Pränatale Diagnostik von Defekten der Bauchhöhlenwand

A.		Rempen
----	--	--------

Universitäts-Frauenklinik Würzburg (Direktor: Prof. Dr. K.-H. Wulf)

Dr. A. Rempen, Universitäts-Frauenklinik, Josef-Schneider-Straße 4, D-8700 Würzburg

Defekte der Bauchhöhlenwand werden heute häufiger sonographisch erkannt. Bei ihrer Diagnose stellt sich dann die Frage nach dem adäquaten geburtshilflichen Vorgehen.

Bei 21 an der Universitäts-Frauenklinik Würzburg beobachteten Feten mit einem Defekt der Bauchhöhlenwand handelte es sich 3mal um einen Zwerchfelldefekt, 11mal um eine Omphalozele, 6mal um eine Gastroschisis und um eine Leistenhernie. Letztere stellte sich als echoreiche Vorwölbung in der linken Leiste eines Feten mit thanatophorem Zwergwuchs dar. Das deutlichste Hinweiszeichen für einen Zwerchfelldefekt ist die Verlagerung des Herzens innerhalb des Thoraxraumes durch die prolabierte Bauchorgane. Der Nachweis von flüssigkeitsgefüllten Magen-Darm-Anteilen oder Leberstrukturen im Thorax ermöglicht die spezifische Diagnose. Kongenitale Zwerchfellhernien sind durch eine hohe Koinzidenz weiterer Fehlbildungen aber auch Chromosomenaberrationen belastet. Die Prognose der pränatal diagnostizierten Zwerchfellanomalien ist aufgrund des meist ausgedehnten Defektes und der damit verbundenen Lungenhypoplasie in der Regel schlecht.

Ein Defekt der ventralen Bauchwand ist sonographisch durch einen Tumor gekennzeichnet, der entsprechend der prolabierten Organe ein solides oder inhomogen solid-zystisches Echomuster aufweist. Bei ausgedehnten Defekten mit Verlagerung eines Großteils der Abdominalorgane sind typischerweise schmale Rumpfmäße und eine Verkrümmung der Wirbelsäule zu beobachten. Bei der Gastroschisis liegt die Körperspalte in der Regel rechts paraumbilikal. Die prolabierten Organe flottieren dabei frei im Fruchtwasser. Meist handelt es sich um Darmschlingen, die sonographisch ein typisches Bild liefern. Von den sechs beobachteten Fällen wurden zwei im zweiten, die übrigen im dritten Trimenon diagnostiziert. In zwei Fällen bestand intrauterin eine deutliche Darmerweiterung, die in einem Fall durch ein Mekoniumileus bedingt war. Wir führten bei allen unseren Fällen einen Kaiserschnitt durch, wobei der

Entbindungszeitpunkt meist durch die vorzeitig einsetzende

Mitteilungen zum 5. Hauptthema

275

Wehentätigkeit bestimmt wurde. Wenn auch der Entbindungsmodus bis heute kontrovers diskutiert wird, ziehen wir den Kaiserschnitt der vaginalen Entbindung vor, um das Geburtstrauma und die Kontamination der ungeschützten Darmschlingen so gering wie möglich zu halten. Alle Kinder konnten durch die unverzügliche Operation nach der Geburt erfolgreich behandelt werden, wenn auch teilweise Mehrfacheingriffe wegen ausgedehnter Defekte erforderlich wurden. Bei der Omphalozele werden die prolabierten Organe von einer Amnion-Peritoneum-Membran umgeben. Die Nabelschnur inseriert im Bruchsack. Von den 11 beobachteten Fällen stand mit zwei Ausnahmen die Diagnose vor der 24. Woche fest. Es handelte sich meist um Defekte mit Leberbeteiligung häufig verbunden mit schweren

Begleit anomalien oder Chromosomenaberrationen. Die Eltern entschieden sich in allen früh diagnostizierten Fällen zur Abruption. Die übrigen Kinder verstarben wegen multipler Fehlbildungen.

Zusammenfassend sollte bei der pränatalen Diagnostik von Defekten der fetalen Bauchhöhlenwand 1. stets nach weiteren Organanomalien gefahndet werden, 2. eine Unterscheidung der Gastroschisis von der Omphalozele aufgrund ihrer unterschiedlichen Prognosen sicher getroffen werden, und 3. eine pränatale Karyotypisierung angestrebt werden, um eine sinnvolle Behandlung der Schwangerschaft und gegebenenfalls die optimale Versorgung des Kindes nach der Geburt zu ermöglichen.

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 275–277 (1989)

Stellenwert der pränatalen Gewichtsschätzung bei höhergradigen Mehrlingen

R. Knitza, U. Hasbargen, M. Ott, J. Wisser, H. Hepp Frauenklinik im Klinikum Großhadern, München (Vorstand: Prof. Dr. H. Hepp)

Höhergradige Mehrlingsschwangerschaften sind eng mit dem Problem der Frühgeburtlichkeit gekoppelt. Neben nicht hemmbarer vorzeitiger Wehentätigkeit, limitiert nicht selten eine placentare Insuffizienz die Tragzeit. Während den endokrinen Parametern zur Überwachung dieser Risikoschwangerschaften nur eine untergeordnete Bedeutung zukommt, gelten neben dem CTG vor allem die sonographisch gesicherte Retardierung bzw. ein Wachstumsstillstand als Warnzeichen für perinatale Morbidität und Mortalität.

In der Literatur gibt es bezüglich der pränatalen Gewichtsschätzung von Mehrlingen höherer Ordnung noch keine umfassenden Daten

und somit keine Normalwerte für das Wachstum dieser Kinder
wenngleich sich die Inzidenz dieser Mehrlingsschwangerschaften