Vorgehen bei fetalem Hydrozephalus

F.A.	Frank A.	Chervenak
R.		Richard
L.		Berkowitz
M.	Marge	Tortora
J.C.	John C.	Hobbins

Yale University Medical Center, New Haven, Conn., USA

Die Autoren berichten über das klinische Vorgehen in 53 Fällen mit fetalem Hydrozephalus, die in der Ultraschallabteilung des Yale Medical Center diagnostiziert wurden. Diese Anzahl stellt das gesamte Kollektiv einer 6-Jahres-Periode zwischen 1977 und 1983 dar; 9 Fälle, die an anderen Spitälern weiterbetreut wurden oder von denen keine Autopsieberichte oder postnatale Sonographien existieren, wurden ausgeschieden. Ein Hydrozephalus wurde angenommen, wenn das Verhältnis zwischen Seitenven-trikal zur Hemisphärenbreite pathologische Werte (nach dem Normo-gramm von Jeanty) annahm. Der Hydrozephalus trat in 9 Fällen (17%) isoliert und in 44 Fällen (83%) vergesellschaftet mit anderen Missbildungen auf. Die häufigsten waren Spina bifida, chromosomale Aberrationen, neu-rogische, kardiovaskuläre und renale Missbildungen. Infolge verstärkter Anstrengungen und verbesserter Technik gelang es in den letzten 2 Jahren der Beobachtungszeit, die Diagnosegenauigkeit assoziierter Missbildungen zu verbessern, was effektivere klinische Entscheidungen ermöglichte. Das geburtshilfliche Vorgehen bestand bei 14 Fällen in der Beendigung der Schwangerschaft unmittelbar nach Diagnosestellung, vor Erreichen der Lebensfähigkeit des Fetus. Von den restlichen 39 Fällen wurden 22 (56%) mittels Sectio und 17 (43%) vaginal entbunden.

Ventillose ventrikuloamniotische Shunts wurden in 2 Fällen angelegt, von denen einer 4½ Wochen, der andere nur wenige Tage funktionsfähig blieb. Beide Kinder überlebten, eines mit mässigen, das andere mit schwe-ren zerebralen Schädigungen. In 11 Fällen wurde eine Zephalozentese, eine Punktion der Ventrikel mit Aspiration der Ventrikelflüssigkeit, durchgeführt. Dies geschah hauptsächlich, um eine vaginale Geburt bei extremem

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

167

Hydrozephalus zu ermöglichen; 10 Kinder aus dieser Gruppe starben ent-weder intrauterin oder unmittelbar postpartal.

Von 18 weiteren hydrozephalen Kindern, die mittels Sectio entbunden wurden, überlebten 11, die anderen starben, hauptsächlich wegen schwerer assoziierter Missbildungen. Aus der Gruppe der 8 Kinder, die ohne Zepha-lozentese vaginal entbunden wurden, überlebten 2.

Die Autoren leiten aus ihren Ergebnissen einige Richtlinien für das klinische Vorgehen bei Hydrozephalus ab.

Nachdem sich gezeigt hat, dass die Prognose von Hydrozephalus wesentlich von assoziierten Missbildungen beeinflusst wird, kommt der Fahndung danach zentrale Bedeutung zu: exakte sonographische Untersu-chung aller Organe, Karyotypisierung und Bestimmung der

Alphafetoprotein-konzentration im Fruchtwasser erscheinen obligat. Bei isoliertem Hydrozephalus wird die Schnittentbindung sofort nach Erreichen der Lungen-reife empfohlen, um die Kompression des Kortex abzukürzen. Die Autoren betonen an dieser Stelle, dass die Wahrscheinlichkeit einer normalen psychischen und intellektuellen Entwicklung für diese Kinder sehr hoch ist. Ventrikuloamniotische Shunts stehen derzeit noch im klinischen Erprobungsstadium, sodass ihr Wert noch nicht endgültig abgeschätzt werden kann. Für Missbildungen mit infauster Prognose gilt die vaginale Entbindung nach vorangegangener Zephalozentese als die Methode der Wahl.

Für die Praxis informiert die vorliegende Arbeit über den aktuellen Wissensstand, was vor allem in der Beratungssituation mit betroffenen Eltern wichtig werden kann.

Für die Klinik betonen die Autoren die Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Neonatologen, Neurochirurgen, Genetikern und Perinatologen mit Erfahrung mit Ultraschall.

Differenzierte Entscheidungen sollten je nach Situation des jeweiligen Falles getroffen werden.

M. Langer, Wien Management of Fetal Hydrocephalus