Störung im Schwangerschaftsverlauf nach Konisation der Cervix uteri

T.	Tom	Weber
E.	Erik	Obel

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Copenhagen, Copenhagen

Pregnancy Complications following Conization of the Uterine Cervix

In der vorliegenden Literaturübersicht gehen die Autoren in ihrer Einleitung auf die Problematik ein, die das Fehlen von randomisierten Studien bzw. „Matched Pair“-Analysen bei Schwangerschaften folgend auf eine Konisation der Cervix uteri mit sich bringt. Zur Erzielung von aussagekräftigeren Ergebnissen wurden daher 20 Originalarbeiten der Jahre 1960–1974 mit einer Fallzahl von insgesamt 731 Graviditäten nach Konisation einer kritischen Analyse unterzogen. Insbesondere wurde der Frage nachgegangen, ob die Konisation wirklich eine verminderte Fertilität und eine erhöhte Schwangerschaftskomplikationsrate nach sich zieht. Überprüft man die Angabe bezüglich eingetretener Schwangerschaften bei einem entsprechenden Kinderwunsch nach Konisation, so finden sich Schwangerschaften zwischen 20 und 84%. Eine ebenso grosse Bandbreite verzeichnet man bei den Daten betreffend einen Abortus bis zur 12. Schwangerschaftswoche (SSW). Hier variieren die Prozentzahlen zwischen 1 und 56, im Durchschnitt liegen sie aber bei zirka 9%, was genau der Erwartungsrate einer Normalpopulation entspricht.

Eine Häufung von Extrauteringraviditäten konnte nicht festgestellt werden, ein Spätabortus wurde zwischen 2 und 11% aller Schwangerschaften nach Konisation registriert. Hier sind aber die Zahlen auch in dem vorliegenden grossen Kollektiv zu gering, um gesicherte Aussagen treffen zu können. Grosse Unterschiede finden sich auch bei der Frühgeburtenfrequenz (1 – 17%), die als Folge des potentiellen Zervixinsuffizienzrisikos nach Konisation immer wieder diskutiert wird. Hier müssen die unterschiedlichen Konisationstechniken bei der Beurteilung beachtet werden, trotzdem erscheint die Frühgeburtenfrequenz mit zirka 7% über dem Durchschnitt hoch. Interessant dabei ist, dass in allen 20 Publikationen nur 2 Fälle mit einer Zervixcerclage behandelt worden waren.

Stoning im Schwangerschaftsverlauf nach Konisation der Cervix uteri

183

Die Sectiofrequenz aller untersuchten Schwangerschaften nach Konisation entspricht mit 5–8% durchwegs den allgemein üblichen Klinikdurchschnitten, so dass mit grösseren geburtshilflichen Komplikationen nicht zu rechnen ist.

Für die Praxis bedeutet diese Arbeit eine klare Aussage über das sehr geringe Risiko der Konisation bezüglich nachfolgender Fertilitätsstörungen bzw. Schwangerschaftskomplikationen. Die etwas erhöhte Frühgeburtenrate könnte durch eine erhöhte Cerclagefrequenz wahrscheinlich auch entscheidend beeinflusst werden.

Für die Klinik sollte diese vorliegende Publikation Anstoss geben zu einer grosser angelegten, eventuell multizentrischen „Matched Pair“-Analyse, um die zum Teil sehr unterschiedlichen Angaben durch gesicherte Aussagen ersetzen zu können.

H. Salzer, Wien

Aus: Pediatrics, Springfield 63: 73–79 (1979);cit. Gynäk. Rdsch. 20:183–184 (1980)

Die antepartale Anwendung von Betamethason zur Verhinderung eines „Respiratory Distress Syndrome“

Eine kontrollierte Doppelblindstudie

The Antenatal Use of Betamethasone in the Prevention of Respiratory Distress Syndrome. A Controlled Double-Blind Study

A.N. Papageorgiou, M.F. Desgranges, M. Masson, E. Colle, R. Shatz und MM. Gelfand

Departments of Pediatrics and Obstetrics and Gynecology, Mc Gill University, Jewish General Hospital Perinatal Unit, und The Montreal Children's Hospital – Mc Gill University Research Institute, Montreal

146 schwangere Frauen mit den Zeichen einer drohenden Frühgeburt wurden zwischen der 25. und 34. Gestationswoche einer kontrollierten Doppelblindstudie zugeführt

um Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Corticosteroiden bei der Prophylaxe eines „respiratory distress syndrome“ (RDS) untersuchen zu können. Von der Studie ausgeschlossen waren alle Fälle von Diabetes mellitus

EPH-Gestose und Plazentainsuffizienz. Die verwendete Dosis betrug 2mal wöchentlich 12 mg Betamethason – bzw. die gleiche Menge Placebo – bis zur 34. Schwangerschaftswoche (SSW) oder bis zur vorher stattgefundenen Frühgeburt.