erwünschten Erfolg erzielen. Breits jetzt möchten wir Ihnen für Ihr Interesse und Ihre aktive Mitarbeit ganz herzlich danken.

Abbildung 1



Verortung des Schwangerenregisters auf der Webseite der DIVI.

Abbildung 2

Log-in in das DIVI-Schwangerenregister.

Literatur

1. Zieleskiewicz L, Chantry A, Duclos G, Bourgoin A, et al: Intensive care and pregnancy: Epidemiology and general principles of management of obstetrics ICU patients during pregnancy. Anaesth Crit Care Pain Med 2016;35 Suppl 1: 51–57
2. Pollock W, Louise Rose, Cindy-Lee Dennis: Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. Intensive Care Med 2010;36:1465–1474
3. Paxton JL, Presneill J, Aitken L: Characteristics of obstetric patients referred to intensive care in an Australian tertiary hospital. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2014;54:445–449
4. Aoyama K, Pinto R, Ray JG, Hill AD, et al: Variability in intensive care unit admission among pregnant and postpartum women in Canada: a nationwide population-based observational study. Crit Care 2019;23:381

5. Thakur M, Gonik B, Gill N, Awonuga AO, et al: Intensive care admissions in pregnancy: Analysis of a level of support scoring system. Matern Child Health J 2016;20:106–113
6. Small MJ, James AH, Kershaw T, Thames B, et al: Near-miss maternal mortality: cardiac dysfunction as the principal cause of obstetric intensive care unit admissions. Obstet Gynecol 2012;119:250–255
7. Louie JK, Salibay CJ, Kang M, Glenn-Finer RE, et al: Pregnancy and severe influenza infection in the 2013–2014 influenza season. Obstet Gynecol 2015;125:184–192
8. Kalafat E, Prasad S, Birol P, Tekin AB, et al: An internally validated prediction model for critical COVID-19 infection and intensive care unit admission in symptomatic pregnant women. Am J Obstet Gynecol 2022;226:403.e1–403
9. Bauer M, Housey M, Bauer ST, Behrmann S, et al: Risk factors, etiologies, and screening tools for sepsis in pregnant women: A multicenter case-control study. Anesth Analg 2019;129:1613–1620
10. Bauer ME, Bauer ST, Rajala B, MacEachern MP, et al: Maternal physiologic parameters in relationship to systemic inflammatory response syndrome criteria: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2014;124:535–541
11. Bateman BT, Olbrecht VA, Berman MF, Minehart RD, et al: Peripartum subarachnoid hemorrhage: nationwide data and institutional experience. Anesthesiology 2012;116:324–333
12. Juhasz-Böss I, Solomayer E, Strik M, Raspé C: Abdominal surgery in pregnancy – an interdisciplinary challenge. Dtsch Arztebl Int 2014;111:465–472
13. Guntupalli KK, Hall N, Karnad DR, Bandi V, Belfort M, et al: Critical illness in pregnancy: part I: an approach to a pregnant patient in the ICU and common obstetric disorders. Chest 2015;148:1093–1104.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Standl, MHBA

Klinik für Anästhesie, Operative Intensiv- u. Palliativmedizin
Städtisches Klinikum Solingen gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Gotenstraße 1
42653 Solingen, Deutschland

Tel.: 0212 547-2600
Fax: 0212 547-2234

E-Mail: standl@klinikumsolingen.de

ORCID-ID: 0000-0002-0863-5559