

DAS NEUGEBORENE MIT PERINATALEN SCHÄDEN DES ZNS UND SCHWEREN ANGEBORENEEN MISSBILDUNGEN

Dr. Hubert Messner

Präambel

Der Kinderarzt bzw. Neonatologe findet sich selber oft in Situationen, in denen er über Enthaltung bzw. Absetzen einer intensiven Behandlung entscheiden muss. Es wird oft der Punkt erreicht, an dem die intensivmedizinischen Verfahren nur mehr den Sterbevorgang verlängern und damit das Leiden der kleinen Patienten und deren Eltern. (1)

Aufgrund seiner Garantenstellung ist der behandelnde Arzt verpflichtet seinen Patienten die bestmögliche, die wirksamste Hilfe zu leisten.

„Bestmögliche Hilfe“ bedeutet in der Regel die Anwendung aller zur Verfügung stehenden Mittel zur Heilung oder Besserung der Erkrankung. Bei Krankheitsbildern mit infanter Diagnose – wie es schwere Missbildungen bzw. schwere perinatale Schäden des ZNS sind – kann die „bestmögliche Hilfe“ hingegen die Schmerzlinderung und Anxiolyse bedeuten, besonders wenn durch die künstliche Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen nur noch die Verlängerung des Leidens und Sterbens zu erreichen ist (2).

DIE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Der Entscheidungsprozess bei der Geburt eines Neugeborenen mit schweren angeborenen Fehlbildungen oder perinatalen Schäden des ZNS muss von der Prognose bzw. zu erwartenden Lebensqualität abhängen.

Es gibt aber keinen klinischen Faktor oder Parameter, der die Prognose bzw. das Outcome mit absoluter Sicherheit aufzeigt und die Entscheidung zu behandeln bzw. nicht zu behandeln muss oft getroffen werden, bevor alle notwendigen Informationen des Outcome betreffend vorhanden sind (3).

Folgende Faktoren können als Leitlinien für die Entscheidungsfindung herangezogen werden:

1. Während der Reanimation

- der APGAR SCORE: ein schweres neurologisches Handicap bzw. der Tod ist vorhersehbar bei einem Apgar von 0 bei 10 Minuten trotz einer adequaten Reanimation (4-5).
- das Nabelschnur-ph: an und für sich ist dieses kein guter Prädiktor für das Outcome, bei einem ph <7.00 erhöht sich die Mortalität um 8% (6).

- die Zeit, bis eine Spontanatmung einsetzt: vergehen >30 Minuten beträgt das Risiko für ein schweres Handicap bzw. Tod ~72% (7)

2. Während der klinischen Beurteilung

- der Schweregrad der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie wobei das Mortalitätsrisiko bzw. schwere Handicap bei Grad I bei 1.6%, bei Grad II bei 24%, bei Grad III bei 78% liegt (7).
- das Elektroenzephalogramm: hier liegt das Mortalitätsrisiko bzw. ein schweres Handicap bei 95% sofern das EEG schwere Anomalien aufweist, wie burst suppression, low voltage, und bei 64% bei slow wave activity (7).

3. Diagnostische Verfahren

- Veränderungen im Schädelultraschall im Sinne einer HIE gehen mit einem erhöhten Risiko für die neurologische Entwicklung einher. Aber diese Veränderungen entwickeln sich oft erst nach 2 – 3 Tagen. CT bzw. das MRI werden nicht routinemäßig für eine frühe Diagnoseformulierung eingesetzt.
- die evozierten Potentiale: es besteht eine enge Korrelation zw. diesen und dem Outcome (8).

All diese Faktoren können aber das wirkliche Problem, die Formulierung einer genauen Prognose, nicht ad hoc lösen. Es bleibt deshalb das Recht auf eine korrekte adequate intensivistische Behandlung zunächst aufrecht.

Eine Enthaltung bzw. das Absetzen einer intensiven Behandlung kann aber in den folgenden Situationen gerechtfertigt sein:

- im Falle einer kurzen Überlegungsprognose trotz einer intensiven Therapie bei Nachweis einer irreparablen Entwicklungsstörung
- in Fällen in den eine Behandlung für das Kind von keinem Nutzen ist und ein eventuelles Leiden nur verlängert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des ZNS darf nach einer korrekten diagnostischen Abklärung und Prognosestellung nach Rücksprache mit den Eltern und dem gesamten Betreuungsteam von lebenserhaltenden Maßnahmen abgesehen und die Kinder entsprechend ihrer Würde im Sterben betreut werden.

Literatur:

1. Kurz R. Decision making in extreme situations involving children: withholding or withdrawal of life supporting treatment in paediatric care. Statment of the ethics working groups of the confederation of the European specialists of Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2001; 160:214-216
2. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI).
3. Wilham R et al. Ethical decision making in perinatal asphyxia. Clinics in Perinatology 1996; 23 (3):509-518
4. Jani L. et al. Cardiopulmonary resuscitation of apparently stillborn infants: survival and long term outcome. J Pediatr 1991; 118:778-782
5. Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics 1981; 68(1):287-304
6. Goldaber KB et al. Pathologic fetal acidemia. Obstet Gynecol 1991; 78:1103-7
7. Perlman JU et al. Can asphyxiated infants at risk for neonatal seizures be rapidly identified by current high-risk markers? Pediatrics 1996;97(4):456-62
8. Gibson NA. Somatosensory evoked potentials and outcome in perinatal asphyxia. Arch Dis Child 1992; 67 (4):393-398.