3. Hauptthema: Das Plazenta-Insuffizienzsyndrom

Gynäk. Rdsch. 1987;27(suppl. 2):136-137

Zur kardiotokographischen Plazentainsuffizienzdiagnostik

W.		Niedner
U.		Winkler
D.		Seitzer

Zentrum für Frauenheilkunde der Universität Münster (Vorstand: Prof. Dr. F. Beller)

Prof. Dr. W. Niedner, Universitäts-Frauenklinik, Albert-Schweitzer-Straße 33, D-4400 Münster/Westf

Im Hinblick auf die aufwendige Vorbereitung und Kontrolle beim Einsatz von Streßtesten wenden wir zur Überwachung der Risikoschwangerschaft den Non-Streßtest (NST) an [1, 3/4].

Bei fehlenden Kindesbewegungen setzen wir einen mechanischen Weckreiz. Bleibt der NST pathologisch wird sofort in Entbindungsbereitschaft ein Oxytocin-Stimulationstest (OST) angeschlossen [3].

Wir haben bei 321 stationären Patientinnen mit Gestationshypertonie und Präeklampsie, die auf diese Weise präpartal überwacht worden sind, retrospektiv die perinatalen Ergebnisse ausgewertet. Die CTG-Ableitung erfolgte nach vorheriger Blutdruckmessung in Rückenlage, bei Symptomen eines Cava-Kompressionssyndroms in Seitenlage. Die Kontrollen wurden in 2-tägigen Abständen durchgeführt, solange keine zusätzlichen Indikationen wie Wehentätigkeit, abnehmende Kindesbewegungen oder niedrige Östrogenwerte eine kurzfristigere Überwachung oder die Durchführung eines OST angezeigt erscheinen ließen.

Bei diesen 321 Frauen haben wir insgesamt 1902 (100%) NST durchgeführt. Davon fielen 1699 (89,3%) primär physiologisch aus, weitere 107 (5,7%) konnten nach Weckreiz als physiologisch eingestuft werden. Wiederholt pathologisch blieben 96 (5,0%).

Tabelle I. Azidosehäufigkeit der Neugeborenen (n = 325)

Geburtsmodus Anzahl Leichte u. Fortgeschr.

mittelgrad. u. schwere

Azidose Azidose

Spontan 247 12 1

Sektio

kindl. Indikation

mütterl. Indik. Forzeps

kindl. Indikation

mütterl. Indik.

Gesamt

325 35 (10,7%) 5 (1,5%)

Mitteilungen zum 3. Hauptthema

137

Der damit indizierte OST zeigte 65 mal (3,4%) ein physiologisches Bild. In 31 Fällen (1,6%) fiel das Ergebnis pathologisch aus, so daß eine Geburtseinleitung indiziert war.

Der Geburtsmodus und die Azidosehäufigkeit der 325 Neugeborenen sind in Tabelle I zusammengefaßt.

Prä- und intranatal haben wir bei unserem Überwachungskonzept kein Kind verloren. Ein Frühgeborenes verstarb am 2. Lebenstag an RDS, je ein ausgetragenes Kind verstarb am 4. Tag an Mekoniumileus mit Darmperforation sowie am 6. Lebenstag an einer Coli-Meningitis. Die ungereinigte perinatale Mortalität beträgt mithin in diesem Risikokollektiv 9,3%.

In Übereinstimmung mit Keegan et al. (4) sowie anderen Autoren halten wir eine 2tägige kardiotokographische Kontrolle im Sinne des NST in Kombination mit der Ultraschallfetometrie sowie der Östriolbestimmung auch für die Überwachung von Schwangerschaften mit hohem Risiko geeignet. Auf den primären Einsatz von Belastungstesten, die aufgrund der Gefährdung des Feten immer einen großen organisatorischen Aufwand mit sich bringen, kann mit wenigen Ausnahmen verzichtet werden.

Literatur

Mendenhall, E. W., O'Leary, J. A., Phillips, K. O.: The nonstress test: The value of a single acceleration in evaluating the fetus at risk. Amer. J. Obstet. Gynecol. 126 (1976) 699–706

Fischer, W. M., Stude, I., Brandt, FL: Ein Vorschlag zur Beurteilung des antepartualen Kardiotokogramms. Z. Geburtsh. Perinat. 180 (1976) 117–123

Weingold, A. B., De Jesus, T. P. S., O'Kneiffe, J.: Oxytocin challenge test. Amer. J. Obstet. Gynecol. 123 (1975) 466–472

Keegan

K. A., Paul

R. H.: Antepartum fetal heart rate testing. IV. The nonstress test as a primary approach. Amer. J. Obstet. Gynecol. 136 (1980) 75–80