Management und Ergebnisse einer Intensivbetreuung von Risikoschwangerschaften (Prä- und Dysmaturitätsprävention)

J.C.		Huber
W.		Knogler
E.		Reinold

I. Universität-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. E. Gitsch), Wien

Dr. J. C. Huber, I. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren wurden 143 gefährdete Schwangere intensiv und kurzfristig betreut. Die Auswahl der Patientinnen erfolgte nach dem Risikoscore von Saling, wobei wir 5 Punkte als ungefähre Grenze für eine gefährdete Schwangerschaft wählten. Im Unterschied zu Saling führten wir auch die Gestose und die Grundkrankheiten der Mutter als eigenes Kollektiv. Das dominierende Risiko war auch bei uns die Frühgeburtlichkeit. Insgesamt führten wir 1153 Schwangerenuntersuchungen durch.

Aufgegliedert in die einzelnen Überwachungsmethoden steht Ultraschall – was die Anzahl betrifft – vor allem bei der Dysmaturität an der Spitze, gefolgt von den Hormonparametern und dem Computertomogramm.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass die Erstmanifestationen der sonographisch festgestellten Retardierungen gehäuft zwischen der 24. und der 28. Schwangerschaftswoche auftraten.

Bei der Beurteilung der Hormonparameter korrelierten wir die Werte für das «human placental lactogen» (HPL) mit der Wachstumskurve nach Hohenauer und fanden dort prognostisch verlässliche Hinweise, wo jenseits der 35. Schwangerschaftswoche mehr als drei HPL-Werte unter 5 µl lagen: Dies spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine

Freie Vorträge

148

nutritive Plazentainsuffizienz. Eine ähnliche Beobachtung machten wir bei der Isotopenuntersuchung der Plazentaperfusion. Die Korrelation zwischen der Plazentadurchblutung und der tatsächlichen fetalen Reining war vor allem bei den dystrophen Feten eng.

Von den chemischen Untersuchungen soll vor allem das rote Blutbild wegen seiner Einfachheit nicht unterschätzt werden: Häufiger als erwartet fanden wir – vor allem bei den sozial schwächer gestellten Schwangeren – eine normo- bis hypochrome Anämie.

Bei jedem Verdacht auf einen latenten Diabetes führten wir einen Glukosetoleranz-test sowie eine Hb-Ai-Bestimmung durch, wenn notwendig auch ein Tagesprofil sowie das HbAi in 14-tägigem Abstand.

Die Beurteilung der pränatalen Kardiotokogramme nach dem Fischer-Score bestätigte auch in unserem Kollektiv die Meinung, dass vor allem gegen Ende der Schwangerschaft pathologische

Kardiotokogramme häufiger werden, was eine disbezügliche Überwachung um Terminnähe unterstreicht.

Bei der Analyse der Dysmaturität war für uns die Frage interessant, wann es in Abhängigkeit vom Gestationsalter zu vermehrten Kontraktionen bzw. Wehen kommt. Wir fanden in unserem Kollektiv hauptsächlich zwei Spitzen, die eine um die 12. und die andere um die 30.

Schwangerschaftswoche. Erwähnenswert ist auch die Anzahl der Cerclagen nach Shirodkar sowie deren zeitliche Verteilung.

Was die Gestosen betrifft, so hielten wir uns an die Empfehlung, dass Schwangerere mit einem höheren Indexwert als 4 hospitalisiert werden sollen. Die ambulante Betreuung richtete sich vor allem auf die Früherkennung.

Die vierte Patientinnengruppe, nämlich die mit Grundkrankheit der Mutter, ist die mannigfaltigste: Sie reicht vom manifesten Diabetes über den Morbus Hodgkin bis zu Herzklappenprothesen und Anlagemissbildungen des weiblichen Urogenitaltraktes.

Die Effizienz einer solchen doch sehr aufwendigen Schwangerenbetreuung wurde wiederholt diskutiert, und wir haben darüber auch bereits berichtet [1].

In unserem jetzigen Kollektiv – um ein Beispiel zu nennen – wiesen 12 Patientinnen mehr als 8 und 7 Patientinnen mehr als 10 Risikopunkte für eine Dysmaturität auf; bei 8 war es anamnestisch bereits zu einem intrauterinen Fruchttod gekommen, 19 erreichten beim Scoring nach Thalhammer zwischen 80 und 90 Punkten. Obwohl wir in dieser Gruppe 5 Aborte nicht verhindern konnten, kam es kein einziges Mal zu einem intrauterinen Fruchttod während der Schwangerschaft.

Ähnliches gilt auch für die Prä maturität: Bei 61 besonders gefährdeten Patientinnen -19 da von hatten mehr als zwei Aborte – kam es nur in 5 Fällen zu einem abortiven Schwangerschaftsende. Schon aus diesen Gründen – und nicht nur aus einer Philosophie heraus – glauben wir, dass die Betreuung von Risikoschwangerschaften ihren Platz in der Geburtshilfe hat.

Literatur