

Sinnvolles (und Unnötiges) in der Schwangerschaftsvorsorge

Ein Update zum Vorgehen in der Praxis

Dr. med. Gero Drack

In der Schwangerschaftsvorsorge kristallisieren sich mehr und mehr jene Massnahmen heraus, für deren Nutzen sich eine Evidenz finden lässt. Die Komplexität des Prozesses Schwangerschaft, die neuen Entwicklungen bei prophylaktischen und therapeutischen Interventio-

nen, die sich stetig wandelnde epidemiologische Situation bei den Infektionskrankheiten sowie die Dynamik der sozialen Veränderungen werden jedoch weiterhin laufend Anpassungen eines jeden Vorsorgekonzepts notwendig machen.

Im Folgenden soll in Tabellenform eine Zusammenfassung für ein aktuelles Vorsorgekonzept gegeben werden. Die knappe Darstellung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass mindestens drei weitere Aspekte zu beachten sind:

- ▶ Die Schwangerschaftsvorsorge beginnt idealerweise präkonzeptionell: Hierzu gehören die
 - rechtzeitige, das heisst die ein bis zwei Monate vor der Konzeption beginnende Einleitung einer *Folsäureergänzung* (bei vorgängiger oraler Kontrazeption besser zwei Monate)
 - Infektabklärungen (Röteln, HIV)
 - Arbeitsplatzdispositionen und
 - vor allem bei vorbestehenden Erkrankungen eine Optimierung des Gesundheitszustandes.
- ▶ Eine umsichtige Schwangerenbetreuung erfordert diverse Beratungsgespräche (Erläuterung der Massnahmen, speziell der Ultraschalluntersuchungen und der Pränataldiagnostik; Beratung über Alltagsgestaltung mit Rücksicht auf Beruf und/oder Kinder, Ernährungsfragen, Reisen, Sport, Geschlechtsverkehr, Arbeitsrecht).
- ▶ Der Ultraschalldiagnostik kommt heute eine dominante Stellung zu, welche über das Konzept hinausreicht das in den Verordnungen zur Sozialversicherung beschrieben ist. Die Ultraschalldiagnostik vermag klinische Untersuchungen und auch Laboruntersuchungen nicht nur zu ersetzen, sondern auch gezielt zu erwei-

tern. Dies gilt sowohl für die Zeit vor der ersten wie auch für die Zeit nach der zweiten Screening-Ultraschalluntersuchung.

Auf einige neuere, immer noch kontrovers diskutierte praktische Aspekte ist besonders hinzuweisen:

- ▶ Im ersten Trimenon beziehungsweise vor der zwölften Woche soll aus energetischen Sicherheitsgründen *keine Doppler-Herztonkontrolle* vorgenommen werden; bei einer sonografischen Kontrolle (B-Mode) kann kurz mit dem M-Mode eine Frequenzabschätzung durchgeführt werden.
- ▶ Ein Screening bezüglich der *Schilddrüsenfunktion* kann mangels geprüfter Handlungsanleitungen (noch) nicht empfohlen oder gefordert werden. Die Bedeutung der Schilddrüsenhormone für die Entwicklung des kindlichen Gehirns lässt aber die Prüfung der Familien- und der persönlichen Anamnese auf eine Schilddrüsendysfunktion als angezeigt erscheinen.
- ▶ Ein Screening nach *irregulären Antikörpern* wird unabhängig von der Blutgruppe zu Beginn jeder Schwangerschaft empfohlen, bei negativem Test und bei Rhesus-Positivität (D) aber nur einmalig.
- ▶ Ein *Chlamydienscreening* wird aus praktischen Gründen oft zu Beginn der Schwangerschaft durchgeführt. Die Chlamydien sind als kausaler Faktor der Frühgeburtlichkeit möglicherweise weniger bedeutsam als bisher vermutet, hingegen sind sie Risikofak-

toren für eine erhöhte Morbidität des Kindes wie auch der Frau. Somit ist der Zeitpunkt des Screenings (1. oder 3. Trimenon) weniger wichtig als dessen antepartuale Durchführung an sich.

- ▶ Zum serologischen *Infektscreening (TORCH-Screening)*: Die *Zytomegalie-Serologie* ist diagnostisch wenig aussagekräftig. Da zudem ein Therapiekonzept fehlt, besteht keine Indikation für deren Durchführung im Rahmen des Routine-Infektscreenings. Die *Bestimmung der Varizellen-IgG* empfiehlt sich dagegen mehr wegen der häufigen Anfragen verunsicherter Schwangerer nach einem Krankheitsfall im sozialen Umfeld. Für Schwangere mit einer *HIV-Infektion* bestehen gute Therapiekonzepte; eine Testung ist in jeder Schwangerschaft mit dem informierten Einverständnis der Schwangeren zu empfehlen.
- ▶ Nach wie vor ein «Sorgenkind» ist die allzu oft unterlassene Suche nach einem *Gestationsdiabetes*. Die Uringlukose kann zweifellos ab und zu den Anstoss zur gezielten Suche geben, dennoch ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass heute eine einmalige Blutzuckerkontrolle zwischen 24. und 28. Woche als obligat zu bezeichnen ist. Dieses Screening wird am einfachsten nüchtern durchgeführt (venöses Plasma; Norm: < 4,8 mmol/l) oder – falls unmöglich – nach einer Belastung mit 50 g Glukose oral

Sinnvolles (und Unnötiges) in der Schwangerschaftsvorsorge

Tabelle 1: Diagnostische Massnahmen in der Schwangerschaftsvorsorge

Untersuchung/Bestimmung	obligat, regelmässig	obligat, selektiv	auf Indikation	Anmerkungen
Gewicht/Grösse		in 1. Kontrolle; Body-Mass Index		weitere Gewichtskontrollen fakultativ
Blutdruck	X			
Symphysen-Fundus-Abstand (cm)	ab 20. Woche			informativer als Bauchumfang
Fetale Herzfrequenz	ab 12. Woche			
Zervixkontrolle		Klinisch in 1. Kontrolle (als gynäkolog. Kontrolle)	sonografisch, evtl. auch klinisch	keine Routine-Zervixkontrollen
Nativpräparat/pH		in 1. Kontrolle und nochmals bei 16. Woche	bei klinischer Symptomatik	(pH zur Selbstkontrolle erst in Evaluation)
Pap-Abstrich			in 1. Trimester, je nach letzter Kontrolle	
Urin	Stix: E, pH, Nitrit, Lc	Bakteriologie (in 1. Kontrolle)	bei klinischer Symptomatik	fakultativ in Stix: Zucker
Hämatologie		Hb (2–4 x)	Hkt, MCV; Lc	Tc bei 1. Kontrolle (fakultativ)
Blutchemie			nach Anamnese und Symptomatik	
BZ-Screening		24–26 W. (nüchtern oder nach 50 g)		unnötig nur, wenn < 25 J. u. BMI < 25
Blutgruppe, Rhesus		in 1. Kontrolle		
Irreg. AK-Screening		in 1. Kontrolle		
AK-Suche wenn «Rh-negativ» (= «D») (oder bei relevanten irregulären AK)		Anti-D in 1. Kontrolle	wenn kein Anti-D: Kontrolle in 24. bis 28. Woche; wenn Anti-D positiv: Kontrolle zirka 4-wöchentlich; andere AK: 4- bis 8-wöchentlich	Keine Kontrolle mehr nach Anti-D-Gabe, aber Anti-D-Gabe repetieren alle 12 Wochen
Infekterologie («TORCH»)		in 1. Trimester: Röteln; Toxoplasmose, HIV, Chlamydien; Ende 2./Anfang 3. Trimester: Hepatitis B (evtl. Chlamydien)	Toxoplasmose: (1- bis 2-monatlich, wenn IgG negativ); bei Risiko: Hepatitis C; Lues; hämolysierende Streptokokken B (je nach gewähltem Präventionskonzept)	evtl. «Nullserum» sicherstellen
Sonografie		Screening: 2 x: 10.–12./20.–23. Woche		Info obligat und zu dokumentieren
Aneuploidiescreening			(als Screeningtest auf Wunsch im 1. oder 2. Trimenon)	Kosten zulasten der Schwangeren
Karyotypisierung			Indikation: Alter oder pathologischer Screeningtest	CVS 10. bis 12. Woche; AC ab 16. Woche

(venöses Plasma; Norm: 60 min nach Einnahme: < 7,0 mmol/l). Auf ein solches Screening kann höchstens bei einer jungen Schwan-

geren unter 25 Jahren mit einem BMI unter 25 verzichtet werden, ansonsten ist es immer und auch in jeder Folgeschwangerschaft durchzuführen.

Einem pathologischen Screeningtest schliesst sich ein eigentlicher Belastungstest an. Bei dessen pathologischem Ausfall sind eine professionelle

Sinnvolles (und Unnötiges) in der Schwangerschaftsvorsorge

Tabelle 2: Infektabklärungen

	Bei allen	Bei Risiko	Bei Fetopathie	Bei drohender Frühgeburt
Röteln	IgG		IgG/IgM	
Toxoplasmose	IgG/IgM	Falls IgG negativ, 1- bis 2-monatlich repetiert	IgG/IgM	
Hepatitis B	HBsAg und/oder Anti-HBc-AK			
HIV	AK-Screen			
VZV			IgG/IgM	
CMV			IgG/IgM	
Lues		TPHA (FTA abs.)	IgG/IgM	
Hepatitis C		AK-Screen		
Parvovirus B 19			IgG/IgM	
Zervix-Bakteriologie				Zervizitis; vorzeitige Wehen; vorzeitiger Blasensprung
Beta-hämolisierende Streptokokken-Gruppe B (GBS) (je nach dem gewählten Präventionskonzept)	1. Konzept: Abstrich von Vagina/Anus (einzelne Autoren: von Zervix); Prophylaxe sub partu, wenn häm. Streptok.-Gruppe B nachgewiesen	2. Konzept: Penizillin.Prophylaxe sub partu bei definierten Risikosituationen		Abstrich von Vagina/Anus fakultativ, da FG < 34. Woche an sich bereits eine Indikation für Antibiose sub partu
Chlamydien	1. Trimenon (oder 3. Trimenon)			Zervixabstrich
Mykoplasmen				Relevanz unklar; (Zervix; < 32. Woche)
Gonorrhö		Zervixabstrich		
Herpes simplex		Virusnachweis aus Bläschen		
Nativpräparat/pH (Vagina)	in 1. Kontrolle und bei 16. Woche			
Urin	Bakteriologie in 1. Kontrolle			

Zur Infektprophylaxe gehört auch die Information der Schwangeren mit fehlender Toxoplasmose-Immunität über die einfachen, aber effizienten Verhaltensregeln wie Händewaschen nach Berühren von Katzen, nach Gartenarbeit und Gemüserüsten und – epidemiologisch gesehen – insbesondere der Verzicht auf nicht wirklich gar gekochtes Fleisch. Einige der oben genannten Empfehlungen wird der Hausarzt auf seine ihm bekannten schwangeren Patientinnen anpassen, d.h. in der Regel vereinfachen können.

Zum Konzept der Prophylaxe einer neonatalen Sepsis mit hämolisierenden Streptokokken-Gruppe B (GBS) mittels Penizillin-Gabe in Risikosituationen (statt eines generellen Screenings bei 35. Woche) gehören die Bestimmung der GBS-Bakteriurie in der Schwangerschaft, die Antibiotikagabe bei Fieber sub partu, bei Frühgeburtslichkeit < 34. Woche sowie bei Anamnese eines vorangegangenen Kindes mit neonataler GBS-Sepsis.

Ernährungsberatung und unbedingt eine Kontaktaufnahme mit in Fragen des Gestationsdiabetes erfahrenen Internisten und Geburtshelfer einzuleiten.

- ▶ Der Einbezug der Kardiotokografie ist bei der unkomplizierten Schwangerschaft erst bei Terminüberschreitung angezeigt. ▶

Dr. med. Gero Drack, MPH
Leitender Arzt Geburtshilfe
Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen
9007 St. Gallen
E-Mail: gero.drack@kssg.ch