

Notfälle der Frühschwangerschaft

Wie wird die Schwangerschaftswoche berechnet?

Das Schwangerschaftsalter berechnet man anhand der letzten Periode. Damit ist der erste Tag der letzten Menstruationsblutung gemeint. Bei Ausbleiben der darauffolgenden Menstruation ist dann die Patientin entsprechend bereits ca. in der 4 Schwangerschaftswoche.

Die Befruchtung ist dann mit grosser Wahrscheinlichkeit zwar erst ca. 2 Wochen her, man bedient sich aber der letzten Periode, da dieses Ereignis zeitlich präziser einzuordnen ist. Die Befruchtung nimmt man in der Regel ja nicht bewusst wahr.

Wie wird eine Schwangerschaft eingeteilt?

Eine Schwangerschaft in 3 Trimester mit unterschiedlicher Länge eingeteilt. Der errechnete Geburtstermin ist mit der Vollendung der 40. SSW erreicht. Nur 4% der Frauen gebären exakt an ihrem errechneten Geburtstermin. Von einer termingerechten Geburt wird bereits ab der vollendeten 37. SSW gesprochen. Alles vor der 37. SSW ist als Frühgeburt definiert und je tiefer das Gestationsalter, desto grösser das Risiko für kindliche Morbidität und Mortalität.

Wie ist das erste Trimenon definiert?

Von der ersten bis zur 12. Schwangerschaftswoche sprechen wir vom ersten Trimenon. Nach Abschluss dieser Phase sind bereits alle Organe fertig angelegt sind. Ab der 6. SSW, wenn der Embryo ca. 6mm lang ist, sieht man sonographisch bereits eine Herzaktion.

Diese ersten 12 Wochen sind die kritischste Zeit jeder Schwangerschaft, denn in dieser Phase ereignet sich die Mehrzahl der Fehlgeburten.

Welche Informationen sind bei Blutungen in der Frühschwangerschaft relevant?

Nach Erfragen des Schwangerschaftsalters, ist wichtig, dass bei Eintritt quantifiziert wird, wie stark die vaginale Blutung ist. Wenn man nicht nachschauen will oder kann, ist ein guter Tipp, die Patientin zu fragen, ob die Blutung weniger ausgeprägt oder stärker als bei einer üblichen Menstruation ist. Bei der sogenannt übermässig starken Blutung ist es entscheidend, die Kreislaufstabilität der Patientin mittels Blutdruck- und Pulsmessung, sowie anhand des orientierenden klinischen Eindrucks zu überprüfen. Auch bei einer angegebenen leichteren Blutung sind die Vitalparameter hilfreich, denn eine innere Blutung, etwa bei einer extrauterinen Schwangerschaft, kann anamnestisch nicht sicher ausgeschlossen werden. Auch die Körpertemperatur ist wichtig, um ein Infektionsgeschehen nicht zu verpassen.

Als häufiges Begleit- oder teilweise auch Hauptsymptom sehen wir Unterbauchschmerzen in der Frühschwangerschaft. Die Lokalisation und Stärke dieser Unterbauchschmerzen geben weitere Hinweise über das vorliegende Krankheitsgeschehen.

Warum ist es wichtig die Blutgruppe der Patientinnen zu kennen?

Neben dem AB0-System ist der Rhesusfaktor ein wichtiges Blutgruppenmerkmal. Ca. 15% der Menschen sind rhesusnegativ. In rund 12% aller Schwangerschaften kommt es zu einer Rhesuskonstellation. Das heisst, das Kind hat vom Vater die Rhesuspositivität geerbt, die Mutter ist aber rhesusnegativ. In gewissen Situationen während einer Schwangerschaft, z.B. bei einem Abort oder einem Bauchtrauma, kann es passieren, dass Blut von diesem

rhesuspositiven Kind in den Blutkreislauf der Mutter gelangt. Das Immunsystem der Mutter erkennt die kindlichen Erythrozyten als Fremdkörper und bildet folglich Antikörper gegen sie. Die Auswirkungen auf die bestehende Schwangerschaft sind meistens gering. Ist das nächste Kind jedoch wieder rhesuspositiv, passieren die Antikörper die Plazentaschranke und zerstören die fetalen Erythrozyten. Dies führt über Anämie und fetalen Hydrops in 10% zu einem Versterben des Fetus.

Um dies zu verhindern, erhalten rhesusnegative Schwangere in der Schwangerschaft, nach Geburt, aber eben auch bei Blutungen und abdominalen Traumata eine Rhesusprophylaxe mit Anti-D-Immunglobulin. Durch diese Massnahme wird eine Sensibilisierung der Mutter verhindert. Neuerdings kann die kindliche Blutgruppe und der Rhesusfaktor bereits in der 18.SSW bestimmt werden, wodurch unnötige Rhesusprophylaxen vermieden werden können.

Weitere Details zu Fehlgeburten im 1. Trimenon:

In bis zu 20% der klinisch verifizierten Schwangerschaften kommt es im ersten Trimenon zu einem Abort. Die wahre Inzidenz liegt wahrscheinlich noch deutlich höher, da manche sehr frühen Aborte fälschlicherweise als späte Menstruationsblutung gedeutet werden. Das Abortrisiko steigt exponentiell mit zunehmendem Alter der Mutter. Beträgt es bei unter 30-jährigen noch 15%, erleiden etwa 30% der über 35-jährigen einen Abort. Die Mehrheit der Aborte sind auf Chromosomenanomalien zurückzuführen. So tragisch jeder Verlust einer frühen Schwangerschaft ist, stellt dies auch einen Kontrollmechanismus der Natur dar, bei dem der Körper bei schweren Fehlbildungen entscheidet, die Schwangerschaft nicht weiter zu führen.

Müssen Blutungen und Unterbauchschmerzen stets als möglicher Hinweis einer gestörten Frühschwangerschaft gesehen werden?

Ja genau, häufig geht ein Abort mit vaginalem Blutabgang und Unterbauchschmerzen einher. Die beiden Symptome können aber auch Ausdruck eines lediglich drohenden Abortes oder einer nicht schwangerschaftsassozierten Erkrankung sein.

Bei einem verpassten Abort, der wie der Name schon sagt, nicht bemerkt wird, können Beschwerden auch gänzlich fehlen. Entscheidend ist aber, dass diese Symptome auch Zeichen einer extrauterinen Schwangerschaft sein können und deshalb immer eine gynäkologische Untersuchung bedingen.

Wenn nun bei einer vaginalen Blutung eine intrauterine Gravidität mit positiver Herzaktion vorliegt - also ein drohender Abort - wie ist die Perspektive?

Häufig ist die Ursache nicht eruierbar. Womöglich handelt es sich lediglich um ein einzelnes Gefäß in der entstehenden Verbindung zwischen mütterlicher und fetaler Schicht, das blutet. Bei ansonsten unauffälliger gynäkologischer Untersuchung und somit intakter intrauteriner Gravidität bleiben 90-96% dieser Blutungen ohne Folgen.

Dem Geburtshelfer ist aber bewusst, dass nach einer Blutung im ersten Trimester das Risiko einer Frühgeburt leicht erhöht ist. In einer retrospektiven Studie mit mehr als einer Million Frauen stieg nach früher Blutung das Risiko für eine Geburt zwischen der 28. und 31. SSW von 0.3 auf 0.9% und zwischen der 32. und 36. SSW von 3.6 auf 6.1%. Im Weiteren steigt das Risiko, in der nächsten Schwangerschaft erneut eine Blutung im 1. Trimester zu erleben um ein 4-faches (also von 2.2 auf 8.2%).

Wie ist das weitere Vorgehen, wenn keine Herzaktion dargestellt werden kann?

Sieht man sonographisch in der Gebärmutter embryonale Strukturen z.B. einen Dottersack oder bereits einen Embryo, ist eine extrauterine Gravidität sehr unwahrscheinlich.

Bei klaren Anzeichen einer Fehlgeburt, einer zweifelsfrei intrauterin gelegenen Gravidität kann je nach Abortform (vollständig oder unvollständig) und Stärke der Blutung exspektativ, medikamentös oder operativ vorgegangen werden. Wichtig ist aber immer: bevor therapeutische Schritte eingeleitet werden, ist es essenziell, eine zweifelsfreie Diagnose zu stellen. Häufig gelingt die Diagnose in der ersten Untersuchung nicht eindeutig und es bedarf einer Verlaufskontrolle.

Wie ist das Vorgehen, wenn intrauterin nichts darstellbar ist?

Erste sonographische Zeichen einer Schwangerschaft sieht man um die 5. SSW. Sieht man nichts, kann es somit auch sein, dass wir einfach noch zu früh dran sind. Man sollte dann aber extrauterin (v.a. im Bereich der Eileiter) ganz genau hinschauen. Denn wenn man sonographisch eindeutig eine Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle darstellen kann, ist die Diagnose einer extrauterinen Gravidität gestellt. In den meisten Fällen entwickelt sich eine falsch lokalisierte Schwangerschaft nicht zu so einem eindeutigen Bild. Sieht man intrauterin und extrauterin nichts Eindeutiges, gilt erstmal das Prinzip des Nicht-Schadens. Die Patientin muss über das Krankheitsbild aufgeklärt und die potentiellen Komplikationen der extrauterinen Schwangerschaft werden. Dann werden engmaschige Verlaufskontrollen zu Ultraschalluntersuchungen, kombiniert mit seriellen Serum-hCG-Messungen, bis entweder eine intra- oder extrauterine Schwangerschaft sicher diagnostiziert werden kann, vereinbart.

Was ist eine extrauterine Gravidität (EUG)?

Der Eisprung findet ja jeweils entweder im rechten oder linken Ovar statt. Der Eileiter ermöglicht dann den Transport der Eizelle vom Ovar zur Gebärmutter. Unterdessen - also noch im Eileiter - erfolgt in Gegenwart von Spermien die Befruchtung. Die so befruchtete Eizelle erreicht in der normalen Schwangerschaft am 5./6. Tag die Gebärmutterhöhle und nistet sich dann am 6. oder 7. Tag in die Gebärmutterschleimhaut ein.

Zum Beispiel durch Vernarbungen des Eileiters kann es beim Transport zur Gebärmutter zu einer Störung kommen und das befruchtete Ei nistet sich statt in der Gebärmutter bereits im Eileiter ein.

Somit bedeutet EUG - wie der Name sagt - eine Einnistung der Schwangerschaft ausserhalb des Uteruscavums. Mit 95% ist die häufigste Lokalisation der Eileiter. Deshalb werden die Begriffe Extrauterin gravidität und Eileiterschwangerschaft häufig gleichgesetzt.

Welche Lokalisationen sind denn sonst noch möglich?

Andere mögliche Implantationsorte sind die Zervix, das Ovar oder auch die Bauchhöhle. Die Diagnosesicherung der letzteren Beiden stellt immer wieder eine grosse Herausforderung dar. Zunehmende Prävalenz haben darüber hinaus Narbenschwangerschaften nach Kaiserschnittentbindung.

Wie häufig tritt eine EUG auf und wann entdeckt man sie typischerweise?

EUGs sind nicht so selten, 2%, also jede fünfzigste Schwangerschaft ist eine EUG. Sie manifestiert sich typischerweise in der 6.-8. Schwangerschaftswoche. Bei Blutung oder Unterbauchschmerzen in diesem Zeitraum liegt das Risiko für eine EUG bei 6-16%. Lässt sich dann im Ultraschall keine intrauterine Schwangerschaft darstellen, steigt das Risiko weiter auf bis zu 40%.

Was sind Risikofaktoren für eine EUG?

Als Risikofaktoren für eine veränderte Tubenmotilität gelten vor allem postentzündliche Veränderungen nach Entzündungen der Eileiter, typischerweise durch Chlamydien. Das Wiederholungsrisiko nach einer EUG beträgt 15%. Stattgehabte Operationen am Eileiter bergen das grösste Risiko für eine EUG. So zum Beispiel eine Eileiterunterbindung. Wie jede Verhütungsmethode hat auch die Sterilisation eine Versagerquote. Diese liegt bei 3-7 SS/1000 Operationen, welche dann mehrheitlich leider EUGs sind.

Wie gefährlich ist es, wenn eine EUG verpasst oder zu spät diagnostiziert wird?

6-13% aller schwangerschaftsassozierten Todesfälle sind durch eine EUG bedingt. Vor allem die Ruptur des Eileiters bei zunehmender Grösse der Fruchtanlage kann innerhalb Minuten eine lebensbedrohliche intraabdominale Blutung verursachen. Die drohende Ruptur kündigt sich oft mit starken Schmerzen und sonographisch bereits freier Flüssigkeit im Douglas an. Liegt bereits ein ausgeprägtes Hämatoperitoneum oder eine Kreislaufinstabilität vor, muss die Diagnose mittels Notfalllaparoskopie erzwungen werden. Was bleibt ist also die Diagnose möglichst bei Frühsymptomen (vaginale Blutung und Unterbauchschmerzen in der Frühschwangerschaft) zu stellen.

Wenn zweifelsfrei eine EUG vorliegt, welche Therapiemöglichkeiten bestehen?

Ist die EUG gesichert, kann in beschwerdearmen Frühstadien eine medikamentöse Therapie mit einem niedrigdosierten Chemotherapeutikum - Methotrexat - versucht werden. Die schnell teilenden Zellen des befruchteten Eies werden dadurch abgetötet und im Idealfall durch den Körper resorbiert. In den meisten Fällen wird man sich jedoch zur Laparoskopie entscheiden. Der betroffene Eileiter wird eröffnet und die Schwangerschaft herausgeschält. Ist der Eileiter jedoch stark geschädigt oder kann die Blutung nicht unter Kontrolle gebracht werden, muss der Eileiter ganz entfernt werden.

Gibt es weitere pflegerische Punkte, die berücksichtigt werden müssen?

Sowohl der Verlust der Schwangerschaft als auch der Verdacht auf eine gestörte Frühgravidität bedeuten in der Regel eine erhebliche psychische Belastung für das Paar. Diese Situation erfordert Fingerspitzengefühl und Empathie vom behandelnden medizinischen Personal. Gerade in jüngster Zeit gab es vermehrt Beiträge in Podcasts und Zeitschriften, wo diese oft schambehaftete und gesellschaftlich leider immer noch tabuisierte Thematik ins Bewusstsein der breiteren Öffentlichkeit gebracht wird. Viele Frauen erleben es als grosse Erleichterung, wenn sie merken, dass sie mit dieser Erfahrung absolut nicht allein dastehen.

Quellen:

1. Royal College of Obstetricians &Gynecology, Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21), published 04.11.2016
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14189>
2. Matthias Siebert: „Therapie der extrauterinen Gravidität“, info@gynäkologie, 03/2012,S.23 https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=9551
3. Togas Tulandi MD, MHCM, „Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors and anatomic sites“ Webadresse (aufgerufen am 24.3.2021)
https://www-uptodate-com.spb.netbib.ch/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=extrauterine%20schwangerschaft&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
(aufgerufen am 24.03.2021)
4. Togas Tulandi, MD, MHCM, „Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis“
https://www-uptodate-com.spb.netbib.ch/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=extrauterine%20schwangerschaft&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
(aufgerufen am 24.03.2021)
5. Errol R Norwitz,MD, PhD, MBA; Joong Shin Park, MD, PhD, „Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women“
https://www-uptodate-com.spb.netbib.ch/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?search=extrauterine%20schwangerschaft&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
(aufgerufen am 24.03.2021)