

INTERVIEW

«Schwangere profitieren von der ganzen Spannweite der Pränatalmedizin»

In der Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin des Unispitals Basel wird die optimale Betreuung grossgeschrieben. Was diagnostisch und therapeutisch möglich ist und welche Rolle die Forschung spielt, erläutert Prof. Dr. Olav Lapaire.

Herr Prof. Lapaire, häufig staunen unsere Mütter und Grossmütter, was es heute alles für Untersuchungen für Schwangere gibt, und meinen, früher doch auch gesunde Kinder zur Welt gebracht zu haben. Was sagen Sie denen?

Diese Diskussion haben wir sehr häufig. Viele, die das sagen, reduzieren die Natur allein auf ihre positiven Punkte. Jedoch hat sie auch ihre grausamen Seiten. Früher – und das ist die Kehrseite – haben die Schwangeren und die Familien eher akzeptiert, wenn ein Kind oder eine Mutter während der Geburt verstarb. Das war damals normal, heute ist es das jedoch nicht mehr. Klar ist, dass der Fortschritt und die Überwachung – neben der Steigerung der Lebensqualität der Schwangeren und ungeborenen Kinder – die Überlebenschance markant verbessert hat. Dennoch besteht weiterhin ein kontinuierlicher Bedarf an Forschung und zusätzlichen Erkenntnissen, um weitere Fortschritte zu erzielen.

In welchen Fällen empfehlen Sie Frauen zu einer frühzeitigen Untersuchung in einem Universitätsspital?

Generell rate ich Schwangeren mit chronischer Erkrankung, mit Mehrlingen, aber auch jenen über 35 Jahren und in jedem Fall ab 40 an ein Kompetenzzentrum für Geburtshilfe zu gehen. Die Abteilung für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin am Universitätsspital Basel steht für eine umfassende medizinische und pflegerische Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Schwangere haben hier dank hoher medizinischer Kompetenz und Erfahrung die grösstmögliche Sicherheit. Zudem bieten wir in unserem Perinatalzentrum eine kompetente Versorgung bei Risikogeburten für Mutter und Kind.

Warum haben Schwangere mit Vorerkrankungen wie Arterieller Hypertonie und Diabetes eine grössere Gefahr für eine Risikoschwangerschaft?

Beide Erkrankungen können die Funktion der Plazenta beeinflussen. Das heisst, die Versorgung des Kindes kann sich je nach Einstellung des Blutdrucks respektive des Blutzuckers bereits in einer frühen Phase verschlechtern. Dies kann bewirken, dass das Kind stirbt beziehungsweise aufgrund der schlechten Durchblutung früher auf die Welt kommen muss.

Ein schlecht eingestellter Diabetes hat – weil er in die Entwicklung relevant einwirkt – eine bis zu zehnfach höhere Rate an Fehlbildungen. Gleichfalls ist das Risiko für spontane Aborte erhöht. Bedeutet, die Schwangerschaft entwickelt sich nicht weiter und der Fötus stirbt ab. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, den Diabetes gut einzustellen. So reduzieren sich die Risiken deutlich und nähern sich stark denen einer gesunden schwangeren Frau an.

Bei welchen Symptomen sollten Frauen in der Frühschwangerschaft hellhörig werden und sich untersuchen lassen?

Gerade in der Frühschwangerschaft sind Blutungen sehr häufig. Bis zu 25 Prozent der werdenden Mütter sind davon bis zur zwölften Schwangerschaftswoche betroffen. Blutungen können bei Aborten und auch bei der physiologischen Einnistung stattfinden. Kommt es zu Unterbauchschmerzen, sollte in jedem Fall ein Facharzt aufgesucht werden, der eine extrauterine Schwangerschaft, also eine Einnistung ausserhalb der Gebärmutter, mit einem Ultraschall ausschliessen muss.

Schweizweit sind standardmässig zwei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Wann sind darüber hinaus weiterführende nicht-invasive Untersuchungen angezeigt?

Bei einem unauffälligen Ultraschall steht in der Schweiz seit dem Jahr 2012 der nicht-invasive pränatale Test (NIPT) als neue nicht-invasive Screeningmethode für die häufigsten numerischen Chromosomenanomalien zur Verfügung. Dabei werden aus dem mütterlichen Blut Bruchstücke ihrer und der kindlichen DNA extrahiert und den jeweiligen Chromosomen zugeordnet. Bei einem Hinweis auf eine Chromosomenanomalie muss der Befund jedoch durch eine diagnostische invasive Untersuchung bestätigt werden. Der Test ist nicht nur bei Einlingsschwangerschaften, sondern auch bei Zwillingschwangerschaften für die Trisomie 21 durchführbar.

Und in welchen Fällen werden invasive Untersuchungen nötig?

Weisen auffällige Ultraschallbefunde im Ersttrimester-Screening auf eine Chromosomenstörung hin, ist eine nicht-invasive Untersuchung primär nicht sinnvoll. Eine Zweitmeinung bei einem Experten ist auf jeden Fall indiziert. In diesen Fällen muss primär die Indikation zu einer diagnostischen invasiven Abklärung mit nachfolgender sogenannter Microarray-Analyse diskutiert werden. Die Patientin kann sich aber auch nach ausführlicher Beratung gegen eine weiterführende Diagnostik entscheiden.

Ab welcher Woche raten Sie Risikoschwangeren zu einer engmaschigen Kontrolle und wie sollte sie aussehen?

Das hängt von den klinischen Parametern ab – wie gut oder schlecht die Patientin eingestellt ist. Wir sehen sie gewöhnlich alle zwei, drei oder vier Wochen. Dies ist aber auch abhängig von den Ängsten der Mutter.

«BIS ZU 25 PROZENT DER SCHWANGEREN HABEN BIS ZUR ZWÖLFTEN WOCHEN BLUTUNGEN»

Was gibt es diagnostisch für Diabetiker oder Patientinnen mit Arterieller Hypertonie für Möglichkeiten, gut über das zweite und dritte Trimenon zu kommen?

Schwangere mit Diabetes brauchen eine interdisziplinäre Betreuung. Hierzu zählen die Endokrinologen und Internisten, damit die Grunderkrankung optimal eingestellt ist. Ebenso wichtig ist das Präeklampsie-Screening, das bereits am Ende des ersten Trimenons durchgeführt werden kann.

Wie kann man sich dieses Screening vorstellen?

Wir ermitteln den mittleren mütterlichen Blutdruck, die persönlichen Risikofaktoren und berücksichtigen frühere Schwangerschaftsvergiftungen. Zusätzlich ergeben die Parameter zusammen mit dem Biomarker dann schlussendlich eine individuelle Risikokalkulation.

Welche Folgen kann eine Schwangerschaftsvergiftung haben?

Eine erhebliche Beeinträchtigung des körperlichen Zustands. Alle Organe können betroffen sein, inklusive des Gehirns. Im schlimmsten Fall kann die Schwangerschaft mit dem mütterlichen Tod enden, wenn es zu einer Hirnblutung kommt oder das Kind ist durch ein zu geringes Wachstum bedroht.

Wie kann man dem entgegenwirken, damit dies nicht passiert?

Wenn wir ein Screening um die zwölfte Woche herum machen, können wir der Patientin blutverdünnende Mittel verschreiben. Damit verringern wir das Risiko einer schweren Schwangerschaftsvergiftung um 50 Prozent. Haben wir den Blutdruck und den Blutzucker während der ganzen Schwangerschaft gut eingestellt, verringert sich das Risiko einer Dekompensation obendrein.

Insbesondere bei Risikoschwangerschaften wird häufig die Dopplersonografie angewandt. Was ist das Besondere daran?

Anhand von Normkurven können wir sehen, ob die mütterliche und kindliche Durchblutung für das Schwangerschaftsalter normal ist oder nicht. Auch sind wir in der Lage, mittels Ultraschall die Länge des Gebärmutterhalses sowie das kindliche Gewicht zu messen und potenzielle Risiken für eine drohende Frühgeburt und Wachstumsverzögerung zu erkennen.

Gibt es Erkrankungen, die bereits vor der Geburt therapiert werden können?

Wenn wir im Dopplersonografie eine Blutarmut des Kindes sehen, die häufig durch Infektionen oder Blutgruppeninkompatibilitäten entsteht, können wir eine intrauterine Transfusion des Kindes diskutieren. Diese wird ultraschallgesteuert über die Nabelschnurgefässe in einem Perinatalzentrum durchgeführt.

Sie selbst sind in der Forschung aktiv und befassen sich mit Immunreaktionen. Wie kann man sich das vorstellen?

Unsere Forschungsgruppe untersucht, welche Auswirkungen ein verändertes mütterliches Immunsystem auf die Schwangerschaft hat. Es konnte gezeigt werden, dass Schwangerschaften grundsätzlich mit einer niederschweligen entzündlichen Reaktion einhergehen, bei der die Neutrophilen Granulozyten, eine Untergruppe der weissen Blutkörperchen, aktiviert werden. Das Ausmass der Aktivierung von Neutrophilen Granulozyten übersteigt im Falle einer Präeklampsie jenes einer Sepsis.

Welche Untersuchungen sehen Sie in der Zukunft?

Künftig wird die Schwangerschaftsbetreuung noch individueller und an die jeweilige Schwangere angepasst. Hilfreich werden sicher weitere zukünftige Biomarker sein, die das Risiko einer Schwangerschaftserkrankung wie Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes und eine drohende Frühgeburt zuverlässig und frühzeitig voraussagen.

Aber auch wenn keine Symptome oder Vorerkrankungen bestehen, sind Sie für alle werdenden Mütter da?

Wir bieten ein breites Spektrum für alle Schwangeren an, wozu auch unsere Hebammensprechstunde zählt. Neben den notwendigen Untersuchungen stehen bei Bedarf Psychologinnen und ein psychosomatisches Team zur psychologischen Unterstützung zur Verfügung.

 **Universitätsspital Basel**

Mehr wissen. Alles geben.



IM INTERVIEW

Prof. Dr. Olav Lapaire

Stv. Chefarzt Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin
Frauenklinik Universitätsspital Basel
www.unispital-basel.ch

