



Frühabort

Wenn der frühe Abort auch einer der häufigsten Befunde in der Frauenheilkunde ist, so ist er doch eines der einschneidendsten Erlebnisse für Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. Klinisch nachweisbar münden etwa 15 % der Schwangerschaften in ein frühes Abortgeschehen, die Dunkelziffer frühesten Schwangerschaftsverluste liegt wahrscheinlich deutlich darüber.

Frühaborte können sporadisch auftreten oder in Serie, im Sinne einer habituellen Abortneigung. Etwa 5 % aller Frauen erleiden 2 Aborte, bei etwa 1–3 % treten 3 Aborte auf, nach Definition der WHO (World Health Organisation) einer habituellen Abortneigung entsprechend.

Die Grundlage für das weitere Schicksal wird bereits bei der Implantation gelegt. Dies erfordert einerseits eine ungestörte Rezeptivität des maternalen Endometriums, andererseits eine enge Interaktion mit dem Embryo. Die Physiologie der Einnistung ist komplex. Sie beinhaltet nicht nur immunologische, sondern auch biochemische Regulationsmechanismen und ist als Netzwerk noch nicht im Detail verstanden, wie *Markert et al.* zeigen.

Die Ursachen sind sehr vielfältig, ebenso wie die diagnostischen Schritte und etwaige therapeutische Ansätze zur Vermeidung eines erneuten Abortes. Dies ist vor allem für Frauen mit sich wiederholenden Frühaborten von enormer Bedeutung.

» Die ART eröffnet Möglichkeiten für eine genetische Diagnostik vor Implantation

In etwa 40–50 % der Fälle ist eine genetische Ursache für einen Frühabort verantwortlich. Die häufigsten mit Frühaborten assoziierten genetischen Auffälligkeiten

beschreiben *Rudnik-Schöneborn, Swoboda* und *Zschocke*. Bei genetisch bedingten Frühaborten gibt es keine Möglichkeit, wie das Paar selbst aktiv zu einer Risikoverringerung beitragen kann. Mit den Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (ART) eröffnen sich aber Möglichkeiten, die Eizelle oder selbst den Embryo vor der Implantation genetisch zu untersuchen.

Bei nicht genetisch bedingten Aborten können auch Lebensstilfaktoren eine Rolle spielen. *Goeckenjan* zeigt, wie wichtig daher eine präkonzeptionelle Beratung ist. Dieses Konzept wird zunehmend aufgegriffen und ist beispielsweise in den Niederlanden längst ein wichtiges Forschungsthema. Dazu zählen in erster Linie Lebensgewohnheiten und Ernährung, Über- und Untergewicht.

Aus der Fülle denkbarer Ursachen hat sich ein Kaleidoskop diagnostischer Maßnahmen ergeben – hinter vielen von ihnen steht ein Fragezeichen. *Kuon et al.* beleuchten diesen „Wildwuchs“ und zeigen die aktuellen, fundierten, leitlinienbasierten Empfehlungen. Sie betonen die Bedeutung der ärztlichen Anamnese und die Notwendigkeit des Aufbaus einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Eine Diagnostik, die über das evidenzbasierte Maß hinausgeht, sollte individuellen Patientinnen vorbehalten sein und nur im Rahmen klinischer Studien erfolgen. Auch der Zeitpunkt zur Einleitung diagnostischer Maßnahmen muss gut gewählt werden. Eine umfangreiche Diagnostik direkt nach der ersten Fehlgeburt ohne eindeutige anamnestic Hinweise ist nicht zielgerichtet, produziert Kosten bei einer enorm hohen Wahrscheinlichkeit von Normalbefunden, provoziert unnötige Therapiemaßnahmen und weckt unberechtigte Hoffnungen. Zudem sollten

die psychologischen Folgen einer ungerechtfertigten Pathologisierung der Patientinnen bedacht werden. Generell sollte bei unauffälliger sonstiger Vorgeschichte eine umfassende Diagnostik erst dann durchgeführt werden, wenn eine über ein sporadisches Abortgeschehen hinausgehende Häufung von Aborten besteht. Ob nach 2 oder 3 Frühaborten untersucht wird, ist eine oft individuelle Entscheidung.

» Fehlgeburten lassen sich durch psychotherapeutische Interventionen nicht verhindern

Ähnlich verhält es sich mit den angebotenen therapeutischen Konzepten. Auch hier ist oft weniger mehr, wie die gleiche Arbeitsgruppe darlegt. Stoffwechseleinstellung und Korrekturen von anatomischen Fehlbildungen, etwa Septen, können indiziert sein. Schon hinsichtlich der Therapie von autoimmunen Auffälligkeiten und von Gerinnungsstörungen ist die Empfehlung schwierig. Insbesondere gibt es praktisch keinerlei Belege gerade für die extrem teuren Therapieformen, wie z. B. Immunglobuline. Im Falle von Auffälligkeiten, die auch im weiteren Schwangerschaftsverlauf sowohl für Mutter und Kind erhöhte geburtshilfliche Komplikationen bedingen können, beispielsweise bei einem Antiphospholipidsyndrom, sollte auf die Notwendigkeit einer intensivierten Schwangerschaftsbetreuung auch über das erste Trimenon hinaus hingewiesen werden.

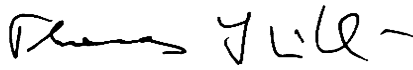
Und die Psyche? Frühschwangerschaft und psychische Faktoren sind von Mythen umgeben wie kaum ein anderer Bereich in der Medizin. Wie *Wischmann* klar zeigt, lösen psychologische Faktoren nicht ursächlich Fehlgeburten aus. An-

dererseits ist eine Fehlgeburt ein großer Verlust mit intensiven Trauerprozessen. Hier ist empathische Begleitung geboten, doch eine Prophylaxe von Fehlgeburten durch psychotherapeutische Interventionen gibt es nicht.

Wir wünschen Ihnen viele neue Erkenntnisse und Freude beim Lesen!



Ruben Kuon



Thomas Strowitzki

Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
T. Strowitzki**

Abt. Gynäkologische
Endokrinologie und
Fertilitätsstörungen,
Universitätsklinikum
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 440,
69120 Heidelberg,
Deutschland
thomas_strowitzki@med.uni-
heidelberg.de

Interessenkonflikt. R. Kuon und T. Strowitzki geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

W. Rath, A. Strauss (Hrsg.) **Komplikationen in der Geburtshilfe**

Aus Fällen lernen

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2018, 1. Auflage 2018, 383 S., (ISBN: 978-3-662-53872-2), Softcover 44,99 EUR



Ein neues didaktisches Konzept verfolgt das neu erschienene Buch „Komplikationen in der Geburtshilfe – Aus Fällen lernen“. Als erstes deutschsprachiges

Lehrbuch bietet es dem geburtshilflich interessierten Leser in Form des problemorientierten Lernens in 24 Kapiteln die Möglichkeit an geburtshilflichen Komplikationen die faszinierende Bandbreite des Fachgebiets zu erarbeiten.

Die beiden Herausgeber Prof. Dr. med. Dr. hc Werner Rath und Prof. Dr. med. Alexander Strauss besitzen durch ihre langjährige Tätigkeit in großen Perinatalzentren eine große eigene klinische Erfahrung. Darüber hinaus verfügen beide über eine hohe wissenschaftliche Expertise und können damit, zusammen mit 15 weiteren Autoren, alle wesentlichen klinischen Themen aufarbeiten.

Auf 383 Seiten mit 60 Abbildungen ist es gelungen ein Werk zu schaffen, das sowohl für Ärztinnen und Ärzte in der Facharztausbildung als auch für niedergelassene Frauenärzte und für Fachärzte in der Weiterbildung im Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ von großem Interesse ist. Hebammen finden in diesem Buch umfangreiche Hilfestellungen für ihre tägliche Arbeit.

Der Umfang des Buches reicht von Themen der maternalen Infektionen (Gefährliche virale Infektionen bei Kinderwunsch, Sepsis in der Schwangerschaft, Brennende Bläschen an der Vulva, Septischer Verlauf im Wochenbett) über die fetale Überwachung (Fetales Wachstum, Geburtshilfliche „Katastrophe“ nach vorausgegangener Sectio, Überwachung der Geburt, Mehrlingsschwangerschaft und -geburt) bis hin zu Notfallthemen (Lebensbedrohliche Blutung nach der Geburt des Kindes, Akuter Herzstillstand unter der Geburt, Blutungen während der Spätschwang-

erschaft, Intrapartale Notfallsituation bei hohem Geburtsgewicht, Krampfanfall in der Schwangerschaft, Stoffwechsellentgleisung in der Schwangerschaft, Eine Wöchnerin mit akuter Luftnot, Der psychiatrische Notfall im Wochenbett, Verkehrsunfall einer Schwangeren).

Obwohl alle wesentlichen Themen in der Geburtshilfe abgehandelt werden, stellt sich der Leser die Frage, warum die Themen nicht in chronologischer Reihenfolge in der Schwangerschaft wiedergegeben werden. Aber grade dieses stellt die Einzigartigkeit dieses Buches her. Es ist kein klassisches Lehrbuch, sondern bereitet durch die Aufarbeitung eines speziellen Falles die Freude am Lernen für die klinische Praxis.

Jedes Kapitel folgt einem gleichartigen Aufbau. Zunächst wird ein Fall dargestellt, der den Leser mit in die klinische Routine nimmt. Anhand dieses Falls wird das aktuelle Lehrbuchwissen zu diesem Thema vermittelt. Nach der Darstellung des theoretischen Grundwissens erfolgt immer eine Fallnachbetrachtung mit einer Diskussion des dargestellten Falls mit den theoretischen Grundlagen.

Jedem Kapitel folgt ein Verzeichnis für die weiterführende Literatur, die es dem interessierten Leser ermöglicht die aktuelle Literatur nachzuschlagen.

In den Abbildungen werden gut für die klinische Praxis zu verwendenden Therapiealgorithmen, z.B. zur Behandlung des eklampthischen Anfalls, wiedergegeben.

Zusammenfassend sollte dieses Werk in keiner Bibliothek einer geburtshilflichen Klinik fehlen. Sowohl für Anfänger in der geburtshilflichen Tätigkeit als auch für Fortgeschrittene ist dieses Buch durch seine problemorientierte Aufarbeitung der Geburtshilfe fesselnd und gleichsam mit einem hohen Lerneffekt für viele Problemsituationen, die jederzeit in der Geburtshilfe und im Kreißaal auf uns warten, versehen.

S. Schiermeier (Witten)