Neues und praktisch Relevantes aus der Geburts-hilfe und Pränatalmedizin

Weltkongresse 2025

Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

PD Dr. Anda Petronela Radan

UNIVERSITÄT BERN

Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Universitäts-Frauenklinik

Agenda

Weltkongresse 2025
Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert

- RSV-Prävention 2025: Maternale Impfung und monoklonale Antikörper im Fokus
- CMV Screening 2025: NIPT als `Gamechanger` und neue Leitlinien für die Praxis
- Atosiban unter der Lupe: Zeit für ein Umdenken?
- Kurze Cervix, klare Evidenz: Was die IPD-Metaanalyse 2025 zeigt
- Time matters: Infektionsrisiko bei Blasensprung > 12 Stunden

RSV-Prävention 2025: Maternale Impfung und monoklonale Antikörper im Fokus

Efficacy, Safety, and Immunogenicity of the MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) Maternal Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine Trial

Simões et al, Obstet Gynecol, 2025 Feb 1;145(2):157-167. doi: 10.1097/AOG.0000000000005816.

Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants

Hammitt et al, N Engl J Med, 2022 Mar 3;386(9):837-846. doi: 10.1056/NEJMoa2110275.

Überfüllte Kinderspitäler

Noch nie waren so viele Kinder mit RSV-Infektionen im Spital

Nicht wegen Corona oder Grippe, sondern wegen RSV-Infektionen sind die Kinderkliniken derzeit voll. Um freie Kapazitäten zu schaffen, werden planbare chirurgische Eingriffe verschoben und Kinder auch am späten Nachmittag entlassen.

Barbara Reye
Publiziert: 17.11.2022, 21:19

117

Lange Wartezeiten über Festtage: Geduldsprobe in Kinderspitälern

Aus **Rendez-vous** vom 04.01.2024
BILD: KEYSTONE/GEORGIOS KEFALAS

News > Schweiz >

Überlasteter Kindernotfall

Spitäler und Eltern gerieten über Festtage an Belastungsgrenze

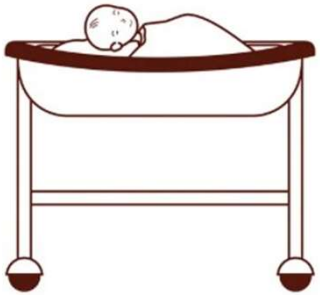
Notfälle von Spitälern sind chronisch überlastet. Über die Weihnachtstage war die Situation in Kinderspitälern prekär. Zum Beispiel auf dem Notfall des Kinderspitals Basel.

Noëmi Ackermann
Freitag, 05.01.2024, 08:49 Uhr

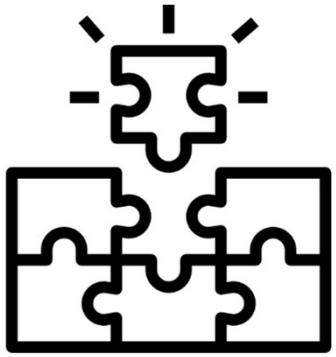
Kinderspital an seinen Grenzen: Luzern sucht verzweifelt Pflegefachkräfte

Das RSV-Virus sorgt am Kinderspital des Luzerner Kantonsspitals für Überlastung. Nun sucht das Spital Pflegefachpersonen, die kurzfristig einspringen können.

Hintergrund



- **3 Mio. Hospitalisationen** und > 100.000 Todesfälle bei Kindern < 5 Jahren (v. a. < 6 Monate)/Jahr
- In Europa: eine der **führenden Ursachen für Hospitalisationen** bei Kindern < 1 Jahr.



- Säuglinge können nicht direkt geimpft werden (Immunsystem unreif) → **Breite Schutzstrategie fehlte**

- Bewährtes Konzept: (Influenza, Pertussis) → **Antikörper-Transfer via Plazenta**
- Ziel: Schutz des Kindes in den ersten 6 Monaten

MATISSE

- **Design:** Multizentrische, doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Phase-3-Studie.
- **Population:** > 7.000 Schwangere weltweit
- **Intervention:** Einmalige intramuskuläre Impfung mit Abrysvo® zwischen 24.–36. SSW

- **Endpunkte:**

- Primär: Auftreten von **RSV-LRTI (low respiratory tract illness)** innerhalb von 90 und 180 Tagen nach Geburt.
- Sekundär: Auftreten von **schwerer RSV-LRTI (Hospitalisierung) oder jeglicher RSV-LTRI** innerhalb 360 Tagen ab Geburt, maternale und neonatale Sicherheit.

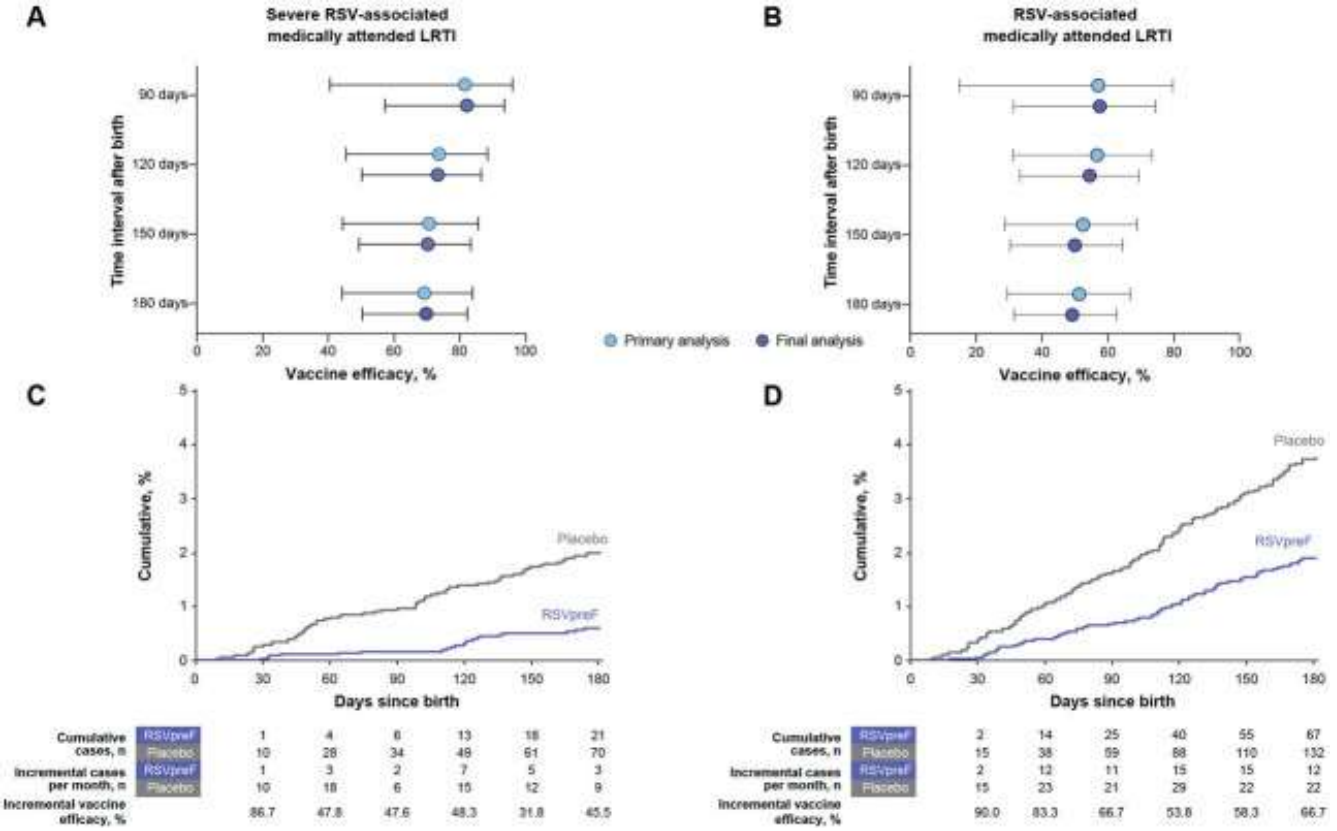
Wirksamkeit:

Time interval after birth	Primary analysis			Final analysis		
	RSVpreF (N=3495)	Placebo (N=3480)	VE (99.5% or 97.58% CI)*	RSVpreF (N=3585)	Placebo (N=3563)	VE (95% CI)
	Number of cases (%)		%	Number of cases (%)		%
Severe RSV-associated medically attended LRTI						
90 days	6 (0.2)	33 (0.9)	81.8 (40.6, 96.3)	6 (0.2)	34 (1.0)	82.4 (57.5, 93.9)
120 days	12 (0.3)	46 (1.3)	73.9 (45.6, 88.8)	13 (0.4)	49 (1.4)	73.5 (50.3, 86.8)
150 days	16 (0.5)	55 (1.6)	70.9 (44.5, 85.9)	18 (0.5)	61 (1.7)	70.5 (49.4, 83.6)
180 days	19 (0.5)	62 (1.8)	69.4 (44.3, 84.1)	21 (0.6)	70 (2.0)	70.0 (50.6, 82.5)
RSV-associated medically attended LRTI						
90 days	24 (0.7)	56 (1.6)	57.1 (14.7, 79.8)	25 (0.7)	59 (1.7)	57.6 (31.3, 74.6)
120 days	35 (1.0)	81 (2.3)	56.8 (31.2, 73.5)	40 (1.1)	88 (2.5)	54.5 (33.2, 69.5)
150 days	47 (1.3)	99 (2.8)	52.5 (28.7, 68.9)	55 (1.5)	110 (3.1)	50.0 (30.3, 64.5)
180 days	57 (1.6)	117 (3.4)	51.3 (29.4, 66.8)	67 (1.9)	132 (3.7)	49.2 (31.4, 62.8)

LRTI, lower respiratory tract illness; RSV, respiratory syncytial virus; VE, vaccine efficacy.
Data are for the evaluable efficacy population.

Ergebnisse

Wirksamkeit:



Ergebnisse

Sicherheit:

- Nebenwirkungen überwiegend lokal oder mild systemisch.

- Beobachtung: leichter **Anstieg der Frühgeburtenrate** bei Impfung < 32. SSW → Empfehlung daher: Impfung nur 32.–36. SSW.

- **Neugeborene:** Keine erhöhte Rate an unerwünschten Ereignissen im Vergleich zu Placebo.

MELODY Studie (Phase 3): Nirsevimab (Beyfortus®)

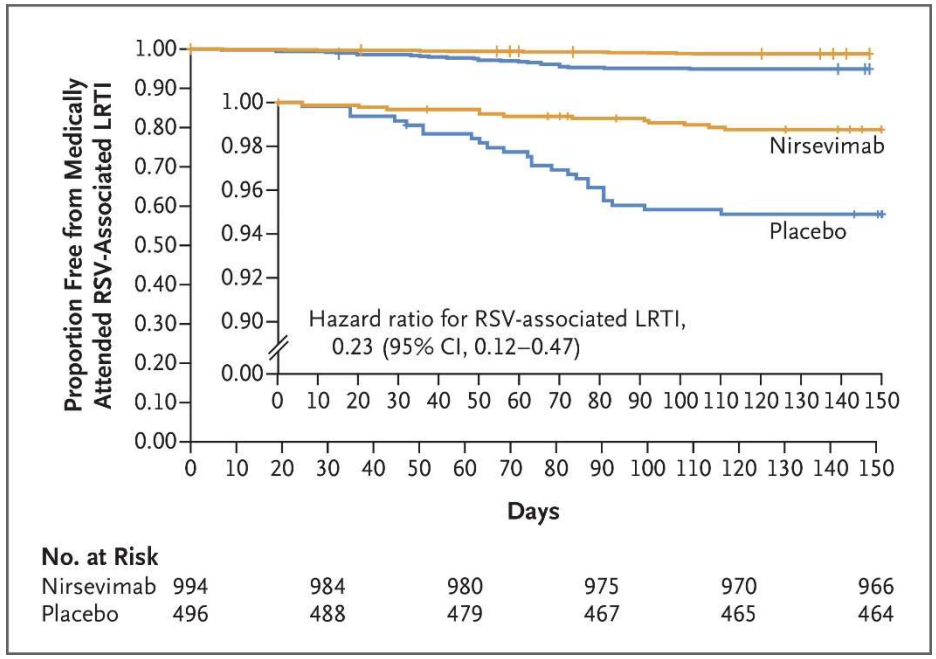
Design: randomisiert, doppelblind, Placebo-kontrolliert.

- **Population:** Gesunde späte Frühgeborene und Termingeborene (≥ 35 SSW) vor ihrer ersten RSV-Saison.
- **Intervention:** Einmalige i.m.-Injektion von Nirsevimab (50 mg bei < 5 kg, 100 mg bei ≥ 5 kg) vs. Placebo.

Endpunkte:

- **Primär:** RSV-LRTI mit medizinischer Betreuung ≤150 Tage
- **Sekundär:** RSV-Hospitalisation, schwere LRTI, Serumspiegel im Verlauf
- **Sicherheit:** Nebenwirkungen, SAE

Ergebnisse



- **74,5 % Risikoreduktion** für *RSV-bedingte LRTI mit medizinischer Versorgung* über 150 Tage (1 Saison).
- **62,1 % Risikoreduktion** für *Hospitalisationen* wegen RSV.

Sicherheit: Nebenwirkungsprofil vergleichbar mit Placebo; keine sicherheitsrelevanten Signale.

Fazit für die Praxis

Impfung/Passive Immunisierung	Empfehlung (SS) 2025	Kommerzieller Impfstoff	Hinweise	Kontraindikationen / Zusatzhinweis
COVID-19 Booster	Im 2. und 3. Trimester allen Schwangeren empfohlen	mRNA-Impfstoff (Comirnaty®, Spikevax®)		≥ 6 Monate Abstand zur letzten nachgewiesenen Covid-19 Infektion (bei Immunsuppresion 3 Monate)
Influenza	Allen Schwangeren empfohlen - ab Mitte Oktober bis zum Beginn der Grippewelle	Vaxigrip Tetra®	Kann während der gesamten SS und während 4 Wochen postpartal verabreicht werden	Standardkontraindikationen
Pertussis (dTpa)	Allen Schwangeren zwischen 27.–36. SSW empfohlen	Boostrix®/Adacel®	≥ 2.5 cm Abstand zu Abrysvo® wegen unklaren Interaktionen!	Standardkontraindikationen
RSV (Abrysvo®)	Während 32 0/7–36 0/7 SSW allen Schwangeren mit ET zwischen 01.10.25 und 31.03.2026 empfohlen	Abrysvo®	≥ 2.5 Abstand zu dTpa (Boostrix®)!	Keine Wiederholung in Folge-SS! Stattdessen passive Immunisierung (Nirsevimab) beim Säugling empfohlen.
RSV (Beyfortus®)	Kann alternativ zur Impfung beim Säugling verabreicht werden (direkt nach Geburt)	Beyfortus®	→ Bei Geburt innerhalb von 2 Wochen nach Abrysvo®: zusätzlich passive Immunisierung (direkt neonatal) → Bei Frühgeburt (auch zusätzlich zu Abrysvo®)	Standardkontraindikationen

Fazit für die Praxis

- Zwei komplementäre Strategien zur RSV-Prävention:

– *Impfung:* Schutz beginnt in der Schwangerschaft

– *Antikörper:* Schutz direkt nach Geburt

- In der Schweiz und international zeigte sich bereits im ersten Jahr der breiten Einführung eine **markante Reduktion von RSV-Hospitalisationen** bei Säuglingen.

- Erstmals flächendeckende Präventionsmöglichkeiten gegen RSV verfügbar – **klinische Implementierung wird entscheidend**.

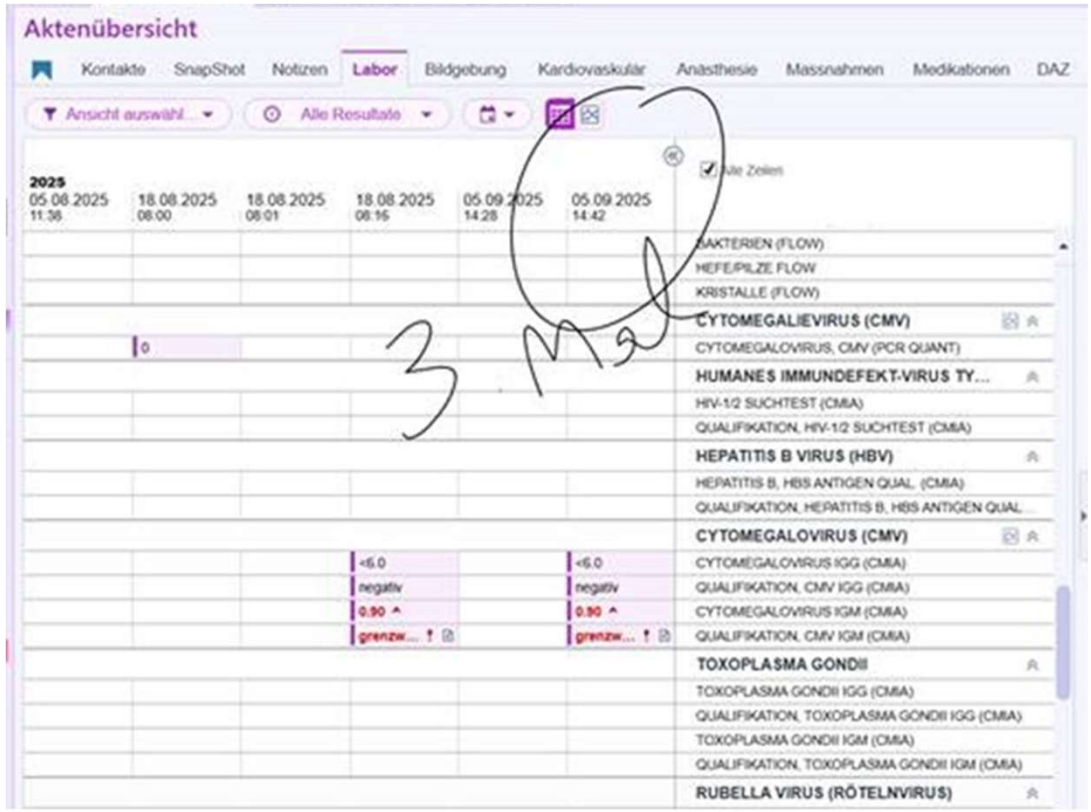
CMV Screening 2025: NIPT als `Gamechanger` und neue Leitlinien für die Praxis

Metagenomic analysis of NIPT raw data suggests high negative predictive value for congenital cytomegalovirus infection screening
Bourgon et al, Ultrasound Obstet Gynecol, 2025 May;65(5):653-655.
doi: 10.1002/uog.29221. Epub 2025 Apr 10.

Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI)
Leruez-Ville et al, Lancet Reg Health Eur, 2024 Apr 1:40:100892.
doi: 10.1016/j.lanepe.2024.100892. eCollection 2024 May.

Hintergrund

`Ich wollte dich fragen, wie wir weiter vorgehen sollen, bevor ich die Patientin informiere…`



Mütterliche Serologie für CMV Detektion im ersten Trimester: in 7-15% der Fälle schwierig zu interpretieren (IgM, IgG-Avidität, Reaktivierungen).

NIPT für CMV-Screening

- **Design:** Retrospektive Analyse von Rohdaten aus nicht-invasiven Pränataltests (NIPT).
- **Population:** Schwangere mit gleichzeitigem NIPT und dokumentiertem neonatalem CMV-Status.
- **Ansatz:** Metagenomische Sequenzanalyse der NIPT-Rohdaten zur Detektion von zirkulierender CMV-DNA.
- **Ziel:** Evaluation der diagnostischen Güte von NIPT-basiertem CMV-Screening (v. a. *negativer prädiktiver Wert*).

Ergebnisse

Table 1 Comparison of 18 cases identified with cytomegalovirus (CMV) DNA fragments on non-invasive prenatal testing (NIPT), positive neonatal CMV infection using polymerase chain reaction (PCR) or positive CMV maternal primary infection (MPI) at first-trimester serological screening

Case	*Pregnancy*	*GA at NIPT (weeks)*	*Indication for NIPT*	*Chromosomal screening*	*Interval between NIPT and serology (days)*	*Maternal CMV immune status*	*CMV viral load in maternal blood*	*CMV-NIPT*	*Secondary prevention (GA (weeks) at starting treatment)*	*CMV-PCR*		*Neonatal CMV-PCR*
										CV (GA (weeks))	*AF (GA (weeks))*	
1*	Singleton	12 + 0	Increased risk at FTS	Normal	8	Immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
2*	Singleton	12 + 4	Atypical FTS serum markers	Normal	11	Immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
3*	Singleton	13 + 1	Atypical FTS serum markers	Normal	10	Immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
4*	Singleton	14 + 0	Increased risk at FTS	Normal	12	Non-immune	Neg	Neg	No	NA	NA	Neg
5*	Singleton	13 + 5	Increased risk at FTS	Normal	12	Immune	Neg	Neg	No	NA	NA	Neg
6*	Singleton	14 + 5	Increased risk at FTS	Normal	10	Non-immune	Neg	Neg	No	NA	NA	Neg
7*	Singleton	13 + 3	Increased risk at FTS	Normal	21	PC CMV-MPI	Neg	Neg	Yes (7 + 4)	Neg (13 + 6)	Neg (17 + 0)	Neg
8*	Singleton	13 + 2	Increased risk at FTS	Normal	5	Non-immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
9*	Singleton	13 + 5	Increased risk at FTS	Normal	8	T1 CMV-MPI	Pos (NC)	Neg	Yes (13 + 6)	Neg (13 + 6)	Neg (17 + 5)	Neg
10*	Singleton	12 + 6	Increased risk at FTS	Normal	2	PC CMV-MPI	Pos (NC)	Pos	Yes (13 + 0)	Neg (13 + 4)	Neg (17 + 4)	Pos
11*	Singleton	13 + 0	Atypical FTS serum markers	Trisomy 13; normal CMA (AF)	3	Non-immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
12*	Singleton	13 + 2	Increased risk at FTS	Normal	4	Non-immune	NA	Neg	No	NA	NA	Neg
13	Singleton	13 + 1	Increased risk at FTS	Normal	10	Non-immune	NA	Neg	No	NA	NA	Pos
14	Singleton	13 + 2	Increased risk at FTS	Normal	2	PC CMV-MPI	Neg	Neg	Yes (13 + 5)	NA	Neg (17 + 5)	Neg
15	DC twin	12 + 2	Twin pregnancy	Normal	28	T1 CMV-MPI	Neg	Neg	Yes (7 + 6)	Neg (13 + 2)	Neg (17 + 2)	Neg
16	Singleton	13 + 4	Increased risk at FTS	Normal	0	T1 CMV-MPI	Neg	Neg	Yes (14 + 1)	Neg (14 + 1)	Neg (17 + 3)	Neg
17	Singleton	12 + 4	Increased risk at FTS	Normal	23	T1 CMV-MPI	Neg	Neg	Yes (8 + 2)	Neg (14 + 1)	Neg (17 + 3)	Neg
18	Singleton	12 + 5	Increased risk at FTS	Normal	7	T1 CMV-MPI	Neg	NI	Yes (12 + 6)	Neg (14 + 3)	Neg (17 + 3)	Neg

*Patients with CMV-DNA fragments identified (full results given in Table S1). AF, amniotic fluid; CMA, chromosomal microarray analysis; CV, chorionic villi; DC, dichorionic; FTS, first-trimester screening (combined screening test); GA, gestational age; NA, not available; NC, not quantifiable; Neg, negative; NI, not interpretable; PC, periconceptional period; Pos, positive; T1, first trimester.

Ergebnisse

Hoher negativer prädiktiver Wert (NPV):
→ Sehr zuverlässig zur *Ausschlussdiagnose* einer kongenitalen CMV-Infektion: 99.49% (95% CI, 98.91–99.93%)

- **Sensitivität:** Nachweis von Fällen möglich, jedoch nicht lückenlos – positives Screening muss weiter bestätigt werden.
- **Spezifität:** Gut, aber noch begrenzt durch technische Faktoren (z. B. niedrige Viruslast, Kontamination).

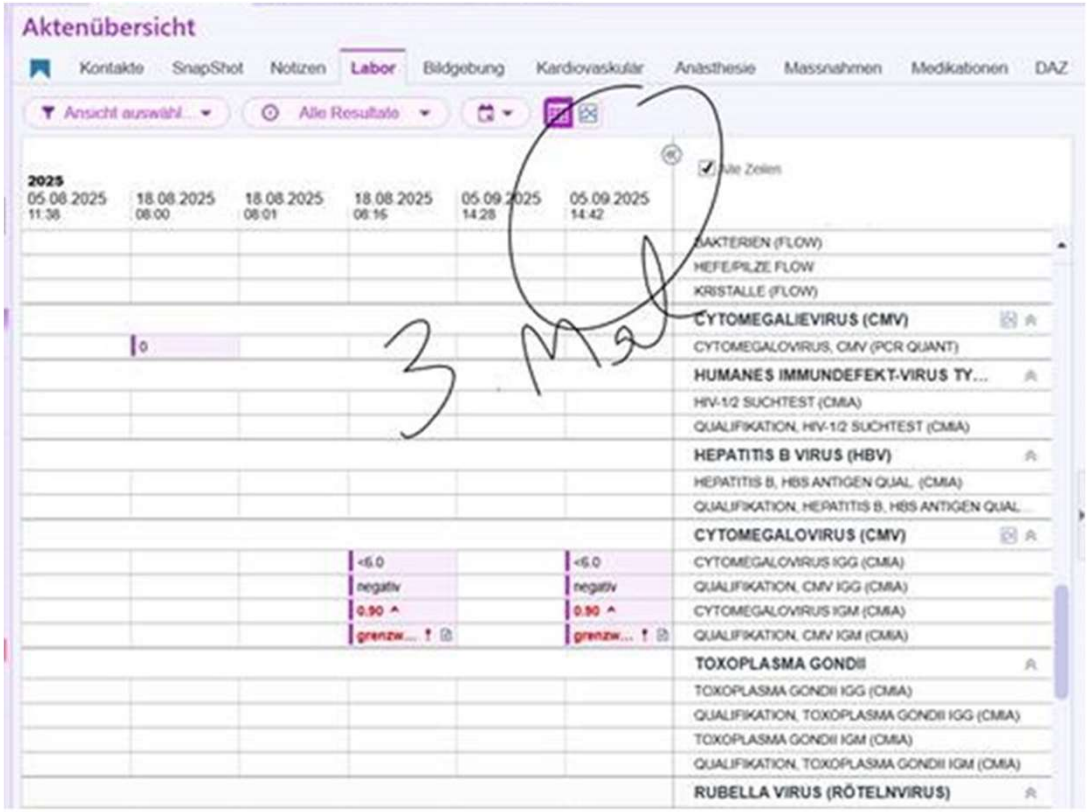
Implikation: NIPT könnte in Zukunft *dual genutzt werden* – nicht nur für Aneuploidien, sondern auch als opportunistisches Screening für Infektionen wie CMV.

Fazit für die Praxis

- **NIPT-Rohdatenanalyse für CMV**: aktuell experimentell, aber mit hohem Potenzial als Screening-Instrument.
- **Klinischer Wert:** Sehr hoher NPV → hilfreich, um unnötige invasive Abklärungen zu vermeiden
- **Limitation:** Positiver Befund muss stets durch spezifische Diagnostik (PCR aus Fruchtwasser oder kindlichem Urin/Blut) bestätigt werden.
- **Perspektive:** Künftige Integration in Routine-NIPT denkbar → „One sample – multiple answers“ (Genetik + Infektionsscreening).

Hintergrund

`Ich wollte dich fragen, wie wir weiter vorgehen sollen, bevor ich die Patientin informiere…`



Wie weiter bei Frau P.?

A. Valacyclovir
B. Infektiologisches Konsil
C. Valacyclovir und Amniozentese in der 20. SSW
D. Nichts machen
E. Ich weiss es nicht

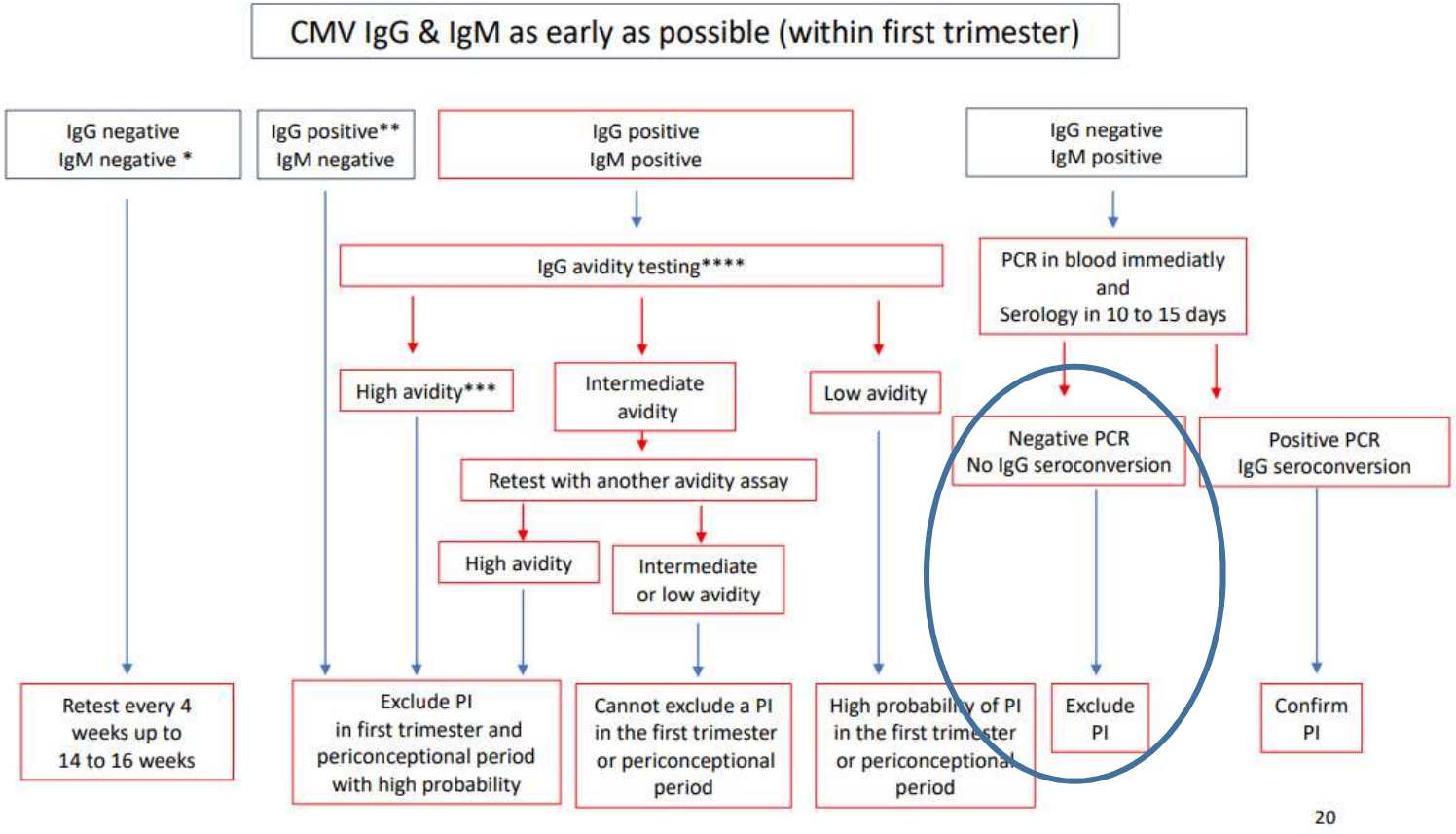
Methodik

Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI)

Marianne Leruez-Ville,[a,b,u,*] Christos Chatzakis,[c,d,u] Daniele Lilleri,[e,v] Daniel Blazquez-Gamero,[f,v] Ana Alarcon,[g] Nicolas Bourgon,[c] Ina Foulon,[h] Jacques Fourgeaud,[a,b] Anna Gonce,[i] Christine E. Jones,[j] Paul Klapper,[k] André Krom,[l] Tiziana Lazzarotto,[m,n] Hermione Lyall,[o] Paulo Paixao,[p] Vassiliki Papaevangelou,[q] Elisabeth Puchhammer,[r] George Sourvinos,[s] Pamela Vallely,[k] Yves Ville,[a,c,w] and Ann Vossen[t,w]

Ergebnisse

Figure S1: Algorithm for interpretation of CMV serology in the first trimester of pregnancy



Fazit für die Praxis

- Die neuen europäischen Leitlinien schaffen Klarheit im Management der kongenitalen CMV-Infektion
- Einheitliche europäische Empfehlungen für Diagnostik & Management
- Ziel: frühzeitige Identifikation, gezielte Therapie, strukturierte Nachsorge
- Stärkt die Rolle der Pränatalmedizin als Schnittstelle zwischen Screening, Diagnostik und Elternberatung

Atosiban unter der Lupe: Zeit für ein Umdenken?

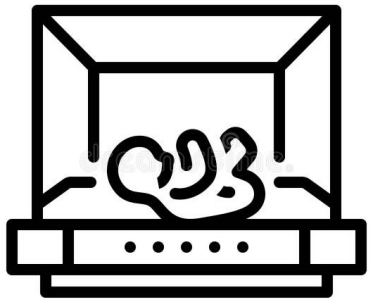
Atosiban versus placebo for threatened preterm birth (APOSTEL 8): a multicentre, randomised controlled trial

Van der Windt et al, Lancet, 2025 Mar 22;405(10483):1004-1013.
doi: 10.1016/S0140-6736(25)00295-8. Epub 2025 Mar 3.

Hintergrund

- Tokolytika werden in internationalen Leitlinien zur Behandlung einer drohenden Frühgeburt empfohlen.

- Obwohl Tokolytika nachweislich die Geburt verzögern, wurden Vorteile für die neonatologischen Ergebnisse bisher nicht klar nachgewiesen.



APOSTEL-8

- **Design:** Multizentrische, randomisierte, placebokontrollierte Studie (RCT).
- **Intervention:** Intravenöses Atosiban vs. Placebo (max. 48h).
- **Primärer Endpunkt:** Composite neonataler Outcome (Tod oder schwere Morbidität innerhalb 7 Tage).
- **Sekundäre Endpunkte:** Zeit bis Geburt, Gestationsalter bei Geburt, Rate an Frühgeburten < 32 und < 37 SSW, neonatale Intensivpflichtigkeit, mütterliche Sicherheit.

Ergebnisse

Table 4. Obstetric and maternal outcomes

	Atosiban group (n=375)	Placebo group (n=377)	Relative risk (95% CI)	p value
Antenatal medication				
Corticosteroids	368 (98%)	371 (98%)	1·00 (0·98–1·02)	0·79
Complete course	284 (76%)	257 (68%)	1·11 (1·02–1·22)	0·021
Magnesium sulphate	15 (4%)	20 (5%)	0·75 (0·39–1·45)	0·40

Table 3. Primary and neonatal outcomes

	Atosiban group (n=449)	Placebo group (n=435)	Relative risk (95% CI)	p value
Primary composite outcome*	37 (8%)	40 (9%)	0·90 (0·58–1·40)	0·63

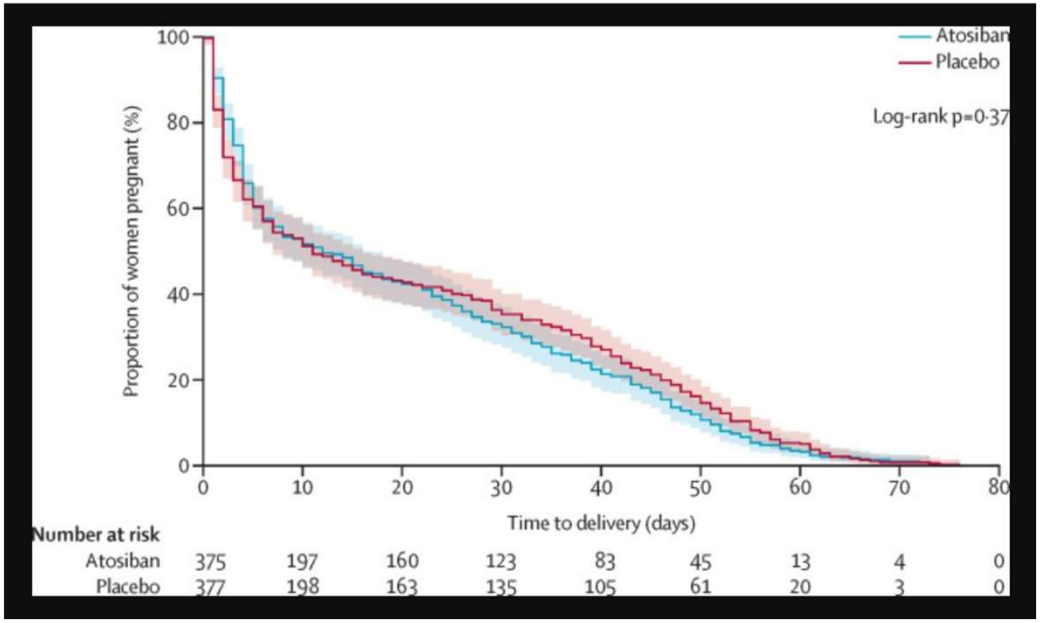


Figure 2. Kaplan–Meier curve expressing time to delivery in both groups
Shaded areas show 95% CIs. Median prolongation of pregnancy was 12 days (95% CI 8–17) in the atosiban group and 11 days (7–16) in the placebo group. No observations were censored.

Fazit für die Praxis

- **Atosiban zeigte in APOSTEL-8 keinen Benefit** gegenüber Placebo für relevante neonatale Endpunkte.
- Die Substanz ist **sicher**, bringt aber **keinen nachweisbaren Vorteil** bei drohender Frühgeburt in 30–34 SSW.
- Konsequenz: **Indikation zur Tokolyse mit Atosiban kritisch prüfen** – v. a. über 30. SSW
- Bedarf an alternativen Strategien (z. B. Biomarker-gestützte Selektion, individualisierte Therapiekonzepte)

Kurze Cervix, klare Evidenz: Was die IPD-Metaanalyse 2025 zeigt

Vaginal progesterone reduces the risk of preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a midtrimester sonographic short cervix (≤25 mm): an updated individual patient data meta-analysis

Romero R et al, Am J Obstet Gynecol. 2025 Mar 13:S0002-9378(25)00158-9. doi: 10.1016/j.ajog.2025.03.013. Epub ahead of print. PMID: 40089095.

Hintergrund

- Frühe randomisierte Studien (2003–2011, v. a. Fonseca, Hassan) zeigten **signifikante Risikoreduktionen** bei Frauen mit kurzem Zervix

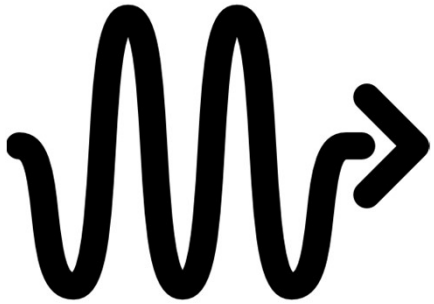
- Mehrere **Meta-Analysen** bestätigten diese Wirkung – Progesteron wurde zunehmend in Leitlinien aufgenommen.

Hintergrund

- Einzelne grosse Studien (z. B. OPPTIMUM 2016) fanden keinen signifikanten Effekt auf neonatale Outcomes.

- 2021/22 kam es zu weiterer Verunsicherung, nachdem eine wichtige Studie wegen methodischer Mängel zurückgezogen wurde.

"…concerns have been raised about the method of randomization used in this study. The Editor-in-Chief therefore no longer has confidence in the results and conclusions reported."

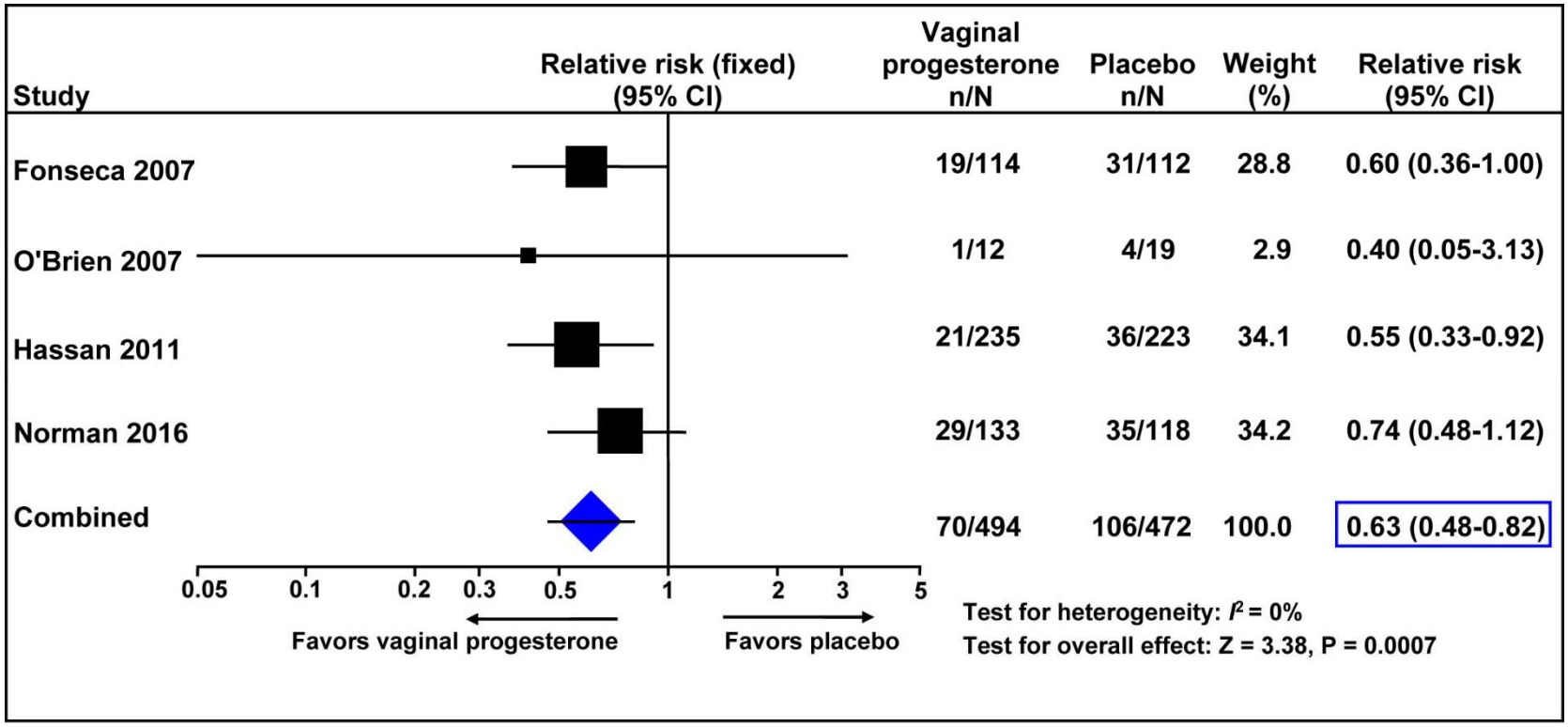


-> Mal als Standard empfohlen, mal wieder in Frage gestellt

Methodik

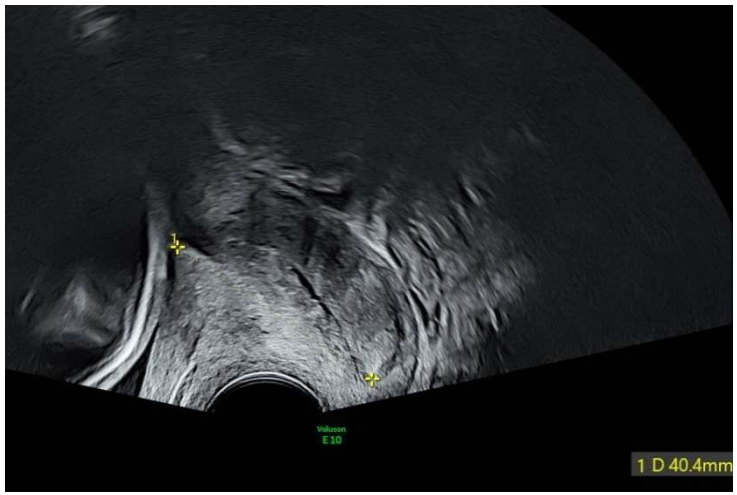
- **Individual Patient Data Meta-Analyse** von RCTs mit vaginalem Progesteron vs. Placebo
- Einlingsschwangerschaften mit einer Cervixlänge ≤ 25 mm im 2. Trimester
- Endpunkt: Frühgeburt < 33. SSW
- Die individuellen Patientendaten wurden zunächst innerhalb jeder Originalstudie ausgewertet und anschliessend als gepoolte Risikoverhältnisse (RR, 95 %-KI) in einer klassischen Metaanalyse zusammengeführt.

Ergebnisse



CI, confidence interval.

Voraussetzung: die Zervixlänge überhaupt zu messen



[Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm labor and birth in singleton pregnancies - UpToDate]

Consensus body recommendations for vaginal progesterone to prevent preterm birth in asymptomatic pregnant people with a singleton pregnancy and short cervix in the midtrimester

Consensus body	Region	Recommendations for CL screening	Definition of short cervix	Guidelines for vaginal progesterone	Guidelines for timing and dosing
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)[1,2]	US	▪ With a history of sPTB: Serial endovaginal ultrasound measurement of CL beginning at 16-0/7 weeks of gestation and repeated until 24 0/7 weeks (Level A) ▪ No history of sPTB: Cervix should be visualized at the 18 0/7-22 6/7 weeks of gestation anatomy assessment, with either a transabdominal or endovaginal approach; serial measurements are not indicated (Level B)	▪ CL ≤25 mm regardless of history	▪ No prior PTB: Recommend for CL ≤25 mm in the midtrimester (Level A) ▪ Prior PTB: Consider vaginal progesterone versus cerclage for CL ≤25	▪ Most studies used 200 mg progesterone daily; however, there are insufficient data to indicate which formulation and dose are most effective ▪ Start at diagnosis of short CL and continue until 36 to 37 weeks
Society for Maternal Fetal Medicine (SMFM)[3]	US	▪ All pregnant patients between 18 to 22 weeks using a transvaginal approach (GRADE 1C)	▪ CL ≤25 mm regardless of history	▪ Recommend for CL ≤20 mm prior to 24 weeks (GRADE 1A) ▪ Consider for CL 21 to 25 mm based on shared decision-making (GRADE 1B)	▪ No specific recommendation
The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[4]	UK	▪ All pregnant patients should be screened by TVUS between 16+0 and 24+0 weeks	▪ CL ≤25 mm regardless of history	▪ Recommend for CL ≤25 mm regardless of history	▪ In April 2024, the only licensed preparation of progesterone for this indication was vaginal 200 mg capsules ▪ Start between 16+0 and 24+0 weeks and continue until at least 34 weeks
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)[5-7]	Global	▪ No specific recommendations	▪ No definition included	▪ Patients at high risk of PTB (including sonographic short cervix) should be offered vaginal progesterone	▪ Daily ▪ No specific recommendation regarding dosing
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)[8]	Canada	▪ All pregnant patients in the midtrimester by TVUS	▪ CL ≤25 mm irrespective of risk factors	▪ Recommend for CL ≤25 mm between 16 and 24 weeks (GRADE strong/moderate)	▪ Micronized progesterone 200 mg daily (GRADE strong/moderate)
International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG)[9]	Global	▪ Universal TVUS CL measurement at the second-trimester scan (GRADE C) ▪ CL measurement for prediction of PTB should be performed by TVUS (GRADE B) ▪ The shortest technically correct measurement of at least three CL measurements should be used ▪ TVS CL measurements should be performed in a standardized way, preferably by operators who have been certified by a scientific body, such as The Fetal Medicine Foundation or the Perinatal Quality Foundation (CLEAR)	▪ CL ≤25 mm irrespective of risk factors	▪ Recommend for CL ≤25 mm before 24 weeks	▪ Micronized progesterone 200 mg every night ▪ Start at time of detection of the short cervix and continue until 36 weeks (GRADE A)

Fazit für die Praxis

Vaginales Progesteron bleibt eine gut belegt wirksame Option zur Prävention von Frühgeburt bei Einlingsschwangerschaften mit kurzer Zervix, unabhängig von der Vorgeschichte.

Time matters: Infektionsrisiko bei Blasensprung > 12 Stunden

Time Matters: Evaluating the clinical and infectious outcomes in Rupture of Membranes < 12 hours vs. 12-18 hours, at term

Abu Shqara et al, 2025, FMF Congress,
www.fetalmedicine.org/abstracts/2025/var/pdf/abstracts/2025/07117.pdf

Hintergrund

- Länger anhaltender **vorzeitiger Blasensprung (PROM)** ist klassischerweise ein Risikofaktor für **chorioamnionale Infektion** und **intrapartales Fieber (IPF)**.
- **Internationale Leitlinien: Keine** pauschale Antibiotikaprophylaxe bei **term PROM**; **GBS-Strategie** entscheidet (positiv → ABX; unbekannt + Risikofaktoren → ABX). **Einleitung** spätestens **≤24 h**.

	AWMF / DGGG (DE)	**ACOG (USA)**	**RCOG / NICE (UK)**
Routine-ABX	✗ keine generelle Prophylaxe	✗ keine Routineprophylaxe	✗ keine generelle Prophylaxe
Wann ABX?	✓ bei **GBS-positiv** ✓ bei Infektzeichen	✓ bei **GBS-positiv** ✓ bei **GBS unbekannt + Risikofaktoren** (Fieber, ROM ≥18 h)	✓ bei **GBS-positiv** (sofort) ✓ bei Infektzeichen; teilweise ABX bei **ROM ≥18–24 h** je nach NHS-Protokoll
Fokus	⏱ Einleitung ≤24 h	⏱ Induktion empfohlen (statt Abwarten); GBS-Algorithmus	⏱ Einleitung ≤24 h; Beobachtung Neugeborenes bei ROM >24 h

Methodik

- **Design:** Retrospektive Kohortenstudie am Galilee Medical Center (März 2020 – Mai 2024), Israel.
- **Population:** 6.828 Schwangere mit termingerechter PROM, aufgeteilt in PROM <12 h (n=5.745) und PROM 12–18 h (n=1.083).
- **Primäre Endpunkte:** Auftreten klinischer Chorioamnionitis und intrapartales Fieber (IPF).
- **Sekundärendpunkte:** NICU-Aufnahme, neonatale Sepsis-Abklärungen, antibiotische Medikation, Erregernachweis in Amnion-/Choriokultur.
- **Analyse:** Multivariate Logistikregression zur Identifikation zusätzlicher Risikofaktoren (z. B. PDA, Mekonium).

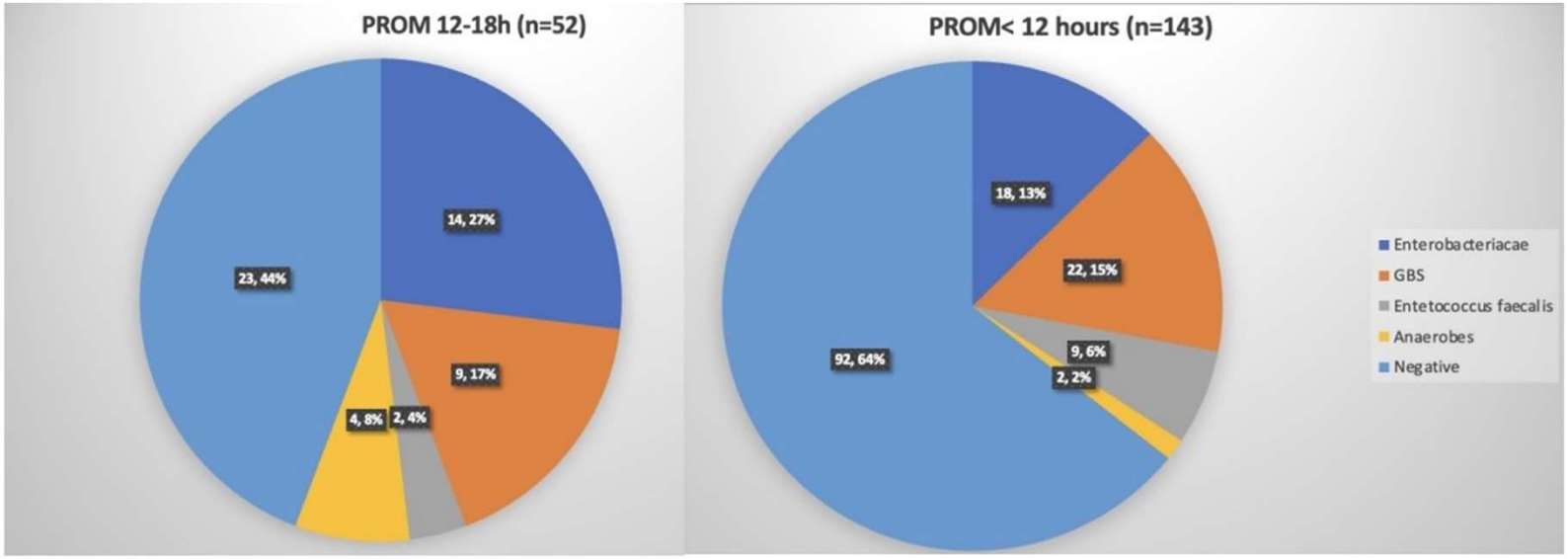
Ergebnisse

PROM 12–18 h vs. <12 h:

- **Chorioamnionitis:** 3,9 % vs. 2,3 % (p=0,002)
- **Intrapartales Fieber (IPF):** 4,8 % vs. 2,5 % (p<0,001)
- **NICU-Aufnahme:** 4,9 % vs. 3,1 % (p=0,003)
- **Neonatale Sepsisuntersuchungen:** 4,6 % vs. 3,0 % (p=0,007)
- **Mikrobiologie:** Häufigere Isolation von Enterobacteriaceae bei PROM 12–18 h (33 % vs. 18 %, p<0,001).

- **Risikofaktoren:** Epiduralanalgesie erhöht Odds für IPF; Mekonium war mit höherem Risiko für Chorioamnionitis assoziiert

Ergebnisse


PROM 12-18h (n=52)
14, 27%
9, 17%
2, 4%
4, 8%
23, 44%
PROM< 12 hours (n=143)
18, 13%
22, 15%
9, 6%
2, 2%
92, 64%
Enterobacteriacae
GBS
Entetococcus faecalis
Anaerobes
Negative

Fazit für die Praxis

- Eine PROM-Dauer von **12–18 h** ist mit deutlich höherem Risiko für mütterliche und neonatale Infektionen sowie für NICU-Aufenthalte verbunden – **im Vergleich zu PROM <12 h**.

- **Implikation:** Bereits bei PROM ab 12 h sollten gezielte Massnahmen erwogen werden – z. B. Geburtseinleitung, **gezielte antibiotische Prophylaxe**, engmaschige Überwachung und Einsatz von Biomarkern.

-> Bei term PROM ≥12 Stunden ist das Infektionsrisiko signifikant erhöht – Zeit ist ein entscheidender Faktor.