

Arbeitsgemeinschaft für maternofetale Medizin, AGMFM e. V. Protokoll der Jahrestagung, 28.11.2007



Klinik für Geburtsmedizin, Vivantes Klinikum,
Berlin Neukölln
23. Perinatalkongress, ICC Berlin

Teilnehmerliste: (s. Anlage)

Begrüßung durch den Gastgeber K. Vetter und den 1. Vorsitzenden M. Gonser

Konservatives Vorgehen bei Placenta accreta

Prof. Dr. W. Henrich, Klinik für Geburtsmedizin, Charité, Berlin

W. Henrich berichtet über Erfahrungen mit dem konservativen Vorgehen bei Plazenta accreta/percreta anhand von bislang 19 Fällen. Die Ergebnisse hinsichtlich der Notwendigkeit der Hysterektomie in den drei Gruppen „vorher unbekannt“ (3/5), „bekannt, Versuch der manuellen Lösung“ (5/5) und „bekannt, primär konservatives Management“ (3/8), 1 Fall derzeit noch laufend, scheinen bei kritischer Indikationsstellung, kooperativer Patientin, nach intensiver Aufklärung, geeigneter Sectio-technik und unter engmaschiger Kontrolle das konservative Vorgehen als gleichwertige Option zu eröffnen – wie auch die neuere wissenschaftliche Literatur dazu zeigt. Er sammelt entsprechende Fälle und bittet um Mitteilung.

Nitratpflaster zur Tokolyse

Prof. Dr. E. Schleußner, Klinik für Geburtshilfe, Univ. Jena

E. Schleußner stellte neue Ergebnisse zur Tokolyse mit Nitratpflastern vor. Mittlerweile liegen 11 randomisierte Studien mit > 1000 Pat. vor, getestet gegen MgSO₄ und β-Mimetika. Die aktuellsten Daten stammen von Smith et al. (AJOG 2007), ein zentrales Ergebnis ist die Number Needed to Treat (NNT) von 10. Bei Berücksichtigung der anamnestischen Kontraindikationen (Migräne, Kopfschmerzen, Präeklampsie) werden in Jena zu 90% Pflastertokolyse ab der 29. SSW mit sehr gutem Erfolg, niedrigen Abbruchraten und Therapiekosten, sowohl bei Einlingen als auch bei Mehrlingen für im Median 7 Tage durchgeführt.

Gestationsdiabetes: Screening, HAPO-Studie und G-BA/IQWiG

Fr. PD. Dr. U. Schäfer-Graf, Klinik für Geburtsmedizin,
Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

U. Schäfer-Graf nahm in ihrem Beitrag Stellung zu den ersten vorliegenden Ergebnissen der HAPO-Studie (Hyperglycemia adverse pregnancy outcome) und den IQWiG-Diskussionen. In ers-

terer wurden zwischen 4/2000 und 8/2006 prospektiv und doppel-blind in 4 Kontinenten über 25 000 Schwangere eingebunden. Erwartungsgemäß belegt diese aufwendig angelegte Studie mit ansteigendem BZ das Ansteigen der Outcome-Parameter LGA/Sectio/neonatale Hyoglyämie/Hyperinsulinämie. Wichtig ist hierbei der kontinuierliche Zusammenhang über das gesamte Spektrum der BZ-Werte, aber beginnend auf niedrigerem Niveau als bisher angenommen und dem nüchtern-BZ als statistisch zuverlässigstem Parameter. Die Grenzwertfestlegung ist weiter schwierig, hierzu wird im Juni 2008 ein internationales Consensus Meeting im Juni 2008 tagen.

Die Beratungen zum GDM sind im G-BA wieder aufgenommen worden, das IQWiG Gutachten soll bis Mitte 2008 vorliegen, der Berichtsplan ist im Internet abrufbar.

Im Anschluss wurden juristische Probleme bei Widersprüchen zwischen Empfehlungen der GDM-LL und den Mutterschaftsrichtlinien thematisiert. Die Entscheidung hinsichtlich der Formulierung der beiden in Frage stehenden Sätze soll im Umlaufverfahren durch den erweiterten Vorstand erfolgen. Eine neue LL, DDG-initiiert, ist in Arbeit.

Leitlinie Terminüberschreitung (LL-ET+)

PD Dr. E. Weiss, Frauenklinik und Perinatalzentrum, Böblingen

E. Weiss legte den Hintergrund und die Arbeitsgrundlagen für die von der AG MFM initiierte neue LL-ET+ dar. Bei gesichertem errechnetem Geburtstermin liegt die Rate von Terminüberschreitungen unter 10% und die echten Übertragungen (ET+14) bei 2–3% (D < 1%). Die Realität der Kliniken in Deutschland differiert erheblich. Die Leitlinie sollte Antworten auf die IUFT-Risiken, Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken des Neugeborenen, Morbiditätsrisiken der Mutter, Risiken der Einleitung, Wertigkeit der Überwachungsmaßnahmen und optimalen Zeitpunkt der Einleitung bzw. Entbindung geben. Entscheidend in der Datenbetrachtung des IUFT-Risikos scheint ein Perspektivenwechsel weg vom Gesamtrisiko auf der Basis des Gestationsalters und hin zum differenzierten Risiko auf der Basis der noch laufenden Schwangerschaften zu sein. Der Zeit- und Arbeitsplan für die Erstellung der LL wird im Rahmen der nächsten erweiterten Vorstandssitzung festgelegt.

Der fetale AV-Kanal – pränatale Diagnose und Outcome

Prof. Dr. U. Gembruch, Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin,
Uni Bonn

Übersichten zum AV-Kanal wurden im Gynäkologen 1997 und von Berg 2006 hinsichtlich der Verteilung der kardialen Anomalien veröffentlicht. Durch die Verbesserung des Ersttrimester-Screenings könnten bis zu 63% der Fälle früh diagnostiziert werden. 52% haben chromosomale Auffälligkeiten und bei 29% liegt eine Heterotaxiesyndrom vor, welches in 75% die rechte Seite betrifft und wiederum nur in 3% isoliert auftritt. Bei den nicht balancierten Veränderung besteht am ehesten die Notwendigkeit einer univentrikulären OP. Die Klappenkompetenz korreliert nicht mit dem Bestehen eines Hydrops. Assoziierte Fehlbildungen sind entscheidend für die Prognose. Die Mortalität der Lebendgeborenen ist mit 32% sehr hoch.

Mögliche klinische Implikationen von Asymmetrisches Dimethylarginin (ADMA)

Prof. Dr. K. Hecher, Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Uni Hamburg

In der aktuellen Diskussion über Prädiktionsfaktoren der Präeklampsie stellte **K. Hecher** die Ergebnisse einer Pilotstudie und das Design einer Studie zu den möglichen klinischen Implikationen vom ADMA vor. Dies spielt im NO-cGMP-Stoffwechselweg eine Rolle und inhibiert kompetitiv die NO-Synthetase. Daten zur Wertigkeit der Prädiktion kardiovaskulärer Ereignisse wurden im Lancet 2001 und im Europ Heart J 2003 publiziert. Die aus der Hamburger AG 2007 in der GebFra vorgelegten Daten von Maas et al. zeigten eine physiolog. ADMA-Abnahme in der Schwangerschaft sowie einen frühzeitigen Anstieg bei Präeklampsie. Es gibt Hinweise, dass diätet. Zufuhr von Arginin die ADMA-Spiegel normalisieren könnte. Geplant ist nun eine Screening-Studie von Schwangeren in der 20. SSW zur Korrelation von Dopplerparametern und ADMA zum Schwangerschaftsoutcome.

Off-Label-Use

Prof. Dr. R. Zimmermann, Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich

Angesichts der aktuellen Diskussion zum Off-Label-Use von Medikamenten in der Geburtshilfe stelle **R. Zimmermann** den etwas entspannteren Umgang mit diesem Sachverhalt in der Schweiz vor. Dort sind 23% aller Verschreibungen off-label und 70% aller Patienten erhalten mindestens 1 off-label Medikament. Die Schweizer Regularien unterscheiden sich stark von den deutschen und orientieren sich an den Kriterien „wirksam – zweckmäßig – wirtschaftlich“, welche den Off-Label-Use nicht grundsätzlich verbieten. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, stellt erhöhte Anforderungen an die Information des Patienten und verpflichtet zur Dokumentation und Meldung unerwünschter Nebenwirkungen. Prospektive Lösungsansätze sieht er in Off-Label-Use freundlicheren Leitlinien bei wissenschaftlicher Rechtfertigung sowie in der Einrichtung von Zulassungen durch die Behörden ohne Antrag der Pharmaindustrie.

Ca-Antagonisten zur Tokolyse – Nebenwirkungen

Dr. C. Bartz, Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Aachen

Im letzten Referat der Sitzung trug **C. Bartz** aktuelle Aspekte zu den Nebenwirkungen der Tokolyse mit Kalziumantagonisten vor. Das mögliche Nebenwirkungsspektrum bei Mutter und

Kind ist vielfältig (Besinger 1997), weltweit werden sie dennoch verbreitet eingesetzt, ohne das es eine Zulassung für diese Indikation gäbe. In den aktuellen DGGG-LL werden sie als mögliches pharmakologisches Prinzip aufgeführt, eine kritische Diskussion führt Rath im Frauenarzt 2007. Das Risikoprofil muss noch besser definiert werden und es fehlen Studien für eine Zulassung ungeachtet der grundsätzlichen Problematik der Tokolyse(dauer) in Deutschland.

In der anschließenden Diskussion diskutierte M. Gonser zwei Stellungnahmen der AG Medizinrecht (postoperative Überwachung nach Sectio und operationsbedingte Verletzungen des Uterus), welche 2007 in Frauenarzt publiziert wurden. Ein grundsätzliches Problem dieser Stellungnahmen liegt in der Tatsache, dass sie weder von den Fachgesellschaften konsentiert noch durch die Leitlinienkommission der DGGG approbiert wurden, sie aber gleichwohl analog zu „Leitlinien“ aufgefasst bzw. publiziert wurden. Hinsichtlich der ersteren wird der erweiterte Vorstand aufgefordert, eine Stellungnahme zu verfassen, zur zweiten gibt es schon Stellungnahmen, die dem geburtshilflichen Board vorliegen, welches sie in den Vorstand der DGGG tragen wird und dann im Frauenarzt veröffentlicht wird.

Weitere Termine:

- ▶ Treffen des erweiterten Vorstandes der AG MFM im Rahmen des Kongresses Fetus as a Patient 6/2008 im Frankfurt/Main
- ▶ Wissenschaftliche Sitzung beim DGGG-Kongress in Hamburg 9/2008

Dr. C. Bartz, Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum, RWTH Aachen

PD Dr. Gonser, Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, HSK Wiesbaden

TeilnehmerInnen (laut TeilnehmerInnenliste):

Zimmermann, R; Weiss, E; Vetter, K; Spätling L; Somville, T; Schmidt, S; Schlußner, E; Schlembach, D; Schiessl, B; Schauf, B; Schäfer-Graf, U; Robel, R; Prömpeler, H; Luttkus, A; Luo, X; Lang, U; Hösl, I; Henrich, W; Hecher, K; Hackelöer, BJ; Grüßner, S; Gröning, T; Grab, D; Gonser, M; Gembruch, U; Friebe-Hoffmann, U; Fendel, H; Butterwegge M; Brezinka, C; Brack, G; Blasi, I; Berger, R; Bartz, C; Arabin, B