Hypertonie in der Schwangerschaft: Möglichkeiten der Differenzierung der verschiedenen Hochdruckformen anhand von Serum- und Urinparametern

B.		Getz ^a
H.		Heidegger ^a
A.		Hümpfner ^b

^aFrauenklinik Bamberg (Vorst.: Prof. Dr. von Hugo) ^bKlinikum Bamberg, Abtlg. f. Nephrologie u. Osteologie (Vorst.: Prof. Dr. Schulz)

Dr. B. Getz, Frauenklinik im Klinikum Bamberg, Bürgerstraße 80, D-8600 Bamberg

In einer offenen, prospektiven Studie wurden bei Schwangeren mit Präeklampsie (PE) (Gruppe I: n = 7), mit schwangerschaftsinduzierter Hypertonie (SIH) (II: n = 9) und schwangerschaftsaggravierter Hypertonie (SAH) (III: n = 8) zahlreiche Serum- und Urinparameter einschl. verschiedener Nierenpartialfunktions- und tubulointerstitieller Funktionsparameter sowie die PTH-Aktivität bestimmt mit dem Ziel, Kriterien zu finden, die eine Unterscheidung der verschiedenen, klinisch definierten Hochdruckformen in der Schwangerschaft ermöglichen.

Ergebnisse

Es zeigte sich, daß die Präeklampsie-Gruppe eine eindeutig (signifikant: $p < 0,05$) niedrigere Kalziurese pro Tag ($\times = 74,9$ mg/die) als die SIH- oder SAH-Gruppe (II: 209,0, III: 267,4 mg/die) aufwies.

Auch die Kalzium-Clearance und die Kalzium/Kreatinin-Ratio (I: $0,06 \pm 0,05$, II: $0,17 \pm 0,09$, III: $0,18 \pm 0,13$, $p < 0,05$) fiel im gleichen Verhältnis aus.

Freie Vorträge (Geburtshilfe)

181

Die signifikante Hypocalciurese in der Präeklampsiegruppe läßt sich auf Nierenebene nicht durch eine unterschiedliche Kreatinin-Clearance, Natri- oder Kaliurese (Natrium/ Kalium-Clearance) oder Phosphaturese, Urinosmolarität bzw. Ausscheidung der gesamten osmotischen Last pro die erklären.

Auf prärenalier Ebene finden sich kein Unterschied (n. s.) in der Hämokonzentration (Hämatokrit), im Gesamt-Eiweiß und der Albuminkonzentration, im Serum-Kalzium tot. (Natrium, Kalium, Phosphat) oder in der PTH intakt-Aktivität, die die Kalziurese beeinflussen könnten.

Dagegen findet sich in der Präeklampsie-Gruppe ein signifikant ($p < 0,05$) niedrigeres ionisiertes Kalzium im Serum (I: $1,07 \pm 0,06$, $0,09$, II: $1,18 \pm 0,06$, III: $1,22 \pm 0,04$), das zur Erklärung der Hypokalziurese herangezogen werden kann.

Die Hypokalziurese bei der Präeklampsie könnte als sinnvoller Kalziumkonservierungsmechanismus bei bestehender Hypokalzämie (ion. Kalzium) interpretiert werden; ursächlich sind neben einer unzureichenden Kalziumzufuhr, eine verminderte enterale Ca-

Resorption bei relativem Mangel an Vit. D-Metaboliten (Synthesestörung, Verlust über Proteinurie, erhöhter Bedarf) zu diskutieren.

Die β -2-Mikroglobulinurie und die β -NAG-Ausscheidung im Urin erwies sich in dem bisher untersuchten Schwangerenkollektiv als nicht sensitiv genug, zur Unterscheidung der Hochdruckformen in der Schwangerschaft beizutragen, während die Diskelektrophorese anhand von typischen Proteinurie-Mustern die Differenzierung der SAH gegenüber SIH und Präeklampsie erleichtert.

Gynäkol Rundsch 1991;31(Suppl 2): 181–183

Prognostische Bedeutung der peripartalen Thrombopenie

H. Schröcksnadel, B. Sítte, A. Alge, E. Holböck, P. Brock Univers.-Klinik für Frauenheilk.

Innsbruck (Vorst.: Prof. Dr. O. Dapunt)

Die Wichtigkeit der peripartalen Thrombozytenbestimmung wurde in den letzten Jahren zunehmend erkannt, da die Blutplättchen eine wesentliche Bedeutung im Pathomechanismus der EPH-Gestose spielen.

An der Univers.-Frauenklinik Innsbruck wurden unter 5.600 Geburten 65 Patientinnen mit Thrombopenien (= Werte unter 140.000/mm³) beobachtet (= 1,16% der Entbindungen). Diese bei uns beobachtete Frequenz war deutlich niedriger als die von Burrows und Kelton 1990 im American Journal of Obstetrics and Gynecology berichtete [1] von 7,6% bei vergleichbarer Patientenzahl.

Es handelte sich bei den 65 Patientinnen um 27 mit Hellp-Syndrom

14 mit Präeklampsie