

Zbl. Gynäkol. 100 (1978) 1261—1265

Aus der Frauenklinik  
(Chefarzt: Prof. Dr. sc. med. H. Radzuweit)  
des Bezirkskrankenhauses Cottbus  
(Ärztlicher Direktor: OMR Dr. med. A. Schiebel)

## Komplikationen der Interruptio und ihre Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften

Von G. Schulze und C. Herold

Mit 1 Abbildung

*Herrn Professor Dr. med. habil. Walter Helbing zum 60. Geburtstag*

**Zusammenfassung:** Es wird über die Komplikationen bei 2147 Interruptiones, die vom 15. 2. 1974 bis 31. 12. 1976 in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Cottbus durchgeführt wurden, berichtet. — 48,4% aller Frauen hatten kein oder nur ein Kind geboren. Die Quote der Frühkomplikationen betrug 5,28%. Im Berichtszeitraum kam es in 7,03% bereits zu einer erneuten Schwangerschaft. Die Schicksale dieser Schwangerschaften waren wie folgt: 37,6% Re-Interruptio, 16,2% Abortus; Partus prätermus 18,4%. Die perinatale Mortalität betrug 3,1%.

**Schlüsselwörter:** Soziale Gynäkologie. — Fertilitätsentwicklung. — Interruptioauswirkungen.

**Summary:** About complications in 2147 interruptions of pregnancy, carried out between February 15, 1974 and December 31, 1976 was reported. — 48,4 per cent was nullipare or primipare. The rate of early complications was 5,28 per cent. During the period of report 7,03 per cent of patients became pregnant again. The fates from these pregnancy were following: 37,6 per cent interruptions of pregnancy once more. 15,2 per cent abortion and 18,4 per cent premature birth. Perinatal mortality was 3,1 per cent.

Die positiven Auswirkungen des Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972 für die Frau sind unbestritten, z. B. in der Lösung einer überaus schweren Konfliktsituation, die eine ungewollte Schwangerschaft heraufbeschworen hat [5, 6].

Nicht selten lieferten sich die Frauen in ihrer Notlage kriminellen Abtreibern aus. Das Resultat waren lebensbedrohliche septische Aborte, die heute in keiner Frauenklinik der DDR mehr zu finden sind. Mütterliche Todesfälle an artefziellen Aborten gehören bei uns der Vergangenheit an.

Aber auch jeder legalisierte Schwangerschaftsabbruch ist trotz moderner Narkose, Blutersatz und Antibiotika mit bestimmten potentiellen Gefahren für die Gesundheit der Frau verbunden. Die Interruptio ist deshalb keine Methode der Familienplanung.

### Material und Methodik

Vom 15. 2. 1974 bis 31. 12. 1976 wurden 2147 Interruptiones in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Cottbus durchgeführt.

Die Auswertung erfolgte auf der Grundlage der patientenbezogenen Informationsverarbeitung (sogenanntes „PIV-System“) mittels elektronischer Datenverarbeitung.<sup>1</sup>

Gegenstand unserer Untersuchungen war es festzustellen, in welchem Maße Kompli-

<sup>1</sup> Herrn Dipl.-Ing.-Ök. W. Handreg, Leiter des Organisations- und Rechenzentrums am Bezirkskrankenhause Cottbus, sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

kationen einmal die Gesundheit der Frau unmittelbar gefährden und zum anderen folgende Schwangerschaften nachteilig belasten.

Wir können bekanntlich drei Gruppen von Gefahrenmomenten zusammenfassen [12, 14, 16]:

1. Die Frühkomplikationen: Es sind jene gesundheitlichen Schädigungen, die unmittelbar beim Eingriff und während der stationären postoperativen Phase auftreten oder kurzfristig zur stationären Wiederaufnahme führen.
2. Die manifesten Spätkomplikationen: Sie bilden sich innerhalb weniger Wochen, spätestens einiger Monate heraus (Adnexprozesse, Menorrhagien, Sterilität u. a.).
3. Die „latenten“ Spätkomplikationen: Diese manifestieren sich erst bei erneuten Graviditäten als Störungen des Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettsverlaufes [8, 12].

Durch unsere Analyse erfaßten wir die Frühkomplikationen und die latenten Spätkomplikationen. Die manifesten Spätkomplikationen, die nur zum Teil zur stationären Behandlung kamen, wurden den Frühkomplikationen zugerechnet.

### Ergebnisse

Zur Charakterisierung unseres Interruptiopatientengutes erschien es lohnenswert, einige Angaben zur Altersstruktur, zum Familienstand und zu den vorangegangenen Geburten anzuführen.

In der Altersverteilung fällt der mit 9,4% recht hohe Anteil jugendlicher Patientinnen auf (Abb. 1).

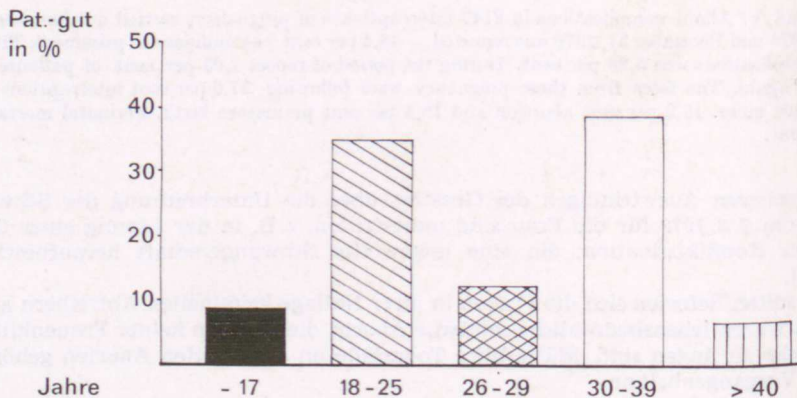


Abb. 1. Altersverteilung der Interruptiones

Mehr als ein Drittel aller Frauen, die zur Interruptio in die Klinik kamen, war allein-stehend (Tab. I). Wir können daraus den Schluß ziehen, daß gerade von dieser Bevölkerungsgruppe die gegebenen kontrazeptiven Möglichkeiten bisher unzureichend genutzt werden.

48,4%, also nahezu die Hälfte aller Frauen, die zur Interruptio kamen, hatten kein oder nur ein Kind geboren (Tab. II).

(Die niedrige Gesamtzahl ergibt sich aus einer fehlenden Verschlüsselung dieser Größe in der Basisdokumentation).

Von den 500 Primigravidae waren 144, das sind 28,8%, Jugendliche. Von den Patientinnen, die nur ein Kind geboren hatten, befanden sich 52,5% in der Altersgruppe 18 bis

Tabelle I. Familienstand der Interruptiopatientinnen

	Anzahl	%
Verheiratet .....	1376	63,5
Alleinstehend .....	771	36,5
Ledig .....	603	28,1
Geschieden .....	144	7,3
Verwitwet .....	24	1,1
Gesamt .....	2147	100,0

Tabelle II. Vorgegangene Geburten

Geburt	Anzahl	%
0	500	25,1
1	465	23,3
2 >	1031	51,6
	1996	100,0

25. Lebensjahr. Das entspricht dem bevölkerungspolitisch ungünstigen Trend der letzten Jahre, daß der Abstand zum gewünschten zweiten Kind immer größer wurde.

Im Berichtszeitraum wurden 2076 (98,4%) Interruptiones einzeitig durchgeführt und nur 35 (1,6%) zweizeitig. Prostaglandine standen uns erst in den letzten Monaten zur Abortinduktion zur Verfügung. Bei den einzeitigen Methoden sahen wir die Hegardilatation mit anschließender Saugkürettage als Methode der Wahl an. Von der Vibrodilatation sind wir nach 4 Perforationen bei 421 Fällen wieder abgekommen und können die günstigen Resultate von Landschek u. a. [11] nicht bestätigen.

Vom 15. 2. 1974 bis 31. 12. 1976 kamen 218 Patientinnen, das sind 10,1%, mit einer Komplikation nach der Interruptio oder mit einer erneuten Gravidität zur stationären Wiederaufnahme. Eine Vielzahl leichter Komplikationen, die keine stationäre Behandlung erforderlich machte, wurde durch unsere Analyse nicht erfaßt.

Die Gesamtquote der Frühkomplikationen betrug 5,28% (Tab. III).

Tabelle III. Frühkomplikationen nach Interruptio

Komplikationen	Anzahl	%
Uterusperforation .....	10	0,46
Zervixverletzungen .....	17	0,79
Bedrohliche Blutungen .....	7	0,31
Placentarestes .....	13	0,61
Endometritis .....	5	0,23
Adnexitis .....	28	1,30
Parametritis .....	1	0,05
Dauerblutungen .....	33	1,53
Gesamt .....	114	5,28

Die verhängnisvollste Sofortkomplikation, die Perforation der Uteruswandung, trat in einer Häufigkeit von 0,46% aller Fälle auf. 70% der Perforationen ereigneten sich bei Multiparae, so daß aus dieser Sicht bei jeder Interruptio zur vorsichtigen Arbeitsweise ermahnt werden muß.

Zervixverletzungen traten vorwiegend bei Primigravidae auf (76,4%), womit die Notwendigkeit zweizeitiger Interruptioverfahren bei Primigravidae unterstrichen wird.

Bei den Adnexitiden traten 26, das sind 92,8%, nach Interruptiones im 3. Schwangerschaftsmonat auf und nur 2, das sind 7,1%, nach Unterbrechungen im 2. Schwangerschaftsmonat. Entzündliche Komplikationen steigen also mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft sprunghaft an. Deshalb sollte bei feststehendem Interruptiowunsch der Schwangerschaftsabbruch so schnell wie möglich erfolgen. Die Gesamtquote entzündlicher Adnexprozesse nach der stationären Entlassung dürfte wesentlich höher liegen.

Die Diagnose „Endometritis“ wurde nur auf der Grundlage einer histologischen Sicherung anlässlich einer durchgeführten Nachkürettage gestellt. Aus klinischer Sicht ist in wesentlich mehr Fällen mit einer Endometritis zu rechnen.

Zur Bewertung der latenten Spätkomplikationen verschafften wir uns zunächst eine Übersicht über die Schwangerschaften, die nach der Interruptio innerhalb von zwei Jahren eingetreten waren. Bis zum 31.12.1976 wurden bereits 151 Patientinnen, das sind 7,03%, erneut schwanger (Tab. IV).

Tabelle IV. Graviditäten nach Interruptio

Gravidität	Anzahl	%
Re-Interruptio .....	57	37,6
Aborte.....	22	15,2
E. U. ....	3	1,9
Partus spontaneus.....	49	32,4
Partus praematurus .....	12	7,8
Partus mit		
Plazentaretention .....	4	2,6
Sectio caesarea.....	3	1,9
VE .....	1	0,6
Gesamt .....	151	100,0

Aus dieser Übersicht geht eindeutig die hohe Zahl der Schwangerschaften hervor, die erneut vorzeitig beendet wurden.

Bezogen auf die 87 Schwangerschaften, die ausgetragen werden sollten, verteilen sich die Komplikationen wie in der folgenden Übersicht angegeben.

Tabelle V. „Latente“ Spätkomplikationen nach Interruptiones

Komplikation	Anzahl	%
Aborte.....	22	25,3
Zervixinsuffizienz .....	18	20,7
Frühgeburten.....	12	13,8
Plazentaretention .....	4	4,6
Ohne Komplikation .....	31	35,6
Gesamt .....	87	100,0

Jede vierte Schwangerschaft endete als Spontanabort, und nur 31 Schwangerschaften verliefen ohne Komplikationen.

Beziehen wir die letzten Angaben auf die 65 Schwangerschaften, die tatsächlich ausgetragen wurden, so erhöhen sich die Komplikationsraten noch.

In 27,7%, also nahezu bei jeder dritten Schwangerschaft nach einer vorausgegangenen Interruptio, ist mit einer Zervixinsuffizienz zu rechnen. Die Frühgeborenenrate war mit 18,4% fast dreimal so hoch, wie bei Frauen mit unbelasteter Anamnese (6,8%). K n o r r e [8] kam in seiner Analyse bezüglich dieser beiden wesentlichen Kennziffern zu ähnlichen Ergebnissen.

Von den 65 Kindern, die nach einer vorangegangenen Interruptio geboren wurden, verstarben zwei unreife Frühchen (Geburtsgewichte 760 g; 1050 g).

Die perinatale Mortalität betrug damit 3,1%. Sie war noch 0,9% höher als die gesamte ungereinigte perinatale Mortalität, die ohnehin infolge unseres Frühgeborenenzentrums relativ hoch liegt.

#### Schlußfolgerungen

1. Der hohe Anteil der Erst- und Zweitschwangeren, die zur Interruptio kamen, fordert eine weitere Intensivierung der Ehe- und Sexualberatung und -erziehung sowie eine noch umfangreichere Nutzung der gegebenen kontrazeptiven Möglichkeiten.
2. Jede Schwangerschaft nach einer vorangegangenen Interruptio ist eine Risikoschwangerschaft, die Geburt eine Risikogeburt.
3. In der Schwangerenberatung sollte vor allem im 2. Trimenon die Fahndung nach einer Zervixinsuffizienz im Vordergrund stehen, im 3. Trimenon eine mögliche Plazenta-insuffizienz vordergründig beachtet werden.
4. Die fertilitätsgefährdenden Faktoren, Abortrate, Zervixinsuffizienz und Frühgeborenenquote schließen die Interruptio als Methode der Familienplanung aus.
5. Unter diesen Gesichtspunkten stellt insbesondere die Interruptiosituation bei jugendlichen Primigravidae ein überaus ernstes Problem dar, daß mit der augenblicklichen gesetzlichen Regelung nicht beherrscht ist.

#### Literatur

1. Berg, J.: Morbidität der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Kreis Perleberg. Zbl. Gynäkol. 96 (1974) 1111.
2. Bollmann, R.: Die Abhängigkeit der Frühmorbidität bei legalem Schwangerschaftsabbruch von unterschiedlichen Faktoren. Dt. Gesundh.-Wesen 29 (1974) 2220.
3. Canzler, E., Rabsilber, S., und Hemke, G.: Schwangerschaftsabbruch mit dünnen Plastikathetern. Zbl. Gynäkol. 97 (1975) 72-77.
4. Coja, M. N., Tantav, G., und Precup, S.: Menstruelle Insuffizienz nach legaler Schwangerschaftsunterbrechung. Obstet. și Ginecol. 11 (1963) 263.
5. Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom .9 März 1972. Gesetzblatt der DDR, Teil I, Nr. 5 vom 15. 3. 1972.
6. Jäger, G., und Müller, J.: Ambulant-stationäre Zusammenarbeit bei Antragstellung, Erfassung, Durchführung und Nachsorge von Schwangerschaftsunterbrechungen im Bezirkskrankenhaus Meiningen. Zbl. Gynäkol. 97 (1975) 85-98.
7. Kirchhoff, H.: Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorangegangenem Abort. Z. Geburtsh. u. Perinatol. 178 (1974) 407.
8. Knorre, P.: Über den Einfluß von Aborten und Schwangerschaftsunterbrechungen auf nachfolgende Geburten, Teil 1-3. Zbl. Gynäkol. 98 (1976) 587-599.
9. Kreibich, H.: Zur Technik der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäkol. 97 (1975) 65-71.
10. Kruschwitz, S.: Interruptio-Morbidität und -Mortalität. Zbl. Gynäkol. 95 (1973) 1601-1608.
11. Landschek, P., Schmidt, F., und Beckmann, K.-H.: Zum Stellenwert der Vibrodilatation der Zervix bei Schwangerschaftsunterbrechungen - zweijähriger Erfahrungsbericht mit dem sowjetischen Vibrodilatator WG-I. Zbl. Gynäkol. 98 (1976) 1049-1053.
12. Lembrych, S.: Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf nach künstlicher Unterbrechung der ersten Gravidität. Zbl. Gynäkol. 94 (1972) 164-168.
13. Seewald, H. J., Holzhauer, R., Zschoche, E., und Kulhavy, M.: Klinische und hystero-graphische Befunde nach Interruptio. Zbl. Gynäkol. 95 (1973) 710-713.
14. Wynn, M., und Wynn, A.: Some consequences of induced abortion to children born subsequently. Foundation for education and research in child-bearing, London 1973.
15. Wahr, C.: Zur Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäkol. 94 (1972) 156-163.
16. Wahr, C.: Ein Beitrag zum Problem der latenten Morbidität nach Interruptio bei Erstschwangeren - das Ergebnis hystero-salpingographischer Untersuchungen. Zbl. Gynäkol. 97 (1975) 78 bis 84.

Anschr. d. Verf.: OA Dr. med. G. Schulze und Dipl.-Med. C. Herold  
Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Cottbus  
DDR-75 Cottbus, Thiemstr. 111