

# Notfälle in der Schwangerschaft

Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin vom 30. Juni und 1. Juli 2005 in Luzern  
Modul Geburtshilfe<sup>1</sup>

---

Carla Zimmerli

---

## Einleitung

Ich war sehr gespannt auf dieses Seminar. Das Thema ist für die Betreuung von Schwangeren immer wieder aktuell und auch für den Alltag in einer Allgemeinpraxis relevant. Es tut gut, die eigene Handlungsweise anhand von Theorie und Praxis zu überdenken und/oder bestätigt zu wissen. Auch erhielt ich wieder einmal einen Denkanstoss zur Anweisung meiner Praxisassistentinnen hinsichtlich ihres Verhaltens am Telefon, denn sie besorgen die Triage in meiner Allgemeinpraxis.

## Blutungen in der Frühschwangerschaft (1. Trimenon)

### Nachweis der Schwangerschaft

Mittels HCG im Serum: In den ersten 10 bis 12 Tagen beträgt die Verdoppelungszeit bei einer unkomplizierten Schwangerschaft ungefähr 1,3 Tage. Mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft verlängert sich die Verdoppelungszeit.

Mittels Vaginalsonographie zur Festlegung der Implantationsstelle und der Vitalitätszeichen: Herztöne ab der 7. Schwangerschaftswoche (SSW) positiv.

### Aborte

Die Häufigkeit von Aborten beträgt 11–15% aller Schwangerschaften. Blutungen können bei allen Formen auftreten: Abortus imminens, incompletus, completus, habitueller Abort. Von einem habituellen Abort spricht man bei drei aufeinanderfolgenden Aborten aus der selben Partnerschaft. Die Inzidenz von Depressionen und Angststörungen nach Aborten ist hoch.

### Therapeutisches Vorgehen

- Bis zur 12. SSW exspektativ. Hospitalisation je nach klinischem Bild und nach Blutungsstärke.
- Körperliche Schonung/AUF für mindestens 7 Tage.
- Kein Geschlechtsverkehr bis die Blutung sistiert.
- Anti-D bei Rhesuskonstellation.

### Zusätzliche Aspekte beim habituellen Abort

- Evtl. zusätzlich Behandlung einer Lutealinsuffizienz mit Progesteron (z.B. Utrogestan® 3×100 mg vaginal bis zur 12. SSW). Der Erfolg ist allerdings unsicher, und es gibt keine umfangreichen kontrollierten Studien dazu.
- Kurzfristige sonographische Kontrollen.
- «Tender loving care».
- Hospitalisation je nach Situation und psychischer Verfassung der Patientin.

### Extrauterin gravidität (EUG)

Das Vorkommen beträgt 1–2%. Das klinische Bild variiert von völliger Unauffälligkeit bis zum hämorrhagischen Schock. Die EUG verläuft häufig oligosymptomatisch. Unterbauchschmerzen in der Frühschwangerschaft müssen zwingend abgeklärt werden. Sie sind meistens diffus, evtl. betont auf der Seite der EUG oder auch in Form von einer peritonealen Reizung. Cave: Eine vaginale Blutung muss unabhängig von ihrer Stärke sonographisch abgeklärt werden.

### Diagnostik

- Beta-HCG im Serum.
- (Vaginal)Sonographie: Der Gestationsack sollte bei einem HCG im Serum von 1000–1500 darstellbar sein. Cave: Pseudogestationsack.
- Bei oligosymptomatischen Patientinnen Ultraschall und HCG nach 24 h wiederholen.
- Bei Unsicherheit evtl. Vorstellung im Spital.

### Klinisches Management und Therapie

- Diese richten sich nach der hämodynamischen Situation der Schwangeren, dem klinischen Bild und den HCG-Werten.
- Operative Therapie: laparoskopische Salpingotomie, evtl. Salpingektomie
- Konservativ (Methotrexattherapie).
- HCG-Kontrollen im Serum, bis nicht mehr nachweisbar. Cave: Trophoblastpersistenz.

<sup>1</sup> Referentinnen: Dr. med. Jacqueline Stutz, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Frauenklinik Baden; Dr. med. Margot Enz Kuhn, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, Baden.

## Blutungen in der Spätschwangerschaft

Kommen bei 2–10% der Schwangerschaften vor. Als Auslöser sind eine Placenta praevia, eine vorzeitige Plazentalösung, eine Plazentarandblutung und andere, unbekannte, Ursachen zu erwähnen. Cave: ohne vorgängige Abdominalsonographie keine digitale Palpation oder Vaginalsonographie.

### Placenta praevia

Sie kommt bei 0,3–0,5% aller Schwangerschaften vor und äussert sich in vaginalen Blutungen bei völligem Wohlbefinden der Patientin. Das Wiederholungsrisiko beträgt 4–8%.

#### Diagnose

- Mittels Abdominalsonographie in 90% der Fälle möglich.
- Vaginalsonographie nur bei Unklarheiten.

#### Therapie

- Hospitalisation.
- Konservativ bei mässiger Blutung und Frühgeburtlichkeit.
- Sectio bei lebensbedrohlicher Blutung oder reifem Kind.

### Vorzeitige Plazentalösung

Die Häufigkeit beträgt 0,3–0,5%. Prädisponierende Faktoren sind Traumata (z.B. Verkehrsunfall), ein vorzeitiger Blasensprung, Hypertonie, Präeklampsie, Uterusanomalien (z.B. Myome). Leitsymptome sind starke abdominale Schmerzen, ein erhöhter Uteruston und vaginale Blutungen, welche häufig nur als Schmierblutung imponieren. Das Wiederholungsrisiko beträgt 5–17%.

#### Diagnose

- Abdominalsonographie.
- Kindliche Herztöne.
- Evtl. Kardiotokogramm.

#### Therapie

- Sofortige Hospitalisation.
- Notfallsectio.

### Frühgeburtlichkeit

Die drohende Frühgeburt verursacht unspezifische Symptome, die auch in der normalen Schwangerschaft auftreten können. In prospektiven Studien zur Symptomatik bei einer drohenden Frühgeburt bei hochbelasteten Schwangeren konnten keine prädik-

tiven Aussagen gemacht werden. Als mögliche Symptome gelten vorzeitige Kontraktionen, Blutungen und ein vorzeitiger Blasensprung.

#### Diagnostik

- Vaginalabstrich: allgemeine Bakteriologie (beta-hämolytische Streptokokken der Gruppe B, Ureaplasmen, Mykoplasmen).
- Uricult®.
- Sonographische Zervixmessung.

#### Sonographische Zervixmessung

- Cut-off-Wert: <25 mm.
- Die Messung in der 24. SSW gilt als Indikator für eine erhöhte Frühgeburtlichkeit.
- Indikationen:
  - Kontraktionen;
  - Blutungen;
  - vorzeitiger Blasensprung;
  - Status nach Frühgeburt;
  - Mehrlinge;
  - Uterusfehlbildungen;
  - Status nach Eingriffen an der Zervix (z.B. Konisation);
  - mütterliche Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus);
  - fetale Fehlbildungen (z.B. Polyhydramnion);
  - Stresssituationen.

Die Messungen sollten in Abständen von 14 Tagen erfolgen. In Verbindung mit anderen Risikofaktoren ist der Nutzen der Zervixmessung belegt.

#### Klinisches Management und Therapie

- Beurteilung der Lebenssituation:
  - chronischer Stress (Arbeitsplatz);
  - psychosoziale Gesamtsituation (Angst, Stress, Depression);
  - Nikotin;
  - Mangelernährung (Quantität und/oder Qualität).
- Körperliche Schonung.
- AUF und häusliche Entlastung.
- Resistenzgerechte Behandlung von positiven Vaginalabstrichen oder einer asymptomatischen Bakteriurie ( $\geq 10^4$ /ml) oder Harnwegsinfektion mit Co-Amoxiclavulansäure,  $2 \times 1$  g für 6 Tage.
- Uricult® frühestens 2 Tage nach dem Absetzen der Therapie wiederholen.
- Magnesium, 10–15 mmol/d oral.
- Tokolyse unter stationären Bedingungen (symptomatische Massnahme, die an den Ursachen nichts ändert). Mögliche Medikamente sind Atobisan (teuer), Betamimetika (grosse mütterliche Nebenwirkungsraten), Nifedipin p.o. (Adalat® CR 30 oder 60, max. 160 mg/d).

### Präeklampsie

Die Häufigkeit beträgt bei Nulliparae 3–5%, bei Multiparae 0,5%. Das Krankheitsbild wird definiert durch die Kombination von Proteinurie und Hypertonie. Ödeme haben in diesem Zusammenhang keine klinische Bedeutung. Es handelt sich um eine Multiorganerkrankung mit Beteiligung des ZNS (cave: Eklampsie), der Nieren, der Leber sowie der Blutgerinnung/Thrombozyten. Die Schwangeren leiden an Kopfschmerzen, Sehstörungen, allgemeinem Unwohlsein, epigastrischen Schmerzen. Das Wiederholungsrisiko ist sehr gering (<1%), wenn keine mütterliche Vorerkrankung vorhanden ist.

#### Diagnostik

- Blutdruck: >140/90 mm Hg
- Proteinurie: >0,3 g (Sticks + bis +++)

#### Therapie bei klinischem Verdacht

- Engmaschige Kontrollen mit grosszügiger Indikation zur Hospitalisation. Der Verlauf ist meist progredient und vor der 28. SSW häufig schwer.
- Entbindung bei mütterlichen Problemen:
  - drohender eklamptischer Anfall;
  - Oligurie;
  - therapierefraktäre Hypertonie;
  - Verschlechterung der Leberenzyme und der Gerinnung.
- Lungenreifung mit Glukokortikoiden vor der Entbindung.

### HELLP-Syndrom

Es handelt sich um eine schwere Verlaufsform der Präeklampsie mit Auftreten von erhöhten Leberwerten, Hämolyse und sinkenden Thrombozyten. Die Klinik ist gekennzeichnet durch allgemeines Unwohlsein und epigastrische Schmerzen (bei 90%), Nausea/Erbrechen, schwere Hypertonie (50%), Druckdolenz im rechten Oberbauch (80%). Differentialdiagnostisch müssen Gastroenteritis, Appendizitis, Cholezystitis, Magenerkrankungen ausgeschlossen werden. Das Wiederholungsrisiko beträgt bei normalen Blutdruckwerten 3%, bei chronischer Hypertonie 5%.

#### Diagnostik

- Klinik.
- Laborscreening: Thrombozyten, Blutbild, Leberwerte.

#### Therapie

- Stabilisierung des mütterlichen Zustandes.
- Möglichst rasche Beendigung der Schwangerschaft.

### Nachsorge

- Blutdruck, Proteinurie, TSH, Sonographie und Doppler der Nieren (frühestens 6 Monate post partum).
- Thrombophilieabklärung nach einer schweren Präeklampsie vor der 34. SSW.

### Psychosoziale Folgen

Der abrupte Wechsel von einer normalen zu einer Hochrisikoschwangerschaft stellt eine sehr traumatische Erfahrung für die Eltern dar, welche sich der «Medizin» ausgeliefert fühlen. Die Mutter leidet häufig unter Schuld- und Versagensgefühlen, und die Eltern-Kind-Beziehung ist bei einer Frühgeburt erschwert. Verunsicherung und Angst vor einer folgenden Schwangerschaft sind gross.

### Prävention bei einer nachfolgenden Schwangerschaft

- Acetylsalicylsäure: kein gesicherter Nutzen nachgewiesen zur Prävention einer Präeklampsie. Trotzdem wird Aspirin Cardio® (100 mg) ab der 12. bis zur 37. SSW bei folgenden Indikationen empfohlen:
  - vorausgegangene schwere Präeklampsie;
  - vorausgegangene schwere intrauterine Wachstumsretardierung;
  - Antiphospholipidsyndrom.
- Antioxidantien (Vit. C/E) zeigten bisher keinen eindeutigen Nutzen und kommen deshalb nicht zum Einsatz.

### Epilog

Das Referat war eine kurze und einfache Zusammenfassung der häufigsten Notfälle in der Schwangerschaft mit praxisrelevanten Angaben zu Ursachen, Abklärungen und Therapie. Untermauert wurden die jeweiligen Krankheiten mit Fallbeispielen aus einer Allgemeinpraxis, die spannend und alltagsnah waren. Der ganze Aufbau hat mir sehr gut gefallen. Das Seminar war interessant, und es herrschte eine gute Stimmung. Das KKL Luzern bietet für eine solche Tagung ideale Rahmenbedingungen. Die Fortbildungstagung des KHM ist auf jeden Fall sehr empfehlenswert, und ich würde weitere geburtshilflich/gynäkologische Themen in diesem Rahmen sehr begrüssen.

---

Dr. med. Carla Zimmerli  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH  
 Altenburgstrasse 77  
 5430 Wettingen