



# FrauenHeilKunde – INFO

## Newsletter Geburtshilfe

Ausgabe: September 2019

### Editorial



**Liebe Kolleginnen  
und Kollegen,**

mit diesem Newsletter nach den Sommerferien möchten wir Sie über Neuerungen auf dem Gebiet der Geburtshilfe informieren. Wie bereits im letzten Newsletter zur Pränataldiagnostik angekündigt, wurden neue geburtshilfliche

Leitlinien veröffentlicht, die für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sowie Klinikerinnen und Kliniker relevant sind. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an mich.

Mit kollegialem Gruß

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

### Neue S3-Leitlinie „Gestationsdiabetes mellitus – Diagnostik, Therapie und Nachsorge“

Anfang 2018 ist die S3-Leitlinie zum Gestationsdiabetes (GDM) veröffentlicht worden. Diese beinhaltet wichtige Neuerungen:

Bei Erstvorstellung in der Frühschwangerschaft sollen alle Schwangeren mittels Anamnese auf das Vorliegen von Risikofaktoren (Tabelle 1) für eine Glukosetoleranzstörung oder einer präexistenten Diabetes mellitus Typ I/II befragt werden. Liegen Risikofaktoren vor, sollte ein 75-g-oGTT durchgeführt werden.

Risikofaktoren
GDM in der Eigenanamnese
Übergewicht
Höheres maternales Alter
Verwandte 1. oder 2. Grades mit Diabetes mellitus
Ovulationsinduktion
Herkunft: östlicher und südlicher asiatischer Raum
Vorausgegangene Geburt eines makrosomen Kindes

Tabelle 1: Häufige Risikofaktoren für das Vorliegen einer Glukosetoleranzstörung

Ebenso sollte bei diabetesspezifischen Symptomen wie Polyurie, Polydipsie oder ausgeprägter Glukosurie im Spontanurin auf einen unbekanntem Diabetes mellitus untersucht werden.

Erfolgt eine Diagnose eines Gestationsdiabetes vor der 24. SSW, sollte aufgrund des erhöhten Fehlbildungsrisikos ein detaillierter Ultraschall durchgeführt werden.

In den Mutterschafts-Richtlinien wird ein Screening auf Gestationsdiabetes mittels eines 50-g-Glukose-Challenge-Tests (50-g-GCT) zwischen 24+0 und 27+6 SSW empfohlen. Dieser Test berücksichtigt aber nicht den Nüchternglukosewert. Nach aktueller Evidenz liegt bei einem Drittel der Frauen allein eine Erhöhung dieses Nüchternwerts vor. Da ein ungünstiges Schwangerschaftsoutcome aber am engsten mit dem Nüchternwert korreliert, wird empfohlen, bei Patientinnen mit unauffälligem 50-g-GCT zusätzlich die Nüchternblutglukose zu bestimmen. Diese Bestimmung ist nicht Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinie! Konträr zur Mutterschafts-Richtlinie empfiehlt die S3-Leitlinie mittlerweile bei allen Schwangeren die Durchführung eines 75-g-oGTT zwischen 24+0 und 27+6 SSW. Aufgrund der forensischen Bedeutung von Leitlinien sollten diese Neuerungen in der Praxis beachtet werden.

## Aktualisierung der Handlungsempfehlungen zu Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft erschienen

Das Netzwerk „Gesund ins Leben“ hat die 2012 erstmals erschienenen Empfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft aktualisiert. Diese wurden um Empfehlungen zum präkonzeptionellen Lebensstil ergänzt. Wir möchten diese für Sie kurz zusammenfassen:

### **1. Gewichtszunahme während der Schwangerschaft**

Eine Gewichtszunahme von 10 – 16 kg während der Schwangerschaft normalgewichtiger Frauen ist laut Datenlage mit einem geringen Risiko für fetale und maternale Komplikationen assoziiert. Mit höherer Gewichtszunahme steigt das Risiko für Gestationsdiabetes, Gestationshypertonie, fetale Makrosomie und Geburtskomplikationen, insbesondere bei adipösen Patientinnen. Daher sollten adipöse Frauen nicht mehr als 10 kg während einer Schwangerschaft zunehmen. Für untergewichtige Frauen kann aufgrund der inkonsistenten Datenlage keine Empfehlung gegeben werden.

### **2. Ausgewogene Kost während der Schwangerschaft**

Patientinnen wird vor und während der Schwangerschaft eine ausgewogene und abwechslungsreiche Kost empfohlen. So sollten reichlich pflanzliche Lebensmittel (Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte etc.) verzehrt werden. Tierische Lebensmittel (Milch- und Milchprodukte, fettarmes Fleisch und fettarme Wurstwaren, fettreiche Meeresfrüchte und Eier) sollten in Maßen verspeist werden. Zurückhaltend sollte mit Süßigkeiten, zuckerhaltigen Getränken sowie Fetten mit hohem Anteil an gesättigten Fettsäuren und Ölen umgegangen werden. Schwangere sollten ihre Essgewohnheiten während der Schwangerschaft beibehalten, im letzten Trimenon sollte die Kalorienmenge um ca. 10 % gesteigert werden. Stärker als der Energiebedarf steigt in der Schwangerschaft der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen. Dieser Mehrbedarf kann durch Einnahme von Supplementen und ausgewogene Ernährung gedeckt werden.

### **3. Supplementation von Vitaminen und Mineralstoffen**

Der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen steigt während der Schwangerschaft. Dieser Mehrbedarf kann durch Einnahme von Supplementen und ausgewogene Ernährung gedeckt werden. Eine Vitamin- und Spurenelementsupplementation sollte dringend Patientinnen mit vegetarischer oder veganer Ernährung empfohlen werden.

### **4. Jodbedarf während der Schwangerschaft**

Schwangere sollten zu einer ausreichenden Jodzufuhr in der Schwangerschaft beraten werden. Empfehlens-

wert sind die Verwendung von jodiertem Speisesalz sowie der regelmäßige Verzehr von Milch, Milchprodukten und Meeresfisch. Zusätzlich sollte Jod während der Schwangerschaft mit einer Dosierung von 100 bis 150 µg täglich supplementiert werden. Patientinnen mit Schilddrüsenerkrankungen sollten an einen Endokrinologen oder einer Endokrinologin vermittelt werden.

### **5. Eisensubstitution während der Schwangerschaft**

Eine generelle Eisensubstitution wird nicht empfohlen, da für Schwangere mit ausreichender Eisenversorgung unter zusätzlicher Supplementation ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit und ein niedrigeres Geburtsgewicht beschrieben wurde.

### **6. Koffeingenuss während der Schwangerschaft**

Ein moderater Genuss von Koffein ist möglich. Allerdings ist die aktuelle Evidenz zu einer möglichen nachteiligen Wirkung von Koffein auf Mutter und Kind zum aktuellen Zeitpunkt unzureichend. Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) gibt für die Schwangerschaft eine sichere Koffeindosis von 200 mg pro Tag an.

### **7. Körperliche Aktivität während der Schwangerschaft**

Schwangeren – v. a. adipösen Patientinnen – sollte zu Beginn der Schwangerschaft regelmäßige körperliche Aktivität empfohlen werden. Regelmäßige körperliche Betätigung (30 Minuten täglich an mindestens fünf Tagen pro Woche) kann das Risiko für eine Frühgeburt und die Entwicklung eines Gestationsdiabetes senken. Auch normalgewichtige Schwangere profitieren von ausreichender körperlicher Aktivität. Zwar konnten Studien keine Reduktion des Frühgeburtsrisikos beschreiben, positive Effekte konnten aber bezüglich der Entwicklung eines Gestationsdiabetes und einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung nachgewiesen werden. Regelmäßige Aktivität kann weiterhin das Risiko eines Kaiserschnitts zugunsten einer Spontangeburt senken.

### **8. Empfehlungen zur Zahngesundheit**

Eine adäquate Mundhygiene und eine ausreichende Zahngesundheit wirken dem Frühgeburtsrisiko und einem geringeren Geburtsgewicht entgegen. Durch Weitergabe von Karies-assoziierten Bakterien auf das Kind kann sich eine schlechte Zahngesundheit der Mutter negativ auf das Kind auswirken. Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sollte daher geraten werden, ihre Zahngesundheit zu überprüfen und ihre Zähne ggf. gezielt behandeln zu lassen.

## Neue S2k-Leitlinie „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“

Im Mai dieses Jahres wurde die neue S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen veröffentlicht. Eine wichtige Neuerung betrifft die Definition der Präeklampsie. Vor Veröffentlichung der neuen Leitlinie umfasste die Definition der Präeklampsie neben einer Blutdruckerhöhung von  $\geq 140/90$  mmHg eine Proteinurie von  $\geq 300$  mg/d. Die Rolle der Proteinurie wurde nun entsprechend der Definition anderer internationaler Fachgesellschaften relativiert. Folgende Organmanifestationen können bei einer Präeklampsie vorliegen (siehe auch Tabelle 2): eine Thrombozytopenie, ein Nierenversagen (Serum-Kreatinin  $> 1,1$  mg/dl

oder Verdopplung des Serum-Kreatinins in Abwesenheit einer Nierenerkrankung), eine eingeschränkte Leberfunktion (Transaminasenerhöhung), ein Lungenödem oder zentrale Symptome wie Kopfschmerzen oder Augenflimmern.

Jeder (auch vorbestehende) erhöhte **Blutdruck  $\geq 140/90$  mmHg** gilt als Definition für eine Präeklampsie in der Schwangerschaft, wenn mindestens eine neu auftretende Organmanifestation, welche keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann, zusätzlich vorliegt.

<b>Hämoglobin</b>	$> 13$ g/dl
<b>Hämatokrit</b>	$> 38$ %
<b>Thrombozyten</b>	$< 100$ Gpt/l Ein progredienter Abfall der Thrombozyten muss auch im Normwertbereich innerhalb weniger Stunden kontrolliert werden (Cave: HELLP-Syndrom, disseminierte intravasale Gerinnungsstörung).
<b>GPT (ALT)</b>	Anstieg $\geq 2$ -fache des Referenzbereichs
<b>GOT (AST)</b>	Anstieg $\geq 2$ -fache des Referenzbereichs
<b>LDH</b>	Anstieg $\geq 2$ -fache des Referenzbereichs
<b>Bilirubin (indirekt)</b>	$> 1,2$ mg/dl
<b>Harnsäure</b>	$> 5,9$ mg/dl
<b>Kreatinin</b>	$\geq 0,9$ mg/dl
<b>Eiweiß im Urin</b>	$\geq 300$ mg/24 h
<b>Haptoglobin</b>	Abfall unter Referenzbereich
<b>Andere Blutgerinnungstests</b>	z. B. rapider D-Dimer-Anstieg (Hinweis für DIG)-Verlaufsbeobachtung
<b>sFit-1/PIGF-Quotient</b>	$> 85$ bzw. $> 110$

Tabelle 2: Klinisch-chemische Laborparameter, mögliche Veränderungen im Rahmen einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung (aus der Leitlinie „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“)

### ASS-Prophylaxe zur Risikoreduktion einer Präeklampsie

Die ASPRE-Studie konnten zeigen, dass bei Risikopatientinnen (Hochrisiko im Präeklampsiescreening nach dem FMF-Algorithmus) das Risiko für eine Präeklampsie  $< 37$  SSW signifikant durch eine in der Frühschwangerschaft begonnene medikamentöse Prophylaxe mit Aspirin (ASS), 150 mg zur Nacht (bis 36+6 SSW), gesenkt werden kann (Rolnik et al., 2017). Ein weiteres Ergebnis war, dass mit besserer Compliance der Tabletteneinnahme eine höhere Risikoreduktion der Präek-

lampsie einhergeht. Im Studienkollektiv der ASPRE-Studie entwickelten fünf Patientinnen eine Präeklampsie, die  $\geq 90$  % der Tabletten einnahmen, wohingegen 3,3 % derer Patientinnen eine Präeklampsie entwickelten, die weniger als 90 % der Medikation einnahmen. Bisher stellte sich die Frage, welche Patientengruppen tatsächlich von einer ASS-Prophylaxe profitieren. Eine Sekundäranalyse der ASPRE-Studie zeigte nun, dass Patientinnen mit einer chronischen Hypertonie,

Seite 4 →

offenbar nicht von einer ASS-Prophylaxe profitieren (Poon et al., 2017). Diese Patientinnen sollten über die aktuelle Datenlage aufgeklärt werden. Auf Wunsch kann, im Sinne eines individuellen Vorgehens, weiterhin eine ASS-Prophylaxe durchgeführt werden.

## Neue S2k-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Frühgeburt“

Mit Veröffentlichung der neuen Leitlinie hat sich eine wichtige Änderung ergeben: Aufgrund der Nebenwirkungsprofile und fehlender Evidenz wird empfohlen,

Betasymphomimetika und Magnesiumsulfat nicht mehr zur Tokolyse einzusetzen. Empfohlen wird die Tokolyse mit Kalziumantagonisten (Nifedipin), Oxytozinrezeptorantagonisten (Atosiban) und COX-Inhibitoren (Indometacin) im Rahmen einer ACS-Gabe oder bei Verlegung einer Schwangeren in eine Geburtsklinik. Da in Deutschland nur Betasymphomimetika und Atosiban zur Tokolyse zugelassen sind, muss über einen Off-Label-Use der anderen Tokolytika aufgeklärt werden. Konsens besteht ebenfalls darüber, dass Tokolytika nicht mit vaginalem/oralem Progesteron kombiniert werden sollten.

## Zentrale Terminvergabe seit 01.06.2019

Hiermit möchten wir Ihnen mitteilen, dass die Terminvergabe der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen seit dem **01.06.2019** zentral erfolgt. Dies betrifft die Terminvereinbarung folgender Ambulanzen:

- Allgemeine Hochschulambulanz/Poliklinik
- Brustambulanz
- Gynäkologische Endokrinologie
- Kolposkopie/Dysplasie-Sprechstunde

### Die Rufnummern sind:

09131-85-33504 oder 09131-85-33506

Wir bitten Sie, ab sofort diese Telefonnummern zu nutzen und ggf. den Patientinnen und Patienten für Terminvereinbarungen mitzuteilen.

### Personalia

## Unser Team hat sich verstärkt. Wir begrüßen drei neue Assistenzärztinnen:



Manana Aladashvili  
seit 01.07.2019



Dr. med. Anna Dietl  
seit 01.07.2019



Dr. med. Ramona  
Offergeld  
seit 16.07.2019

### Kommende Veranstaltungen

- Intensivseminar Impfen:  
**16.11.2019, 09.00–15.00 Uhr**
- Update Prä- und Perinatalmedizin:  
Was gibt es Neues? Grundlagen  
und Expertenwissen:  
**20.11.2019, 16.00–20.00 Uhr**
- Gynäkologische Onkologie 2019:  
**18.12.2019, 16.00–18.30 Uhr**

Universitätsklinikum Erlangen, Rudolf-Wöhrl-Hörsaal, Östliche Stadtmauer Straße 11, 91054 Erlangen. Die Teilnahme ist jeweils kostenlos. Am Ende jeder Veranstaltung werden Teilnahmebescheinigungen mit Fortbildungspunkten ausgehändigt.

### Impressum

#### Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen  
Frauenklinik  
Universitätsstr. 21/23  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-33553  
Fax: 09131 85-33456  
fk-direktion@uk-erlangen.de  
www.frauenklinik.uk-erlangen.de

#### V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

#### Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,  
91012 Erlangen

Wenn Sie zukünftig keine Zusendung des Newsletters mehr wünschen, dann bitten wir um eine kurze Rückmeldung an [fk-direktion@uk-erlangen.de](mailto:fk-direktion@uk-erlangen.de).