Diagnose der intrauterinen Wachstumsretardierung – Vergleich von Klinik, Gesamtöstrogenbestimmung aus dem 24-h-Urin und Ultraschallbiometrie (Distanzmessungen, biparietaler Kopfdurchmesser und thorako-abdominaler Querdurchmesser) unter Berücksichtigung des antepartalen und subpartalen CTGs

W.		Schmidt
F.		Kubli
L.		Garoff
H.J.		Hendrik
W.		Leucht
B.		Runnebaum

Universitäts-Frauenklinik (Geschäftsführender Direktor: Prof. F. Kubli), Heidelberg, BRD

Die intrauterine fetale Wachstumsretardierung ist hauptsächlich als Folge einer chronischen Plazentainsuffizienz anzusehen. Durch den umfassenden Einsatz verschiedener diagnostischer Parameter kann die Mangelversorgung rechtzeitig erkannt werden, so dass die entsprechenden therapeutischen Massnahmen gesetzt werden können.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
201

In der vorliegenden retrospektiven Studie (Juli 1977 bis Juni 1980) der Universität Heidelberg werden die Ergebnisse von klinischen Untersuchungen, der Gesamtöstrogenbestimmung aus dem 24-h-Urin und der Ultraschallbiometrie zur Diagnostik der intrauterinen Wachstumsretardierung vorgestellt. Zusätzlich werden ante- und subpartale CTGs ausgewertet.

Einfachuntersuchungen wurden sogenannten Serienuntersuchungen (= Verlaufsuntersuchungen) gegenübergestellt. Wiederholte klinische Untersuchungen wie auch Mehrfachbestimmungen der Gesamtöstrogenausscheidung aus dem 24-h-Urin führten zu keiner eindeutigen Verbesserung der Erkennungsrate von fetalen Mangelentwicklungen und waren mit relativ hohen Raten falsch-positiver Diagnosen belastet. Dagegen konnten durch die einfache Ultraschallbiometrie (Distanzmessungen) bei Serienbestimmungen rund 78% aller fetalen Wachstumsretardierungen festgestellt werden. Pathologische antepartale CTGs fanden sich in rund 27% der Fälle mit Wachstumsretardierung, allerdings fand sich eine etwa gleich hohe Rate pathologischer CTGs bei normalgewichtigen Neugeborenen.

Durch die Kombination der Ultraschallbiometrie mit der Gesamtöstrogenbestimmung aus dem 24-h-Urin konnte die Erkennungsrate fetaler Mangelentwicklungen (< 10%) auf 88% gesteigert werden. Dasselbe gilt für die Kombination der Ultraschallbiometrie mit der klinischen Untersuchung (Erkennungsrate 87%).

Die Kombination der klinischen Untersuchung mit der Gesamtöstrogenbestimmung wie auch mit der antepartalen Kardiotokographie führte zu deutlich schlechteren Ergebnissen.

Für die Praxis: Diese Arbeit betont besonders die diagnostische Bedeutung der Ultraschallbiometrie, die jederzeit anwendbar ist. Genaue Ultraschallkenntnisse sind jedoch Voraussetzung, da die Messung des biparietalen Durchmessers allein zu wenig ist.

Für die Klinik bedeutet diese Arbeit eine gute Übersicht über die verschiedenen Parameter zur Diagnose der intrauterinen Wachstumsretardierung. Die Frage, ob die Messung der Gesamtöstrogenausscheidung im 24-h-Urin oder die Bestimmung des Serumöstriols zielführender ist, bleibt allerdings nach wie vor offen.

M. Schönbauer, Wien