Klinische Erfahrungen mit den antepartalen CTG-Auswerteverfahren nach Fischer, Hammacher, Hodr und Kubli

H.P.		Wilken
P.		Hackl
H.		Wilken

Frauenklinik (Direktor: Prof. H. Kynank) des Bereichs Medizin und Rechenzentrum (Direktor: Doz. Dr. B. Bode) der **Wilhelm-Pieck-Universität**, Rostock, DDR

Aus der antepartalen Kardiotokographie sind sowohl Rückschlüsse auf den augenblicklichen Zustand des Feten als auch prognostische Beurteilungen über das Verhalten des Feten unter der Geburt ableitbar. Die Untersucher überprüften das Bewertungsschema nach Fischer auf seine klinische Anwendbarkeit. Zu diesem Zweck wurden 1239 Kardiotokogramme (CTGs) von ebenso vielen Patientinnen bewertet. Gleichzeitig wurden andere Parameter, die die Mutter, den Schwangerschaftsverlauf, die Entbindung und den Neugeborenenzustand betrafen, erfasst, auf EDV-Lochkarten übertragen und ausgewertet.

Von 1239 Schwangeren wiesen 966 (78,0%) ein unauffälliges, 141 (11,4%) ein suspekt präpathologisches und 132 (10,7%) ein pathologisches CTG auf. In der Gruppe mit unauffälligem CTG wurden 23,8% der Patientinnen operativ entbunden, in der suspekt präpathologischen CTG-Gruppe war in 44,7% der Fälle eine operative Entbindung notwendig und in der pathologischen Gruppe bei 53,8% der Frauen.

Der Vergleich der CTG-Zustandsindizes mit den mittleren 1-, 5- und 10-Minuten-Apgar-Werten zeigte eine Übereinstimmung der unauffälligen Score-Gruppe mit den höchsten Apgar-Werten, jedoch schlechtere Apgar-Werte in der suspekt präpathologischen Gruppe als in der eindeutig pathologischen Gruppe.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

136

Die prognostische Aussagekraft, bezogen auf den mittleren 5-Minuten-Apgar-Wert und das Gesamtkollektiv, ergab 913mal (73,8%) eine richtige Vorhersage, 120mal (9,7%) war die Prognose des Neugeborenenzustandes falsch-positiv und 104mal (16,5%) falsch-negativ.

Die Zuordnung der CTG-Score-Gruppen zu den kindlichen 5-Minuten-Apgar-Werten zeigt in der Gruppe 1 (CTG 8-10 Punkte) eine richtige Vorhersage in 853 Fällen (88,5%) und 11mal (11,5%) eine prognostisch falsch-positive. In der CTG-Gruppe 2 (CTG 6, 7 Punkte) wurde 53mal eine Übereinstimmung erzielt (37%). Bei 9 Patientinnen (6,4%) war die Vorhersage falsch-positiv und in 79 Fällen (56%) falsch-negativ. In der CTG-Gruppe 3 stimmten Prognose und Apgar-Wert nur 7mal überein, 125mal (94,7%) war die Vorhersage falsch-negativ.

Laut Ansicht der Autoren korrelieren Erkrankungen während der Schwangerschaft nicht mit den einzelnen Prognosestufen des CTG-Schemas. Eine eindeutige quantitative Aussage des antepartalen CTG ist nicht möglich.

Die Operationsfrequenz nahm von der Gruppe mit unauffälligen CTG zur Gruppe mit pathologischem Score zu. Die Indikationen wurden allerdings niemals durch das CTG allein gestellt, wie die Autoren besonders bemerken.

Die von den Autoren gefundene Diskrepanz der prognostischen Treffsicherheit (73,8%) zu der anderer Arbeitsgruppen, z.B. Jordan (88%), Brandt (87%) oder Fischer (96,9%), hat mehrere Ursachen. So sind die Kollektive unterschiedlich zusammengesetzt, die Kriterien zur Auswahl der zu beurteilenden CTGs sind nicht einheitlich usw. (die Autoren zogen für die vorliegende Untersuchung pro Patientin 1 CTG heran, wobei der Stellenwert des vorliegenden CTG nicht eindeutig definiert ist).

Für die Praxis gilt, dass mit dem Beurteilungsschema nach Fischer der präpartale Zustand des Feten erfasst und eine prognostische Beurteilung getroffen werden kann. Andere vorhandene Parameter müssen immer zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Operative Konsequenzen sollten nie allein aufgrund der Aussage eines Parameters gezogen werden.

Für die Klinik wäre zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse eine homogene Zusammensetzung der Kollektive wünschenswert (gleicher Gestoseanteil, gleicher Plazentainsuffizienzanteil usw.). Unter diesen Voraussetzungen ist auch eine Evaluation der Parameter zur Schwangersenenüberwachung zu treffen. Der Apgar-Score als Bezugspunkt der Vorhersagegenauigkeit ist dazu allerdings nicht gut genug geeignet.

R. Schmid, Wien