

Risikofaktoren für Totgeburten

f -- The Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group: Bukowski R, Carpenter M, Conway D et al. Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. JAMA 2011 (14. Dezember); 306: 2469-79

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Daniel Passweg

Studienziele

Nachdem sich die Zahl von Totgeburten, auch IUFT (intrauteriner Fruchttod) genannt, in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich verminderte, blieb sie in den letzten Jahrzehnten trotz Fortschritten in der Geburtshilfe unverändert. Die meisten bisherigen Studien dazu basieren auf Todesfallstatistiken, welche kaum klinische Daten zu individuellen Risikofaktoren beinhalten. Im Fokus dieser Studie aus den USA standen mögliche Risikofaktoren, die bei der ersten Schwangerschaftskontrolle erfragt werden können.

Methoden

Im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie wurden die Daten von 614 Frauen, deren Schwangerschaft in einer Totgeburt endete (Fälle), mit denjenigen von 1'816 Frauen aus der gleichen geographischen Region mit einer Lebendgeburt (Kontrollen) verglichen. Als Totgeburt galt ein Fötus, der nach der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren wurde und in der ersten und fünften Minute nach Geburt einen APGAR-Score von Null aufwies. Der Einfluss möglicher Risikofaktoren wurde für alle während der gesamten Schwangerschaftsdauer aufgetretenen IUFT untersucht, aber auch für Untergruppen wie pränataler IUFT von Einlings-Schwangerschaften ohne Missbildungen nach der 24. SSW.

Ergebnisse

Für das Auftreten eines IUFT während der ganzen Schwangerschaftsdauer konnten folgende Risikofaktoren festgestellt werden: Früherer IUFT in der Anamnese, Erstgebärende mit oder ohne Vorgeschichte eines Abortes vor der 20. SSW, Mehrlingsschwangerschaften, Diabetes, Alter über 40 Jahre, Blutgruppe AB, Drogenmissbrauch, Nikotinabusus während der 3 Monate vor der Schwangerschaft, Übergewicht/Adipositas, afroamerikanische Ethnie und Schwangere, die nicht mit dem Partner zusammenlebten. Am ausgeprägtesten und auch nach multivariabler Analyse noch statistisch signifikant war das Risiko nach einem früheren IUFT, bei Erstgebärenden sowie bei Mehrlingsschwangerschaften. Wenn nur Einlings-Schwangerschaften ohne Missbildungen nach der 24. SSW betrachtet wurden, waren vorangegangener IUFT und Nulliparität ebenfalls relevante Risikofaktoren. Zusätzlich zeigte sich hier ein erhöhtes Risiko für Frauen mit Diabetes, Adipositas und für solche, die nicht mit ihrem Partner zusammenlebten. Allerdings können weniger als 20% der beobachteten Totgeburten durch die beschriebenen Risikofaktoren erklärt werden.

Schlussfolgerungen

Es konnten verschiedene Risikofaktoren für einen intrauterinen Fruchttod (IUFT) gefunden werden. Davon erwiesen sich ein vorangegangener IUFT und Nulliparität als am relevantesten. Allerdings kann nur ein kleiner Anteil der beobachteten IUFT mit diesen Risikofaktoren erklärt werden.

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Die sorgfältige Anamneseerhebung bei der Erstkonsultation lässt in bescheidenem Masse ein erhöhtes Risiko für IUFT erkennen, wobei ein Spätabort oder IUFT in einer vorangegangenen Schwangerschaft am meisten zu beachten ist. Wenn die betreuende Ärztin bzw. der betreuende Arzt auch noch erfahren kann, ob eine Ursache für den vorangegangenen IUFT erkannt wurde – wie zum Beispiel eine Mangelentwicklung durch Plazentainsuffizienz, eine massive Übertragung, ein nicht eingestellter Diabetes mellitus oder erythrozytäre Alloantikörper – dann kann man mit einer gezielten Schwangerschaftsbetreuung das Wiederholungsrisiko minimieren. War die Ursache des IUFT unklar, ist es schwierig.

Generell soll man Risikoschwangere engmaschig medizinisch und psychosozial einbinden. Risikofaktoren soll man versuchen zu eliminieren, so man das kann: Drogen – und Nikotinkonsum, Übergewicht und psychosoziales Umfeld sind allenfalls beeinflussbar.

In der vorliegenden Analyse ist herauszustreichen, dass alle messbaren Risikofaktoren zusammen im Einzelfall weniger als 20% der IUFT erklären.

Daniel Passweg