

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Muin D

Intrauteriner Fruchttod – unklar oder nicht ausreichend abgeklärt?

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2017; 35 (2)
(Ausgabe für Österreich), 15-17*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html

Intrauteriner Fruchttod – unklar oder nicht ausreichend abgeklärt?

D. Muin

Bislang ist es internationalen perinatalogischen Gesellschaften noch nicht gelungen, eine weltweit einheitliche Definition für den intrauterinen Fruchttod (IUFT) zu finden. Die Diskrepanzen beginnen mit dem Terminus an sich: Während im deutschen Sprachgebrauch unter der Diagnose „Intrauteriner Fruchttod“ eindeutig das intrauterin stattgehabte Versterben eines oder mehrerer Feten gemeint und verstanden wird, mag sich der englische Ausdruck „Stillbirth“ sowohl auf den antepartualen, als auch subpartualen Fetaltod beziehen, falls durch den Autor nicht dezidiert „intrauterine fetal death/demise“ angegeben oder dem Ausdruck „Stillbirth“ der Zeitpunkt „antepartual“ (Fetaltod vor Eintreten der Wehen) bzw. „intrapartual“ (Fetal- bzw. Kindstod unter der Geburt) vorangestellt wird. In vielen populationsbezogenen retrospektiven Studien zum Thema „Stillbirth“ ohne weitere Angaben wird genau dieser Mangel an klarer Eingrenzung der Definition in der englischen Literatur von fachkundigen Reviewern und Lesern zu Recht heftig als Limitation in der Dateninterpretation kritisiert.

Nicht nur ätiologisch und pathomechanistisch weisen der intrauterine Fruchttod und der subpartuale Kindstod wichtige Unterscheidungsmerkmale auf, auch die weltweite Prävalenz derselben verhalten sich konträr zueinander: Während der subpartuale Kindstod mit einer Häufigkeit von 98 % präferentiell in Entwicklungsländern vorkommt (Top 3: Pakistan 43,1 %, Nigeria 42,9 %, Tschad 39,9 %) und im Fokus der Bemühungen der World Health Organisation (WHO) steht, bis zum Jahre 2030 auf eine Inzidenz von weniger als 12 pro 1000 Geburten in jedem Land der Welt gesunken zu sein, stellen die Prävention und Post-mortem-Abklärung eines intrauterinen Fruchttodes einen wichtigen Gegen-

stand in der geburtshilflichen Betreuung von Schwangeren in der westlichen Welt dar.

Auch in der zeitlichen Definition des intrauterinen Fruchttodes gibt es bis dato unterschiedliche Grenzen zu einem Spätabortus: Der American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) differenziert zwischen IUFT und Spätabort ab der Schwangerschaftswoche (SSW) 20+0, das englische Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ab der SSW 24+0, und die WHO hat die Grenze ab der SSW 28+0 gezogen.

Unter Berücksichtigung des Standes der Gesetzgebung vom 31.12.2016 gelten hierzulande nach Paragraph 8, Absatz 1 aus dem Österreichischen Hebammengesetz folgende Definitionen:

- **Lebendgeburt:** Als lebendgeboren gilt UNABHÄNGIG VON DER SCHWANGERSCHAFTSDAUER eine Leibesfrucht dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes **Lebenszeichen** erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.
- **Totgeburt:** Als totgeboren oder in der Geburt verstorben gilt eine Leibesfrucht dann, wenn keines der unter Z 1 angeführten Zeichen erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von MINDESTENS 500 Gramm aufweist.
- **Fehlgeburt:** Diese liegt vor, wenn bei einer Leibesfrucht keines der unter Z 1 angeführten Zeichen vorhanden ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von WENIGER als 500 Gramm aufweist.

Tabelle 1: Maternale Untersuchung nach einem intrauterinen Fruchttod (gemäß RCOG-Leitlinie Nr. 55, Oktober 2010, aktualisiert Februar 2017)

Mütterliche Untersuchung	Ausschluss von
Hämatologie, Biochemie, CRP, Gallensäure	Präeklampsie, Multiorganversagen i.R. von Sepsis oder Blutung
Blutgerinnung, Plasmafibrinogen	Disseminierte intravasale Gerinnung
Kleihauer-Test	Rhesus-Immunsierung
Bakteriologie mittels Blutkulturen, Harnkultur, Vaginalabstriche, Zervikalabstriche	Bakterielle Infektion inkl. <i>Listerien monocytogenes</i> und <i>Chlamydien</i>
Virologische Serologie (<i>Parvovirus B19</i> , <i>Rubella</i> , <i>CMV</i> , <i>Herpes simplex</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Treponema pallidum</i>), Syphilis, ggfs. tropische Erkrankungen	Latente virale Infektion
Blutzuckerspiegel	Latenter Diabetes mellitus
HbA1c	Gestationsdiabetes
Schilddrüsenfunktionsparameter (TSH, fT4, fT3)	Latente Schilddrüsen-Funktionsstörung
Thrombophilie-Screening	Thrombophilie/Antiphospholipidsyndrom
Antikörper-Screening	Immunologische Hämolyse
Anti-Ro-, Anti-La-Antikörper	Autoimmunerkrankung
Thrombozyten-Antikörper	Alloimmunthrombozytopenie
Kokain-Metabolit-Screening im Harn	Okkultes Drogenabusus
Karyotypisierung	Elterliche balancierte Translokation oder Mosaik

Diese länderspezifisch groben Diskrepanzen in den Definitionen des IUFTs haben naturgemäß zur Folge, dass internationale Vergleiche wissenschaftlicher Ergebnisse oder statistischer Evaluierungen nur eingeschränkt möglich sind. Und genau diese sind unabdingbar, wenn man wissenschaftlich der Ursache eines intrauterinen Fruchttodes tiefer auf den Grund gehen will. Das Eintreten eines nicht antizipierten IUFTs läutet nicht nur für das betroffene Paar eine Phase von tiefer Trauer ein, begleitet von „einer Geburt, die Geburt des Toten“, sondern erfüllt auch das betreuende medizinische Team im ersten Moment mit Hilflosigkeit und Betroffenheit ob des Schicksals der werdenden Eltern eines leblosen Kindes.

Eine Aussage zur Ätiologie des intrauterinen Fruchttodes kann erst nach Abschluss aller relevanten mütterlichen und fetalen Post-mortem-Untersuchungen getroffen werden (siehe Tabellen 1 und 2). Je intensiver die postpartale Abklärung an Mutter und Feten abläuft, desto eher findet man kausale und assoziierte Faktoren, die für das intrauterine Versagen des fetalen Her-

zens beigetragen haben könnten. Für Eltern, welche eine fetale Obduktion aus religiösen und ethischen Gründen oder ob der Invasivität ihrem „bereits schon genug hat leiden müssenden“ Kindes gegenüber verweigern, bietet sich besonders im anglo-amerikanischen Raum immer mehr die fetale Post-mortem-Magnetresonanztomographie als valide Alternative zur Obduktion an, wiewohl in unseren Breiten das Angebot einer fetalen Post-mortem-MRT-Untersuchung aufgrund infrastruktureller Gegebenheiten leider nicht überall vorhanden ist. Die Aufdeckung der Ursache hilft im Trauerprozess der Eltern und erlaubt vor allem eine bessere Voraussage für das empirische Wiederholungsrisiko eines solchen Ereignisses in Folgeschwangerschaften.

Je weniger gründlich die Untersuchungen stattfinden, desto höher ist statistisch gesehen die endgültige Diagnose eines „unklaren intrauterinen Fruchttodes“ – welche jedoch viel treffender lauten sollte: „Intrauteriner Fruchttod aus vermeintlich unklaren Gründen, da ungenügend abgeklärt“. Viel zu viele „unklare IUFTs“ schließen mit einer solchen Diagnose ab, viel zu viele wie-

Tabelle 2: Fetale Post-mortem-Untersuchung nur nach schriftlicher elterlicher Einwilligung (gemäß RCOG-Leitlinie Nr. 55, Oktober 2010, aktualisiert Februar 2017)

Fetale Untersuchung	Ausschluss von
Nabelschnurblut, alternativ Blut mittels Kardio-punktion (falls möglich und nach schriftlicher elterlicher Einwilligung)	Fetale Infektion
Fetalabstriche	Fetale Infektion
Plazentaabstriche	Fetale Infektion
Genetische Untersuchung über fetale Muskel-, Knorpel- oder Plazentabiopsie	Aneuploidie, Monogene Erbkrankheiten
Fetale Inspektion (inkl. Gewichts- und Längenmessung)	Fehlbildungen, Wachstumsstörungen
Obduktion	Organpathologie
Organhistologie	Gewebspathologie
Röntgen	Skelettale Veränderungen
Plazentahistologie	Plazentare Insuffizienz, Abruptio placentae
Nabelschnurhistologie	Nabelschnurpathologie inkl. Nabelschnurthrombose

derkehrende IUFTs hätten trotz des 12-fach erhöhten Wiederholungsrisikos in Folgeschwangerschaften eventuell vermieden werden können, viel zu viele Eltern nehmen subjektiv ihre Realität schuld bewusst wahr, dass ihr Schicksal es nicht gut mit ihnen meine und ihnen nicht geholfen werden könne.

Im Bewusstsein der hohen falsch-positiven Raten des „unklaren IUFTs“ liegen aktuelle Bestrebungen internationaler Gesellschaften im Zeichen der perinatalen Mortalitätsreduktion darin, einheitliche Klassifikationssysteme zu gestalten, welche es notwendig machen, alle Fälle von intrauterinen Fruchttoden intensiv postnatal abzuklären, so dass jeder einzelne IUFT eine korrekte ätiologische Erklärung und dementsprechende Konnotation gemäß der International Classification of Diseases of Perinatal Mortality (ICD-10 PM) erhält. „Giving a Voice to Millions“ ist dafür die WHO in einer Ausgabe des BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynecology im August 2016 gerühmt worden.

Diesem Beispiel folgend werden auch hierzulande geburtshilfliche Abteilungen

aufgerufen, sich an nationale/loko-regionale Leitlinien für die genaue Abklärung nach intrauterinen Fruchttoden zu halten. Weiters ist österreichweit eine intensivere interdisziplinäre Vernetzung der Abteilungen für Geburtshilfe, Pathologie, Histologie, Radiologie und Genetik unabdingbar, um die geburtshilfliche Dokumentation und Abklärung jedes der etwa 280 in Österreich prä- und peripartal verstorbenen Kinder bestmöglich zu komplettieren, um die seit 2012 wieder leicht steigende nationale Inzidenz von Totgeburten in den kommenden Jahren zu reduzieren.

LITERATUR: BEI DER VERFASSERIN.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Dana Anaïs Muin, M.Sc., FECSM
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Abt. für Geburtshilfe und Fetomaternale
Medizin
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: dana.muin@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)