Präeklampsiescreening

Zusätzlich zu den genannten Untersuchungen kann auch das individuelle Risiko für das Auftreten einer Präeklampsie („Schwangerschaftsvergiftung“„Gestose“) und einer intrauterinen Wachstumsrestriktion (Wachstumsstörung, mangelnde Gewichtszunahme des Fetus) ermittelt werden.

Die Präeklampsie tritt mit einer Häufigkeit von ca. 2 % auf und ist damit eine der häufigsten Ursachen für mütterliche und kindliche Komplikationen (z.B. Wachstumsstörung, Frühgeburt, vorzeitige Lösung des Mutterkuchens) in der Schwangerschaft.

Besonders die frühe Präeklampsie, die vor der 34. Schwangerschaftswoche auftritt, gefährdet das Wohlergehen von Mutter und Kind.

Für Ihre individuelle Risikoabschätzung eine Präeklampsie oder eine kindliche Wachstumsstörung zu entwickeln, wird der Blutfluss in den Gebärmuttergefäßen dopplersonographisch untersucht. Zusätzlich werden für die Berechnung bestimmte Anamnesefaktoren, der mütterliche Blutdruck und die Biochemie (s.o.) berücksichtigt. Das Verfahren erkennt etwa 90% der Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Erkrankung eine Entbindung vor der 34. Schwangerschaftswoche erfolgen müsste.

Bei einem erhöhten Risiko wird die prophylaktische Einnahme von Acetylsalicylsäure (ASS) empfohlen. Hierdurch kann nach dem derzeitigen Kenntnisstand das Auftreten einer Präeklampsie bzw. einer Wachstumsstörung des Kindes in vielen Fällen vermieden werden.

www.praenatalmed.de

PRÄNATALMEDIZIN UND GENETIK
Meckenheim · Bonn · Neuwied

Dr. med. Sabine Kirkman
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
DEGUM II

Dr. med. Daniela Holst
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
DEGUM II

Priv.-Doz. Dr. med. Anne Flöck
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
DEGUM II

Neuer Markt 46
53340 Meckenheim
Tel. 02225 14499
Fax 02225 18356
service@praenatalmed.de
www.praenatalmed.de

Sie finden unsere Praxis im Marktcenter Meckenheim im ersten Stock.

PRÄNATALMEDIZIN UND GENETIK
Meckenheim · Bonn · Neuwied

Weiterführende Diagnostik im ersten Drittel der Schwangerschaft

Liebe Eltern,

mit diesem Faltblatt möchten wir Ihnen wichtige Informationen zu den Möglichkeiten und Grenzen vorgeburtlicher Diagnostik im ersten Drittel der Schwangerschaft geben. Diese Informationen sollen Sie bei der Entscheidung unterstützen, ob und in welchem Umfang sie die Untersuchungen in Anspruch nehmen möchten.

Sicher ist für solch eine Entscheidung besonders das Gespräch mit Ihrer Frauenärztin bzw. mit Ihrem Frauenarzt hilfreich. In jedem Fall werden auch wir vor der Untersuchung noch einmal auf Ihre Fragen eingehen.

Die weiterführende Diagnostik im ersten Schwangerschaftsdrittel („Ersttrimesterscreening“) beinhaltet folgende Möglichkeiten:

Die frühe Organbeurteilung

mittels Ultraschall zu einem frühen Zeitpunkt. Zahlreiche Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen können bereits erkannt und eventuell behandelt werden.

Die Berechnung des individuellen Risikos

für das Vorliegen bestimmter Chromosomenstörungen beim Ungeborenen.

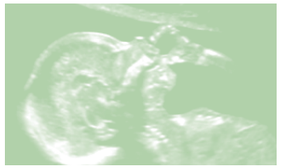
Die Berechnung des individuellen Risikos

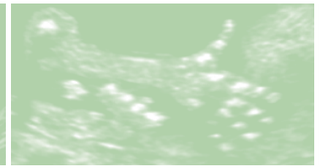
für die Entwicklung einer Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung“, „Gestose“) und einer intrauterinen Wachstumsrestriktion.

Wir können über die frühe Diagnostik vieles sichtbar machen und beurteilen, manches behält ihr Kind aber für sich.

Unser Anliegen ist es, Sie als Eltern kompetent, freundlich und individuell zu beraten und in den meisten Fällen in eine weiterhin unbeschwerte Schwangerschaft zu entlassen.

Ihr Praxisteam





Ultraschalldiagnostik

Die frühe weiterführende Ultraschalldiagnostik ist auf ein relativ enges Zeitfenster beschränkt. Es erstreckt sich von der 12. bis zur einschließlich 14. Schwangerschaftswoche (SSW 11+0 bis 13+6). Im Rahmen dieser ausführlichen sonographischen Untersuchung wird die Sonoanatomie wesentlicher Organsysteme (beispielsweise Gehirn, Wirbelsäule, Lunge, Herz, Bauchwand, Darm, Nieren und Harnblase) entsprechend des Entwicklungsstandes des Kindes sichtbar gemacht und beurteilt. Hiermit können wir einen großen Teil der schweren strukturellen Fehlbildungen bereits in dieser frühen Entwicklungsphase erkennen. Die detaillierte Organdiagnostik in der 20.–22. SSW (Untersuchung im zweiten Drittel der Schwangerschaft) kann hierdurch allerdings nicht ersetzt werden.

Bei behandlungsbedürftigen Fehlbildungen kann durch eine entsprechend früh einsetzende Therapie vielen dieser Kinder geholfen und die weitere Entwicklung verbessert werden. Ein unauffälliges Untersuchungsergebnis kann Ängste abbauen und ihr Vertrauen in den natürlichen Verlauf der Schwangerschaft stärken.

Im Rahmen der Untersuchung werden auch Merkmale, sogenannte Marker, untersucht, die Hinweis auf bestimmte Chromosomenstörungen (z.B. Trisomie 13, 18 und 21) des Kindes geben können. Der Nachweis solcher Merkmale ist nicht beweisend, erhöht aber das Risiko für das Vorliegen einer Chromosomenstörung, während das Fehlen solcher Merkmale das Risiko senkt.

Folgende Merkmale werden untersucht und können in die individuelle Risikoberechnung mit eingehen:

Die Nackentransparenz ist eine normale Flüssigkeitsansammlung im Nackenbereich. Bei Kindern mit Chromosomenstörung oder anderen Erkrankungen (z.B. Herzfehler) kann sie verdickt sein.

Zusätzliche Marker, die die Erkennungsrate von Chromosomenstörungen steigern, sind die Darstellbarkeit des Nasenbeins und die Untersuchung der Blutflüsse im Herzen (Trikuspidalklappe) und einem herznahen Gefäß (Ductus venosus).

Risikoberechnung

Mit zunehmendem Alter der Schwangeren steigt das Risiko, ein Kind mit einer Chromosomenstörung zu bekommen. Die drei häufigsten Chromosomenstörungen sind die Trisomie 21 (Down-Syndrom), die Trisomie 18 und die Trisomie 13. Das Lebensalter der Mutter allein ist jedoch ein relativ ungenaues Kriterium für eine individuelle Abschätzung des Risikos.

Eine präzisere, individuelle Risikoberechnung kombiniert das mütterliche Alter mit den sonographisch ermittelten Parametern (Breite der Nackentransparenz, zusätzliche Marker) und der sogenannten Biochemie. Hierbei handelt es sich um die Konzentration zweier Substanzen im mütterlichen Blut (Schwangerschaftshormon ß-HCG, Plazentaprotein PAPP-A). Die Erkennungsrate für das Vorliegen eines Down-Syndroms liegt bei ca. 90–95 %.

Eine solche Wahrscheinlichkeitsrechnung ist für diejenigen Paare sinnvoll, die von diesem Ergebnis ihre Entscheidung für oder gegen die Durchführung eines NIPTs (s.u.) oder eine Chromosomenuntersuchung des Kindes mittels einer invasiven Diagnostik (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung) abhängig machen.

Alternativ kann ein weiteres nicht-invasives Testverfahren (NIPT/Untersuchung an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut) auf das Vorliegen einer Trisomie 13/18 und 21 durchgeführt werden (Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Internetseite).

Der sichere Ausschluss einer Chromosomenstörung (z.B. nach auffälliger Risikoabschätzung, nach auffälligem NIPT oder bei bekannten genetischen Erkrankungen in der Familie) kann nur durch einen invasiven Eingriff (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung) erzielt werden

Die Risikoberechnung gibt nur eine Wahrscheinlichkeit wieder. Wenn für Sie die Frage nach einer möglichen Chromosomenstörung Ihres Kindes nicht im Vordergrund steht, kann es auch richtig sein, auf die Risikoberechnung zu verzichten, da diese auch verunsichern und innere Konflikte auslösen kann.