

Perinatal outcomes in a subsequent pregnancy among women who have experienced recurrent miscarriage: a retrospective cohort study.

K. Field and D.J. Murphy

Human Reproduction 30 (5): 1239-1245.

Hintergrund:

Fehlgeburten sind häufig. Bei klinischen Schwangerschaften liegt die Rate an Fehlgeburten etwa bei 20%. Die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt ist altersabhängig. Der Hintergrund liegt meist in einer Aneuploidie (ungleiche Verteilung der Chromosomen) der Eizellen.

Rezidivierende Fehlgeburten sind selten. Es betrifft nur 1-3% aller Paare, die schwanger werden möchten.

Risikofaktoren sind das Alter, anormale elterliche Zytogenetik, endokrine Störungen (Hypothyreose), uterine Pathologie (Septen), das Antiphospholipid-Syndrom und Thrombophilien (wenngleich sich letztere nicht gut therapieren lassen).

Fragestellung:

Wie gestaltet sich der spätere Schwangerschaftsverlauf von Frauen, die drei oder mehr Fehlgeburten hatten. Wie ist deren Geburtsverlauf?

Methode:

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden 30.053 Frauen untersucht: Nur Einlingsschwangerschaften im Untersuchungszeitraum Januar 2008 bis Juli 2011. Untersuchungsort war eine geburtshilfliche Klinik in Irland mit 8500-9000 Geburten jährlich (!!).

Die Diagnosestellung für wiederholte Fehlgeburten war relativ eng (drei oder mehr Fehlgeburten). Dabei wurden 2030 Frauen mit wiederholten Fehlgeburten (Achtung: Große Fallzahl!) mit 28.023 Frauen verglichen, die keine wiederholten Fehlgeburten hatten.

Studienergebnisse:

Frauen mit wiederholten Fehlgeburten waren deutlich häufiger übergewichtig, hatten mehr Kinderwunschbehandlungen (Assisted conception: Ovulationsinduktion intrauterine Insemination, IVF/ICSI) und einen frühen perinatalen Kindstod.

Frauen mit wiederholten Fehlgeburten hatten eine erhöhte Inzidenz für **Frühgeburt** (< 37 Schwangerschaftswochen) in 8,1% gegen 5,5% des Normalkollektivs (adjOR 1,54, 95% CI 1,21-1,84).

Zugleich deutlich höheres Risiko für sehr **frühe Frühgeburt** (< 32 Schwangerschaftswochen) von 2,2% gegen 1,2% des Normalkollektivs (adjOR 1,80, 95% CI 1,28-2,53).

Der **perinatale Kindstod** war außerdem häufiger: 1,2 gegen 0,5 des Normalkollektivs (adjOR 2,66, 95% CI 1,70-4,14).

Die Resultate für die gefundenen Auffälligkeiten waren unabhängig von der Frage, ob es sich um **primäre** oder **sekundäre** wiederholte Fehlgeburten handelt.

Schlussfolgerung für die Praxis:

In der klinischen Schwangerschaftsbetreuung überwiegt zunächst die Freude über eine eingetretene Schwangerschaft nach wiederholten Fehlgeburten für alle Beteiligten (Frau, Paar und Frauenarzt). Wenn 12 Schwangerschaftswochen erreicht wurden, sind die Gefahren für späte Fehlgeburten eher gering. Frühgeburten sind aber ein wesentliches Problem.

Es scheinen Faktoren, die entweder durch das Verhalten bedingt sind (Übergewichtigkeit) oder möglicherweise genetische Faktoren (die wir bisher noch nicht kennen), eine Bedeutung zu haben.

Die betreuenden Frauenärztinnen und Frauenärzte sollten wissen, dass die Risiken für sehr frühe Frühgeburt und Frühgeburtslichkeit erhöht sind.

Möglicherweise ist der Entschluss zum Kaiserschnitt auch iatrogen bedingt, um möglichst eine "sichere" Entbindung zu gewährleisten.