

SPECULUM

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

Tempfer C

Habituelier Abort: Diagnostik und Prävention

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 18-18*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (1)
(Ausgabe für Österreich), 18*

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



Habituelles Abort: Diagnostik und Prävention

C. Tempfer

Diagnostik

■ Karyotyp

Maternal und paternal aus Leukozytenkultur

Numerische/strukturelle Aberrationen selten mit 3 %, wobei balancierte Translokationen am häufigsten sind. Diese können sein:

- reziproke Translokation (= Austausch zw. nonhomologen Chromosomen)
- simple Translokation (= einseitiges Anfügen an ein nonhomologes Chromosom)
- Robertson'sche Translokation (= Fusion akrozentrischer Chromosomen, i.e. 21, 22, 13, 14, 15)

Beratung des Paares bzgl. Abortrisiko:

- Reziproke/simple Translokation: 25–50 %
- Bei 14:21-Translokation haben 50 % aller Feten letale Genotypen (Monosomie 14, Monosomie 21, Trisomie 14), ein Drittel ist normal, und ein Sechstel hat Trisomie 21
- Das Risiko für ein lebendgeborenes Kind mit Trisomie 21 ist bei 14:21-Translokation 10–15 %, wenn die Mutter der Träger ist und 2 %, wenn der Vater der Träger ist. Bei 13:14-Translokation ist das Risiko für ein lebendgeborenes Kind mit Trisomie 13 nur 1 %. Für diese beiden Translokationen ist das Abortrisiko 25 %. Eine 21:21-Translokation ist unvereinbar mit einem chromosomal normalen Kind.

■ Hysteroskopie

Anatomische Anomalien des Uterus findet sich bei etwa 15–30 % von Frauen mit Habituellem Abort (HA), am häufigsten sind Uterus septus, subseptus, bicornis sowie Synechien und submuköse Myome.

■ Infektionen

Lediglich bei Ureaplasmen, Chlamydien und Toxoplasmen ist eine Assoziation mit HA beschrieben. Ansonsten ist ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Infektionen und HA fraglich; falls anamnestisch eine TORCH-Infektion (Röteln, Cytomegalievirus, Herpes simplex) vorliegt, wären neben Toxoplasmen auch die restlichen TORCH-Erreger abzuklären. Für einen Zusammenhang zwischen HA und Mykoplasmen, Brucellen, *Listeria monocytogenes*, *Francisella*, *Yersinia* oder *Candida* gibt es keine repräsentativen Daten.

■ Lutealanalyse – luteal phase deficit (LPD)

Am 4., 7. und 10. postovulatorischen Tag Progesteron bestimmen. Wenn die Summe der Werte < 30 ng/ml ist, liegt ein LPD vor oder Endometriumbiopsie in der 2. Zyklusphase (LPD entspricht ≥ 3 Tage Differenz zw. Histologie und rechnerischem Zyklustag). Allerdings haben auch normal fertile Frauen eine 30 %ige Prävalenz an LPD. Es gibt jedoch Daten prospektiv-randomisierter Studien, die belegen, daß eine Progesterontherapie bei Frauen mit LPD **und** HA die Schwangerschaftsrate erhöht.

■ Hyperhomozysteinämie

Störungen des Methionin-Homozystein-Stoffwechsels sind mit dem HA assoziiert und treten in bis zu 20 % des Krankengutes auf. Sowohl Hyperhomozysteinämie als auch Folsäuremangel und homozygote Trägerschaft der C677T-Mutation des Methylen-tetrahydrofolsäurereduktase-(MTHFR-)Gens verdreifachen das Risiko für HA. Da eine Normalisierung des Serumhomozystein-spiegels durch Gabe von Vitamin B₆, B₁₂ und Folsäure erreicht werden kann, ist eine diesbezügliche primäre Vitaminsupplementierung bei Patientinnen mit HA angezeigt.

■ Weitere mögliche Untersuchungen

FSH, E2 am 3.–5. ZT zur Diagnose einer „diminished ovarian reserve“

Eine Assoziation zwischen Dysbalancen von Prolaktin, Schilddrüsenparametern, Androgenen und HA ist beschrieben.

■ Antiphospholipidsyndrom

Definition: HA mit positiver Lupus-Antikoagulase-Aktivität und/oder positivem Antikardiolipinantikörper-Befund.

Die Lupus-Antikoagulase-Aktivität („Lupus Anticoagulans“) ergibt sich aus der Evaluierung von 3 APTT-Zeiten: APTT AktinFS, APTT STA und APTT-LA. Wenn mind. 2 dieser APTT-Zeiten verlängert sind, dann ist die Lupus-Antikoagulase-Aktivität positiv. Es gibt allerdings auch andere Definitionen, z. B. die „dilute Russel's venom piper time“ und „platelet neutralisation“.

Antikardiolipinantikörper sind Autoantikörper gegen phospholipidbindende Plasmaproteine, z. B. Prothrombin oder Antithrombin III sowie Zelloberflächenantigene des Trophoblasten.

Prävention/Therapie

Wenn **kein Antiphospholipidsyndrom** vorliegt: ThromboASS 100 mg 1 × 1 tgl., Prednison 5 mg 1 × 4 tgl. um 21.00 Uhr (maximale Unterdrückung pro-inflammatorischer Zytokine ohne Unterdrückung der endogenen morgendlichen Cortisolausschüttung), Folsan 5 mg jeden 2. Tag sowie Duphaston 2 × 1 tgl. ab dem 14. Zyklustag (ZT); wenn keine Menstruation eintritt, Schwangerschaftstest; falls dieser neg. oder Menses Abbruch der Medikation (außer Folsan) und Wiederbeginn am nächsten 14. ZT. Wenn eine Schwangerschaft eintritt: Prednison 5 mg 1 × 4 tgl. und Duphaston 2 × 1 tgl. bis inkl. 12. SSW. ThromboASS 100 mg tgl. bis inkl. 7. Monat, Folsan 1 × 1 jeden 2. Tag durchgehend. Damit Rate an Lebendgeburten etwa 90 %. Diese Lebendgeburtensrate ist unabhängig vom Antiphospholipidsyndrom-Status, d. h. sie gilt sowohl für Lupus-Antikoagulase-Aktivität/Antikardiolipinantikörper-negative und -positive Patientinnen (Reznikoff-Etievant et al. Hum Reprod 1999). Allerdings ist anzumerken, daß eine derartige Kombinationstherapie nicht durch eine prospektiv-randomisierte Studie abgesichert ist.

Bei Antiphospholipidsyndrom: Heparinisierung zusätzlich zu Aspirin/Folsan/Cortison/Duphaston. Beginn mit 5.000 Einheiten s.c. alle 12 h; Kontrolle von PTT und Thrombozyten 6 h nach Beginn und dann jede Woche; Dosierung so adaptieren (= erhöhen), daß die PTT 1,2- bis 1,5mal der

Ausgangs-PTT entspricht, aber Steigerung nicht mehr als 1.000 Einheiten/Woche; die mittlere Dosis, die man braucht, beträgt 13.500 Einheiten. Heparin absetzen bei Wehen und Wiederbeginn p.p. mit 2/3 der Dosis und über 3 Wochen ausschleichen.

Anmerkung: Reznikoff-Etievant berichtet, daß in seiner Serie ein relevant schlechteres Outcome bei Frauen mit Antikardiolipinantikörper > 30 units vorlag und nicht allgemein bei Frauen über dem cutoff von 15 units (Reznikoff). Man könnte also die Heparinisierung auf Frauen mit Antikardiolipinantikörper > 30 units beschränken.

Anmerkung: Unter Heparintherapie sollte man zur Erhaltung der Knochendichte Kalzium verabreichen (1,5 Gramm tgl.).

Es gibt 2 weitere Therapieoptionen:

i.v.-Immunglobuline: Es ist unklar, ob eine Gabe von Immunglobulinen die Lebendgeburtensrate steigert (1 g/kg/Tag an 2 Tagen pro Monat). Es könnte auch sein, daß i.v.-Immunglobuline die Komplikationsrate (IUGR, Präeklampsie) senken. Zu dieser Problematik wird derzeit eine prospektive randomisierte Studie durchgeführt.

Impfung mit paternalen Leukozyten: Eine Impfung mit paternalen gereinigten Leukozyten bei einer seronegativen (= keine Antikörper gegen paternale Leukozyten) Patientin erhöht laut der größten publizierten Studie die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Schwangerschaft um das 4-fache, unabhängig davon, ob es zu einer Serokonversion kommt oder nicht. Die Prozedur ist aufwendig und nur an wenigen Zentren etabliert.

Cave: Wenn eine Frau mit HA schwanger ist, dann ist diese Schwangerschaft wegen der zu erwartenden Komplikationen als Hochrisikoschwangerschaft zu betrachten. Beschrieben ist eine Rate an Präeklampsie bis zu 50 % (!) und eine Rate an IUGR von 31 % und Frühgeburten von 43 %. Eine prophylaktische Lungenreifung in der 24. Schwangerschaftswoche ist vertretbar.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Clemens Tempfer
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Abteilung für Gynäkologie u. Geburtshilfe
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
e-mail: clemens.tempfer@akh-wien.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](#)