

Protokoll zum 5. Stufe II Treffen in Freiburg vom 08.12.2007 im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik

Wissenschaftliche Vorträge – Teil 1:

1. Dr. Hentschel, Universitätskinderklinik Freiburg

IUGR – SGA: unterschiedliche Begriffe, aber identischer Inhalt. Dystrophe Kinder unter der 10. Percentile, hypertrophe Kinder über der 90. Percentile. Die größte Korrelation besteht mit dem Geburtsgewicht der Mutter selbst.

Symmetrische Retardierung: Gewicht, Länge, Kopfumfang im gleichen Maße vermindert. Ursachen: chromosomal, infektiös, syndromal, Alkohol.

Asymmetrische Retardierung: im Schwangerschaftsverlauf später auftretend, bessere Prognose, da meistens Folge uteroplacenter Funktionsstörung. Der wichtigste Faktor für eine IUGR: maternaler Nikotinabusus.

Komplikationen der IUGR: Fehlbildungen wie Hypospadie, Darmatresien, ante- und peripartale Asphyxie, postpartale Hypotonie und Hypoglykämie, bakterielle Infektionen, nekrotisierende Enterokolitis.

Problem: ein Glukosemangel wird oft unterschätzt.

Diskussion: noch keine evidenzbasierte Lösung des Problems des optimalen Entbindungszeitpunktes. Auf die Frage, ob die Prognose eines programmiert frühgeborenen Kindes mit entsprechender postpartaler Betreuung besser ist als ein durch Hinauszögern des Entbindungstermins zunehmend dystrophen Reifgeborenen, konnte weder der Referent noch das Auditorium eine befriedigende Antwort geben.

2. Dr. Schwab, Universitätskinderklinik Freiburg

Zur Prognose von SGA Kindern: durchschnittlich IQ Verminderung von 6,2 Punkten. 90% der SGA Feten zeigen Aufholwachstum bis zum 2. Lebensjahr, bei 10% bleibt dies aus. Gute Erfolge erzielt eine Therapie mit Wachstumshormon bei einer Körpergrößenentwicklung unter der 2,5-fachen Standardabweichung. Erst ab dem 4. Lebensjahr vorgesehen. Heutzutage gute Verträglichkeit, keine Übertragung von Slow-Viruserkrankungen, aber erhöhte hepatische Glukoseproduktion mit einer Prädisposition zum Diabetes mellitus Typ II. Risiko eines Pseudotumor cerebri gering, ebenso geringes Risiko der Epiphysiolysis capitis femorum.

3. Frau Dr. Rasenack, Universitätsfrauenklinik Freiburg

Auswirkungen des Rauchens in der Schwangerschaft: bedeutendstes einzelnes Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung. 17% der Gesamtmorbidität ist tabakassoziiert. Ein Drittel aller Frauen raucht. Hierunter steigt das Risiko für eine EUG, eines Aborts, einer LKG, Plazentaprobleme wie Placenta prävia oder vorzeitige Lösung, Frühgeburtslichkeit. Die perinatale Mortalität ist ebenso erhöht wie das Auftreten von SIDS und ADHS. Verminderung des IQ. Risiko der Entwicklung eines metabolischen Syndroms mit Übergewicht bei den Kindern rauchender Mütter. Das Risiko der Tabakabhängigkeit im weiteren Leben erhöht. Stillen sollte gefördert werden. Die Schwangeren sollten ermutigt werden, das Rauchen in der Schwangerschaft auszusetzen, wodurch das Risiko eines IUFT um 25% gesenkt wird.

Berufspolitik

4. Dr. Hinz, Ramolla, KV Baden-Württemberg

Neue Organisationsformen im Medizinsystem

Eine Vernetzungskooperation ist sinnvoll, die Einzelpraxis ein Auslaufmodell, eine Niederlassung an mehreren Standorten eher etwas für die Selbstaussbeutung. Hier ist auf alle Fälle eine Einzelberatung mit den Fachleuten notwendig.

Wissenschaftliche Vorträge – Teil 2:

5. Dr. Paulus, Ulm

Fetometrie nach Medikamentenexposition

An eine Wachstumsretardierung ist vor allem bei Einsatz von Antihypertensiva wie β -Blocker, Atenolol, Propranolol zu denken. Auch Diuretika, ACE Hemmer, AT II-Rezeptorantagonisten sowie Immunsuppressiva, Kortikosteroide, Azathioprin, Cyclosporin A, Tacrolimus, Mycophenolat mofetil, Zytostatika, Antikonvulsiva wie Valproinsäure und Cumarinderivate wie Phenprocumon, Warfarin erhöhen das Risiko einer IUGR. Bekannt sind Drogen wie Alkohol, Rauchen, Kokain, Amphetamine und Heroin als IUGR provozierende Agentien.

6. Dr. Kagan, Tübingen

a. Die FMF UK hat von 1999 bis 2005 mehr als 37000 euploide Schwangerschaften und 264 Fälle mit Trisomie 21 in der 11+0 bis 13+6 SSW im Rahmen einer Screening-Studie untersucht, um den Normalbereich der Nackentransparenz (NT) und die Abweichung bei Trisomie 21 zu prüfen. Dabei fiel auf, dass sowohl der deltaNT- als auch der MoM NT-Ansatz zur Risikoberechnung der Trisomie 21 Schwächen aufweist. Bei der delta NT-Methode erwartet man, dass deltaNT unabhängig von der Scheitel-Steiß-Länge (SSL) ist, was bei einer SSL um 45mm nicht gegeben ist. Bei der MoM-Methode ist eine zentrale Voraussetzung, dass NT log MoM bei normalen Schwangerschaften und bei Feten mit Trisomie 21 normalverteilt ist, was ebenfalls nicht gegeben ist. Eine Alternative, welche die NT bei normalen Schwangerschaften und bei Trisomie 21 widerspiegelt, ist das „Mixture Model“. Bei den chromosomal normalen und abnormalen Schwangerschaften liegt eine bimodale Gauss-Verteilung der Nackentransparenz vor, die aus einer SSL abhängigen und einer SSL unabhängigen Verteilung besteht. Das heißt, dass es für jeden Karyotyp zwei Gruppen von NTs gibt. Die SSL abhängige Gruppe ist bei allen Feten gleich, hier steigt NT mit zunehmender SSL an. Der Normalbereich ist ähnlich im Vergleich zum heutigen Normalbereich. In der SSL unabhängigen Gruppe ist die NT deutlich erhöht und unabhängig von der SSL. Zum Beispiel liegt die NT bei Feten mit Trisomie 21 in dieser Gruppe bei 3.4mm, bei Feten mit Trisomie 18 bei 5.1mm. Ungefähr 95% der Feten mit Trisomie 21 folgen der SSL unabhängigen NT-Verteilung, während es bei Feten mit einem normalen Karyotyp nur ca. 5% sind. Dieses Model spiegelt die Nackentransparenz bei normalen und chromosomal auffälligen Schwangerschaften besser dar und erlaubt die adäquatere Risikoberechnung. Die Detektionsrate für das Screening mittels mütterlichem Alter und NT beträgt ca. 80% für eine falsch-positiv Rate von 5%, wobei eine abnehmende Sensitivität mit zunehmender SSL beobachtet wird.

b. Zudem wurden anhand von über 96000 normalen Schwangerschaften und 491 Fällen mit Trisomie 21 die Mediane für PAPP-A und das freie beta HCG erneut bestimmt. Im Unterschied zu den bisherigen Studien der FMF UK in diesem Bereich, wurde eine multiple Regression verwendet, um die Covariablen

- verwendetes Analysesystem
- Schwangerschaftsalter
- Mütterliches Gewicht
- Mütterliche Herkunft
- Rauchen
- IVF
- Parität
- Zwillinge monochorial/dichorial

zu berücksichtigen. Der neue FMF Algorithmus berechnet die MoMs und das Risiko erst nach Eingabe dieser maternalen und fetalen Charakteristika. Die Detektionsrate für das Screening mittels mütterlichem Alter und Biochemie beträgt ca. 65% für eine falsch-positiv Rate von 5%.

c. Das Screening mittels mütterlichem Alter, NT und Biochemie hat eine Detektionsrate von ca 90% für eine falsch-positiv Rate von 5%.

7. Frau Dr. Bäß, Memmingen

Fetale Neurosonographie

Schwerpunkte: jeweils Normalbefunde bezogen auf die 3 Schwangerschaftsdrittel und Auffälligkeiten 1. in der hinteren Schädelgrube, 2. Mittelliniendefekte, 3. Cortex (Beispiele: Einblutungen und Verkalkungen bei CMV-Infektion) und Seitenventrikel mit Schwerpunkt milde Ventrikulomegalie.

Fazit: die neueren Techniken (VolumeContrastImaging-Rekonstruktion der coronaren Ebene) ergänzen die Darstellbarkeit der fetalen Hirnstrukturen.

Vor allem Cortex und Mittellinienstrukturen lassen sich nicht mit den Standardebenen erfassen.

Als ergänzende Literatur wird auf die Veröffentlichungen im White Journal (UOG- Ultrasound Obstetrics and Gynecology) der letzten 2 Jahre verwiesen.

Aktuelles aus der DEGUM

8. Schälike, Nürnberg

Stellt Ergebnisse einer Umfrage in der Stufe II Region Süd bezüglich Ersttrimesterdiagnostik vor. Befragung der DEGUM Stufe II über die NT Messung litt unter der insgesamt mageren und enttäuschenden Beteiligung der DEGUM Stufe II Mitglieder. Daher leider keine repräsentativen Ergebnisse zu gewinnen. Viele Untersucher sind in beiden FMF's parallel zertifiziert. Standard ist NT + Serummarker.

Erfahrung als Auditor: Qualität der Bilder in erschreckend vielen Fällen nicht akzeptabel (ein Bild, auf dem eigentlich nichts zu erkennen ist, wird dem Auditorium vorgestellt). Dies ist angesichts der hohen Rezertifizierungsraten verwunderlich.

Diskussion: NT Messung und First-trimester-Diagnostik mit allen Zusatzparametern (NB, Duct. ven, Tricusp.) gehört in die Hände erfahrener Untersucher des Levels II oder III der DEGUM. Die neue Software der FMF Deutschland (PRC 1.0) ist leider noch nicht komplett ausgereift (hoher Anteil von falsch-positiven Ergebnissen bei dem Biochemierisiko). Verbesserung ist dringend notwendig. Aktive Mitgliedschaft in der FMF-D nach wie vor wünschenswert, aber leider noch viel zu gering. Deshalb erneuter Aufruf, die Mitgliedschaft zu beantragen. Anträge über die Gebietsrepräsentanten anzufordern.

9. Dr. Mark, Weiden

Rechenschaftsbericht der Einnahmen und Ausgaben des letzten Stufe II Treffens in Nürnberg und zusammenfassender Überblick aller bisherigen Stufe II Veranstaltungen. Low budget Prinzip ohne Industriesponsoring ließ sich gut realisieren. Der aktuelle Kassenstand der Region Süd erlaubt evtl. notwendige Kompensation im Falle unerwarteter Ausgaben bei nächsten Veranstaltungen. Aktueller Mitgliederstand Region Süd: 148. Es erfolgten 27 Rückstufungen von DEGUM II in DEGUM I wegen fehlender Rezertifizierungsanträgen und/oder fehlender Leistungsnachweise.

Es wird die Historie der Organisation der Stufe II Regionen sowie der Neustrukturierung der Sektionsleitung in Erinnerung gerufen. Der erkennbare positive Effekt auf den Kontakt der Stufe II Mitglieder wird herausgestellt.

Die Sektionssitzung in Leipzig verabschiedete eine vom Vortragenden federführend verfasste Geschäftsordnung, in der bisher fehlende Regularien bezüglich Sektionsleitung, Zuständigkeiten, Außenvertretung etc. festgelegt sind. Dies wird als weiterer Schritt der Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Sektion sowie der Zusammenarbeit zwischen Stufe II und III dargestellt.

Aktuelle Zusammensetzung der Sektionsleitung (Board): Sektionsvorstand Prof. Gembruch, Stellvertreter Herr Mark, weitere Stufe III Mitglieder Frau Germer, Herr Eichhorn, Prof. Hansmann, Herr Schramm sowie als Vertreter der Stufe II Frau Dutar, Frau Kähler und Herr Schwerdtfeger. Auf die Informationsquelle der DEGUM Homepage wird hingewiesen. Aktuelles unter www.degum.de/neues, bzw unter der Sektionsrubrik.

Termine für 2008:

12.04.08 Frankfurt/M.: gesamtdeutsches Stufe II Treffen

24.04.08 Bonn: Kongress Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin

24.09.08 Davos: Dreiländertreffen

29.11.08 Würzburg: 6. Stufe II Treffen Region Süd

Bei der anschließenden Neuwahl der Gebietsrepräsentanten der Region Süd stellte Herr Mark zwar zunächst sein Amt zur Verfügung, folgte aber schließlich dem Drängen des Plenums, seine Amtszeit zu verlängern. Ebenso wurden Frau Rasenack, Herr Schälike und Herr Schauf einstimmig wieder gewählt.

Verantwortlich für das Protokoll:

Martin Deufel, Freiburg

Karlheinz Mark, Weiden