Effizienz eines fetopelvinen Index bei einem Geburtsgewicht von 4000 g und darüber: Vorläufige Ergebnisse

M.A.	Mark A.	Morgan
G.R.	Gary R.	Thurnau

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Oklahoma College of Medicine, Oklahoma City, Okla., USA

Ein Geburtsgewicht von 4000 g und darüber bedeutet aufgrund des möglichen Schädel-Becken-Missverhältnisses bzw. einer etwaigen Schul-terdystokie ein erhöhtes Risiko bei vaginaler Geburt. Von den Autoren wird in dieser Arbeit eine neue, vielversprechende Methode, ein Schädel-Becken-Missverhältnis zu prognostizieren, nämlich der fetopelvine Index, vorgestellt, der mit den herkömmlichen Methoden der Pelvimetrie und Ultraschallbiometrie verglichen wird. Bei insgesamt 34 Frauen am Geburtstermin wurde vor dem spontanen Wehenbeginn bzw. vor der Geburtseinleitung eine Pelvimetrie nach Colcher-Sussman und eine Ultraschallbiometrie vorgenommen. Ebenso wurde der fetopelvine Index computermässig erfasst und entsprechend den vier verschiedenen Durchmessern bzw. den entsprechenden Umfängen (des Schädels = HC, des fetalen Abdomens = AC, des Beckeneinganges = IC und der Beckenmitte = MC) bestimmt. Für die Berechnung des Umfangs (C) wurde der transversale (TD) und anteroposteriore (APD) Durchmesser nach der Formel: $C = TD + APD \times \frac{1}{2}\pi$ verwendet. die Summe der Umfangunterschiede zwischen Feten und mütterlichem Becken (zephalo-pelviner Unterschied = HC minus IC und HC minus MC und abdominal-pelvine Differenz = AC minus IC und AC minus MC) ergab den fetopelvinen Index, wobei ein positives Ergebnis ein Schädel-Becken-Missverhältnis bedeutete. Bei 18 der 34 Patientinnen, bei welchen eine operative Geburtsbeendigung wegen eines Schädel-Becken-Missverhältnisses vorgenommen werden musste, war der fetopelvine Index positiv, was einer Sensitivität von 94% entspricht. Bis auf 1 von 16 Patientinnen mit einer Spontangeburt hatten alle einen negativen Index.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

97

Für die Praxis erscheint die Bestimmung des fetopelvinen Indexes eine zwar aufwendige, aber auch zuverlässige und vor allem nichtinvasive Bereicherung bei der Beurteilung von Risikogeburten zu sein.

Für die Klinik müssten die vorhandenen vorläufigen Daten noch durch eine grössere Fallzahl bestätigt werden.

Elisabeth Vytiska-Binstorfer, Wien

Aus: Br. J. Obstet. Gynaec. 95: 693-697 (1988); cit. Gynäkol Rundsch 1989;29:97-98

Immunszintigraphie der Endometriose des Ovars: Vorläufige Ergebnisse

Immunoscintigraphy of Ovarian Endometriosis. A Preliminary Study

S.H. Kennedy, N.D. W. Soper, O.A. Mojiminiyi, B.J. Shepstone, D.H. Barlow

John Radcliffe Hospital, Headington, Oxford Nuffield, Department of Obstetrics and Gynaecology, Department of Nuclear Medicine

Patientinnen mit Endometriose können erhöhte Serumkonzentrationen des Tumormarkers CA-125 aufweisen, da auch endometroides Gewebe dieses den nichtmuzinösen Ovarialkarzinomen assoziierte Antigen exprimiert. Die Expression von CA-125 bei 2 Patientinnen mit Endometriose des Ovars sollte mittels Radioimmunszintigraphie in vivo demonstriert werden. Den Patientinnen wurde 1 mg eines mit 74 MBq (2 mCi) Iod-131 radioaktiv markierten monoklonalen Fragmentantikörpers OC-125 F(ab')₂, ein IgG1-Immunglobulin der Maus, intravenös verabreicht. Die Erstellung planarer Szintigramme des Beckens und des Abdomens erfolgte nach 3 und 5 Tagen post injectionem. Zur Optimierung der Befundauswertung wurde die unspezifische Blutpoolaktivität bzw. Radioaktivität in der Harnblase durch die Subtraktionstechnik mittels Technetium-99m markierten DTPA eliminiert.

Die eine Patientin, eine 45jährige Frau mit einer CA-125-Serumkonzentration < 6 E/ml, befand sich in einem Zustand 2 Jahre nach abdominaler Hysterektomie und linksseitiger Adnexektomie wegen Endometrio- Efficacy of the Fetal-Pelvic Index for Delivery of Neonates Weighing 4,000 g or Greater: A Preliminary Report