

WISSEN AKTUELL

SGGG-Kongress in Lugano: Maternale Erkrankungen und Schwangerschaft

Ältere Mütter – mehr Sorgen

Heutzutage haben die Frauen ihre Kinder später und es bekommen Frauen Babies, für die noch vor Jahren galt, eine Schwangerschaft sei ein zu grosses Risiko. Einige Krankheiten der Mutter können aber erhebliche Gefahren für die Schwangerschaft, die Mutter und das ungeborene Kind darstellen. Im Mittelpunkt des SGGG Symposiums standen diesmal Erkrankungen der Schilddrüse bei Mutter und Kind, das Management bei einer mütterlichen Herzerkrankung und mit welchen Besonderheiten bei Müttern über 45 Jahre zu rechnen ist.

Sollen die Erkrankungen der Schilddrüse, die zu den häufigsten mütterlichen Erkrankungen zählen, systematisch gescreent werden? Welche ist die beste Betreuung, welche Zusatzuntersuchungen müssen durchgeführt werden? **Dr. med. Luc Portmann** beantwortete diese und weitere aktuelle Fragen zum Thema Schilddrüse und Schwangerschaft. Zwei Grundprinzipien vorneweg: die Jod-Supplementierung zum Schutz vor einer Defizienz/Hypothyreose nicht vergessen. Verwendet eine Frau nur jodiertes Salz so reiche dies, sagte Portmann. Eine enge Teamarbeit mit Endokrinologen und Hausarzt ist in der Betreuung von Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen anzustreben.

Bei einer Hypothyreose sollte bereits vor der Konzeption die L-Thyroxin-Dosis angehoben werden, wenn ein Kinderwunsch besteht. Spätestens sobald eine Schwangerschaft festgestellt ist sollte man aktiv werden (1). „Jede schwangere Frau ist per se hyperthyreot, der Hormonbedarf steigt um 20–40%“, führte Portmann aus. Zahlreiche Fachgesellschaften haben eigene Empfehlungen zur Therapie einer Hyperthyreose während der Schwangerschaft mit Antithyroid Drugs (ATD) erstellt, die geringfügig voneinander abweichen. Die Endocrine Society hat 2012 festgehalten (2), dass Propylthiouracil PTU erste Wahl im ersten Trimester sein sollte, zweite Wahl ist Methimazol MMI bzw. auf dieses sollte dann um-

gestellt werden (Funktionstest nach der Umstellung, Leberfunktion).

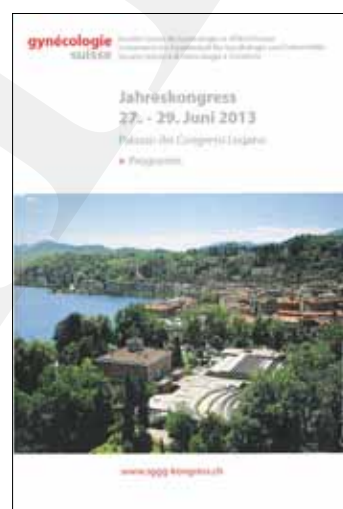
Ein generelles Screening in der SSW wird nicht empfohlen. Die Endocrine Society Guidelines empfehlen das Screening für acht Gruppen die ein erhöhtes Risiko haben (2). Gezeigt wurde aber, dass ein mütterliches Screening und die frühe Erfassung von Schilddrüsenfunktionsstörungen für die Intelligenzentwicklung der Kinder von Vorteil sein kann (3), es wird weiter diskutiert.

Bei einem mütterlichen Hyperthyreoidismus gilt es in der Stillzeit eine gut verträgliche und für das Kind nicht schädliche Medikation zu wählen. Die Amerikanische Fachgesellschaft empfiehlt: MMI in einer Dosierung von 20–30 mg/d (Propylthiouracil PTU bis zu 300mg/d, das Kind sollte auf die Schilddrüsenfunktion gescreent werden).

Denken sollte man auch an die post-partum subakute Thyreoiditis. Sie ist mit 3–12% (2% bei Typ-1-Diabetes) ein nicht so seltenes Ereignis.

Fetale Schilddrüse

Muss die fetale Schilddrüse untersucht werden und wann? PD Dr. Yvan Vial: „Ein mütterlicher Hyperthyreoidismus belastet den Fetus, in der Situation sollten wir ab der 22. SSW ultrasonographisch untersuchen“. Ein fetaler oder neonataler Hypothyreoidismus ist Folge zu hoher ATDs. Die Diagnose erfolgt aufgrund von Labor, Zeichen erniedrigter Knochenreifung und Grösse (fetaler Kropf) und Durchblutungsmuster der Schilddrüse im Ultraschall. Die Therapie besteht in der Dosisreduktion oder intraamniotischer Injektion von Levothyroxin alle 1 bis 2 Wochen. TSHR-Antikörper sollten zwischen der 24. bis 28. Woche gemessen werden.



Herzkrankte Mutter

Dr. med. Judith Bouchardy betreut viele mit einer Herzanomalie geborene Frauen im Universitätsspital in Genf. Dank des vorgeburtlichen Screenings und der guten Betreuung der Neugeborenen durch die Geburtshelfer, neonatologischen Intensivärzte, Kardiologen und Chirurgen können viele herzkrankte Frauen schwanger werden und entbinden. Die Kenntnis der spezifischen Aspekte ihrer Erkrankung kann schwere Komplikationen aber auch eine Überbehandlung vermeiden (4). Bouchardy stellte eine ihrer Patientinnen mit einer mehrfach operativ behandelten Transposition der grossen Gefässe vor. Drei Schwangerschaften endeten mit der komplikationslosen vaginalen Geburt der Kinder. Nach der WHO Einteilung der Herzfehler in vier Schweregrade werden nur noch Erkrankungen der Gruppe IV als Kontraindikation für eine SS angesehen (pulmonale Hypertonie, schwere Stenosen, Herzinsuffizienz). Und nur bei wenigen Indikationen (Aortenstenose, Eisenmenger), ist ein Kaiserschnitt erforderlich, so die Referentin (5).

Very advanced maternal age

Veränderungen in den Lebensentwürfen von Frauen und Fortschritte in der Reproduktionsmedizin führen zu einer steigenden Anzahl Schwangerer auch jenseits des 45. Lebensjahres. **Dr. med. Christian Haslinger** vom Universitätsspital Zürich USZ, hat diese Gruppe von Patientinnen, die in der Literatur als „very advanced maternal age“ (VAMA) bezeichnet wird, retrospektiv untersucht (6). Das Ziel der Studie war, den Schwangerschaftsoutcome bei VAMA-Patientinnen im Vergleich zu jüngeren Frauen zu evaluieren. Im Beobachtungszeitraum von 1996–2012 wurden am USZ 127 Mütter über 45 Jahre betreut. Als Kontrollgruppe dienten alle 30-jährigen Frauen (n=2066) im gleichen Beobachtungszeitraum. VAMA Schwangere hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant erhöhte Rate an hypertensiven Erkrankungen, Schwangerschafts-Hypertonie und Präeklampsie. Ferner lag signifikant häufiger ein Gestationsdiabetes vor. Blutprodukte waren häufiger erforderlich als in der Kontrollgruppe. Frühgeburtlichkeit war signifikant assoziiert mit



Prof. Dr. med. Uli Herrmann (oben), Prof. Dr. med. Irene Höfli und Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach im Gespräch mit der Verlegerin Eleonore E. Droux.

VAMA. Das fetale Geburtsgewicht war häufiger in der VAMA-Gruppe erniedrigt.

Schlussfolgerung: Schwangere Frauen in fortgeschrittenem Alter (≥ 45 Jahre) haben deutlich erhöhte Risiken für kardiovaskuläre und metabolische Komplikationen und haben ein signifikant erhöhtes Risiko, transfusionsbedürftig zu werden. Die Inzidenz von ungünstigem fetalem Outcome wie Frühgeburtlichkeit und erniedrigtes Geburtsgewicht ist ebenso signifikant erhöht. Frauen, die eine Schwangerschaft in fortgeschrittenem Alter planen, sollten daher klar über diese Risiken aufgeklärt werden, insbesondere auch vor reproduktionsmedizinischen Massnahmen.

▼ SMS

Quelle: SGGG Kongress 2013 in Lugano, 5. Hauptthema am 29. Juni 2013.

Literatur:

1. Yassa L et al: Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the THERAPY) trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Jul;95(7):3234–41
2. De Groot L et al: Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Aug;97(8):2543–65
3. Lazarus JH et al: Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *N Engl J Med.* 2012 Feb 9;366(6):493–501
4. Roos-Hesselink JW et al: Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013 Mar;34(9):657–65
5. www.heartdiseaseandpregnancy.com
6. Nr. FM V/53

Endokrinologen raten

In der Schwangerschaft Jodtabletten einnehmen, wenn kein oder wenig jodiertes Salz verwendet wird. Anlass einer Pressemitteilung der deutschen Gesellschaft für Endokrinologie ist eine aktuelle britische Studie, die erneut nachgewiesen hat, dass ein Jodmangel der Mutter in der Schwangerschaft zu schlechteren Ergebnissen in Tests zur geistigen Leistungsfähigkeit führen kann.

Die WHO empfiehlt bei Schwangerschaft und in der Stillzeit eine Jodaufnahme von insgesamt 250 Mikrogramm (μg) pro Tag. Da mit der Nahrung täglich etwa 100 μg aufgenommen werden, heisst das konkret, dass die Schwangere pro Tag eine Tablette mit 100–150 μg Jod nehmen sollte, so die Fachgesellschaft.

Literatur:

Bath SC. Et al: Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Lancet* 2013; doi: 10.1016/S0140-6736(13)60436-5