Zwillingsschwangerschaften mit intrauterinem Fruchttod eines Feten

J.		Wessel
K.		Schmidt-Gollwitzer

Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Frauenklinik Charlottenburg (Ärztl. Leiter: Prof. Dr. W. Lichtenegger)

Dr. J. Wessel, Universitäts-Frauenklinik Charlottenburg, Pulsstraße 4-14, D-1000 Berlin 19

Zwischen 1982–1987 wurden 9 Gemini-Schwangerschaften beobachtet, bei denen zum Zeitpunkt der Geburt ein Fet abgestorben war (Gesamtinzidenz 0,1% bzw. 5,4% für alle Zwillingsgeburten). Das durchschnittliche mütterliche Alter von 33,1 Jahren war relativ hoch, mit 33,4 SSW das Gestationsalter niedrig. Alle verstorbenen Kinder sowie die Plazenten wurden histologisch untersucht.

In Tabelle I werden die wichtigsten Daten der Kinder aufgeführt: nur 2mal lag das Geburtsgewicht unter 1.000 g. Ab einer Gestationszeit von 36 SSW verlief die Neugeborenenperiode unauffällig. Der weitere Verlauf der anderen verlegten Kinder war recht unterschiedlich, die Morbidität wird am ehesten durch die erreichte Gestationszeit bestimmt. Ein Kind verstarb postpartal, mit 25 SSW hatte es das niedrigste Gestationsalter. Als Todesursache der intrauterin verstorbenen Feten dominierte der Komplex Anoxie/Asphyxie, 4mal bei fetto-fetaler Transfusion, 3mal bei Plazentainsuffizienz. Mißbildungen traten nicht auf.

Beim Entbindungsmodus fällt mit 89% eine hohe Sectiofrequenz auf. Diese ist zum einen von der Häufigkeit und der geburtshilflichen Einstellung zur Beckenendlagegeburt abhängig. Zum anderen war in nur 3 Fällen der Fruchttod seit längerem bekannt. Eine großzügige Indikationsstellung zur Schnittentbindung wird verständlicher, wenn das vorzeitige Absterben akut diagnostiziert wird und gleichzeitig weitere Risikofaktoren (Präeklampsie, stärkere Blutungen) vorhanden sind.

Erhöhte mütterliche Risiken durch den Fruchttod traten nicht auf. Das von Einlingschwangerschaften bekannte Risiko einer Verbrauchskoagulopathie (25% bei mehr als 4–5 Wochen retiniertem infans mortus) wird beim Fruchttod nur eines Zwillings als wesentlich geringer eingeschätzt.

Neben 3 dichorialen zeigten sich 5 monochoriale Plazenten, davon 4 mit fetto-fetalem Transfusions-Syndrom.

Es lassen sich folgende Hinweise für diese Hoch-Risiko-Gravidität aufstellen:

Ein erhöhtes mütterliches Risiko besteht nicht, das Gerinnungssystem ist ständig zu überprüfen und ggf. eine Heparinisierung durchzuführen. Eine a priori-Beendigung der Schwangerschaft nach Diagnose des Fruchttodes ist nicht indiziert. Die weitere Entwicklung des lebenden Zwillings ist sorgfältig durch CTG- und Ultraschallkontrollen zu überwachen. Diese Maßnahmen sichern eine Erfassung des Befindens beim überlebenden Zwillings, welches die Grundlage für Art und Zeitpunkt der Geburt darstellt. Die Betreuung der Schwangerschaft sollte

stationär erfolgen. Eine pathologisch-anatomische Untersuchung von Fet und Plazenta zur Ermittlung der Todesursache ist wünschenswert.

Freie Vorträge (Geburtshilfe)

248

Tabelle I. Geburtsgewicht und Todesursache des intrauterin verstorbenen Feten. Geburtsgewicht, APGAR-Score und Neonatalverlauf des lebend geborenen Feten

SSW bei verstorbener Zwillings Partus Gewicht – Todesursache

überlebender Zwilling

Gewicht/APGAR I'-57stat. Aufent-

halt

Neonatalperiode

38 37

36

35

34 34 34

28 25

50 g (Fetus papyraceus) – unklar

550 g – Asphyxie bei Plazentaglobalinsuffizienz

1000 g – Asphyktischer Schock bei chronisch nutritorischer Plazentainsuffizienz

2100 g – Asphyxie infolge mehrzeitiger vollständiger Nabelvenenthrombose beifft

2460 g – Asphyxie infolge Herzversagens bei fT

2300 g – Akute intrauterine Herzinsuffizienz bei fT

1250 g – Intrapartuale Anoxie bei chronisch nutritorischer Plazentainsuffizienz

375 g – unklar

455 g – Anoxie bei fT und eingeschränkter Diffusionskapazität der Plazenta

3250 g/9–10/0 Tage – unauffällig

2560 g/7–7/0 Tage – Hyperbilirubinämie

2460 g/7–9/0 Tage – unauffällig

2320 g/9–8/16 Tage

Anämie (12,2 g%) mit Transfusion

Polycystische Enzephalomalazie,

Hyperbilirubinämie

1750 g/4–4/69 Tage

Anämie (Hb 4,4g%) mit Transfusion

1840 g/8–9/25 Tage – unauffällig

1865 g/7–8/30 Tage Hyperbilirubinämie, Bradycardien

920 g/3–7/82 Tage – ANS II; protrahierte Apnoen, Bradycardien; Anämie mit Transfusion; Herniotomie, Orchi-dolyse bds.

710 g/0–5/Überlebenszeit: 262min. Todesursache: anämischer Schock bei terminaler Transfusionsumkehr; extreme Unreife

fft = feto fetale Transfusion.

Literatur:

Litschgi

M.

Stucki

D.: Verlauf von Zwillingschwangerschaften nach intrauterinem Fruchttod eines Feten. Z. Geburts. u. Perinat. 184: 227–230 (1980) Lumme

R.

Saarikoski

S.: Antepartal fetal death of one twin. Int. J. Gynecol. Obstet. 25: 331–336 (1987)