Habitueeller Abortus – Therapie und Verlauf späterer Schwangerschaften nach H. a.

C.T.

Javert

New York

Die Fehlgeburt wird als Ausstoßung eines lebensunfähigen Feten von weniger als 500 Gramm Gewicht innerhalb der ersten 22 Schwangerschaftswochen definiert. Alle Patientinnen waren zur Zeit der Entbindung verheiratet, durchschnittlich 31jährig. Auf 20 Jahre erstreckt sich die Beobachtungsdauer.

427 Patientinnen hatten ohne Behandlung insgesamt 1627 Schwangerschaften mit 1380 = 86% Fehlgeburten. 289 wurden während den folgenden Schwangerschaften betreut. Von 496 Schwangerschaften kam es zu 112 = 23,5% Aborten.

Die therapeutische Beeinflussung bei habituellem Abort bestand vor 20 Jahren in erhöhter Sorfalt während der ersten Wochen, guter Ernährung, Zulagen von Vitamin C und K nebst Mineralien und einem harmonischen Arzt-Patienten-Verhältnis. Im letzten Dezennium gesellten sich neu dazu: Beratung in der präkonzeption-

* Originaltitel: Further follow-up habitual abortion patients.

172

Javert

nellen Phase, Uterus sedierende Medikamente, vermehrte Psychotherapie. Trotzdem konnte keine prozentuale Besserung erzielt werden. Neben dem höheren Alter der Patientinnen lagen Zervixinsuffizienzen, permanent-abortierende Fälle vermehrt vor. Defekte am Sperma scheinen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Von 12 Wiederverheirateten abortierten 9 Patientinnen erneut. Der hormonellen Behandlung wird keine entscheidende Bedeutung zugemessen.

Organische Krankheiten konnten als Abortursache sehr selten gefunden werden. Die psychosozialen Konflikte in der Ehe und mit der Umwelt waren groß und müssen als Abortursache bejaht werden. Schreck, Aufregung und erhöhte innere Spannung versetzten den Uterus in einen Hypertonus und begünstigen die Abortneigung. Furcht vor einem mißgebildeten Kind war häufig. Die meisten zeigten kein Verlangen nach einer großen Familie. In 13 der Fälle versuchten nach dem ersten Abort keine weitere Schwangerschaft. Nur 10 Ehepaare adoptierten ein Kind. H. Lutziger

Kommentar zu den Arbeiten auf S. 169–172

Bis vor einigen Jahren vermutete man überwiegend endokrine Ursachen (hormonale Insuffizienz der Plazenta) des habituellen Abortus. Die Berichte über die Erfolge einer Hormonsubstitution mit Oestrogen, Progesteron und auch mit Choriongonadotropin waren fast alle günstig. Die vorstehend kondensierte Mitteilung aus Illinois scheint uns statistisch nicht sehr überzeugend zu sein.

Inzwischen hat sich gezeigt, daß exogen zugeführtes Progesteron in wenigen Minuten metabolisiert wird und nicht in ausreichender Konzentration die Uterusmuskulatur erreicht. Wir

benutzen es daher nicht mehr in der Therapie des drohenden und des habituellen Abortus. Es bleibt zu prüfen, ob andere Gestagene erfolgreicher sind; dabei wird an die Möglichkeit einer Virilisierung weiblicher Feten zu denken sein.

Nachdem in den letzten Jahren eine anatomische Ursache – das Offenstehen des Zervikalkanals – vermutet und beschrieben wurde, gab es ebenfalls gute Erfolgsberichte durch die Gerclage. Mehrere Mitteilungen über Sperma-Anomalien bei den Ehemännern dieser Frauen lassen auch an die Möglichkeit eines Spermafaktors denken. C. T. Javert hat sich seit über zwanzig Jahren systematisch mit dem habituellen Abortus beschäftigt und wiederholt über seine Erfahrungen berichtet. Aus seinem umfassenden Bericht wie auch aus anderen Mitteilungen

z. B. E. C. Mann

New York (Amer. J. Obstet. Gynec. 4S: 706 [1959]) geht deutlich hervor daß psychosomatische und soziologische Faktoren eine Rolle spielen. Da wir die Ursache des habituellen Abortus weder im Einzelfall noch im ganzen kennen

kann derzeit unsere Aufgabe nur darin bestehen

durch eine fort-gesetzte ärztliche Beratung und Führung die Frauen zu stützen. Daß dies nicht erfolglos ist

zeigt der Bericht von Javert sowie auch der vorgenannte Bericht von Mann

bei dem unter 160 habituell abortierenden Frauen schließlich 81% austrugen. H. Schwalm