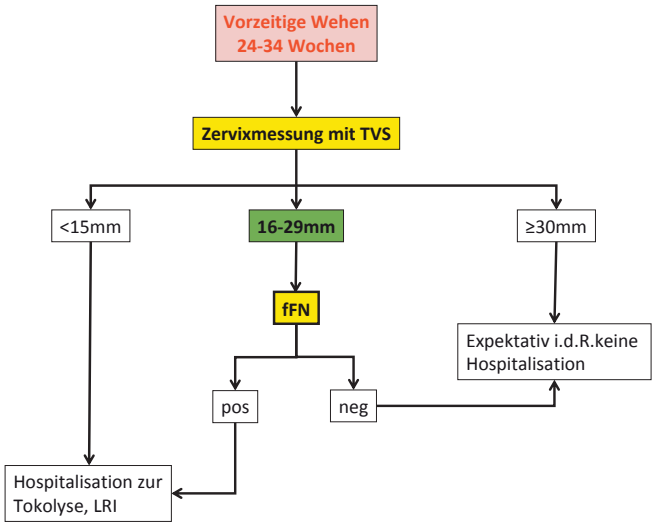
Sonographische Zervixmessung oder fetales Fibronectin oder beides bei der Beurteilung von vorzeitigen Wehen?

Obwohl die Rate an Frühgeburten in der Schweiz deutlich kleiner ist als in den Vereinigten Staaten, machen Fälle mit klinisch drohender Frühgeburt auch bei uns einen grossen Anteil der geburtshilflich hospitalisierten oder in eine Zentrumsklinik verlegten Frauen aus. Eine solche Hospitalisation ist meinst ein einschneidendes Erlebnis auch für die Familie als Ganzes. Um diese drohende Geburt zu vermeiden oder zumindest Zeit zu gewinnen werden Medikamente eingesetzt welche potentiell auch gefährliche Nebenwirkungen haben können. Die Kosten welche solche Diagnosen und Therapien mit sich ziehen sind nicht zu verachten und in der heutigen DRG-lastigen Denkweise ein Thema. Nichtsdestotrotz, gebären nur ein kleiner Anteil dieser Frauen auch zu früh d.h. trotz einer sorgfältigen Evaluation der Situation haben wir einen hohen Anteil an falsch positiven Diagnosen und eben unnötigen Therapien.

Die Beurteilung von Schwangeren welche sich mit vorzeitigen Wehen melden, bleibt weiterhin enigmatisch. Dabei ist das Problem der Diagnose der „drohenden Frühgeburt“ ein zentrales. Fakt ist, dass eine Geburt welche zu früh einsetzt so wenig verhindert werden kann wie eine Geburt am Termin. Wenn die Geburtskaskade aktiviert ist, können wir mit unseren Massnahmen höchstens Zeit gewinnen für eine etweilige Verlegung in ein Zentrum, oder für die Verabreichung von Steroiden zur Induktion der Lungenreife. Dafür brauchen wir meist Tokolytika welche – regelkonform eingesetzt – auch diesen Bedürfnissen genügen. Somit können wir die Krankheit „Frühgeburt“ nicht heilen, sondern durch die erwähnten Massnahmen höchstens das kindliche Outcome etwas verbessern. Der Rest ist unnötige Verschwendung von Ressourcen. Das ist sicher etwas hart formuliert aber wir sollten uns bewusst werden, dass wir im diagnostischen Sektor Fortschritte gemacht haben, Fortschritte welche es uns erlauben sollten, die hohe Rate an falsch positiven Diagnosen etwas zu senken. Dazu gehören sicherlich die sonographische Messung der Zervixlänge und die Bestimmung des fetalen Fibronectins (fFN) im vaginalen Sekret. Beides sind Verfahren mit einem sehr hohen negativen Vorhersagewert. Das heisst, dass Frauen mit vorzeitigen Wehen und einer langen Zervix oder einem negativen fFN Test eine sehr kleine Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt haben. Der positive Vorhersagewert ist indes nicht so toll aber diese Unschärfe ist auch nicht so massgebend. Nun wurden in den letzten Ausgaben des American Journals of Obstetrics and Gynecology zwei Artikel vorgestellt, welche sich dieser Fragestellung durch eine Metaanalyse (DeFranco A.E. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 208:233.e1–6) und andererseits durch eine cost-effectiveness Analyse (van Baaren G-L et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 209:436.e1–8) angenähert haben. In beiden Arbeiten wurde die Hypothese getestet, ob die Kombination dieser zwei Verfahren besser sei als eine klinische Beurteilung oder die Einzelbetrachtung der zwei Verfahren. Interessanterweise hilft eine intelligente Kombination der sonographischen Zervixmessung und der fFN-Bestimmung bei Frauen mit vorzeitigen Wehen zwischen 24 und 34 Wochen die Rate an falsch positiven Diagnosen tatsächlich signifikant zu senken.

Dies erstaunt mich doch etwas. Das fFN ist ein Protein, welches durch die Aktivierung der fetalen Membranen im Rahmen der Geburt/Frühgeburt freigesetzt wird und im Vaginalsekret mittels eines qualitativen Schnelltestes nachgewiesen werden kann. Im Unterschied zu Europa, wird in den USA eher dieser Test gebraucht während bei uns v.a. die sonographische Zervixbeurteilung das zentrale Instrument darstellt. Da beide Faktoren eigentlich vom gleichen Prozess abhängig sind, sollten sie nicht unabhängig voneinander sein und somit auch nicht kombinierbar. Ja, das ist Theorie! Tatsache ist, dass die Kombination dieser zwei Befunde durchaus helfen könnte, die Rate an falsch positiven Diagnosen zu reduzieren und



Graphik 1. Algorythmus bei vorzeitigen Wehen

somit Kosten zu sparen ohne dass die Qualität der Betreuung und das kindliche Outcome darunter leiden sollten. Klar, beide Arbeiten sind theoretische Abhandlungen aber die Logik dahinter und die sonstigen, wenn auch spärlichen Publikationen welche sich genau mit dieser Fragestellung auseinandergesetzt haben, sind meines Erachtens interessant.

Auf der Basis dieser Überlegungen könnte man sich gut vorstellen, einen Algorythmus zu erstellen (Graphik 1), wie man diese Informationen ordnen und vernünftig anwenden könnte. Die Zukunft, neuere biochemische Tests und hoffentlich einige randomisierte Arbeiten werden uns zeigen, wie wir uns in diesem Gebiet am besten und effizientesten bewegen können. Die Graphik ist als Hilfeleistung gedacht für Kollegen unter uns, welche sich mit der Zeit bewegen wollen. Sie gilt als generelle Hilfestellung falls man beide Verfahren, die Zervixmessung und das fFN, kombinieren möchte. Natürlich basierte diese Darstellung nicht auf bestehende Studien sondern ist ein Surrogat aus dem Gelesenen.

Luigi Raio

Literatur

1. DeFranco EA, Lewis DF. Obido AO. Improwing the screening accuracy for prterm labor: is the combination of fetal fibronectin and cervical length in symptomatic patients a useful predictor of preterm birth? A systematic review. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 208:233.e1–6.
2. Van Baaren G-L, Vis JY, Grobman WA, et al.Cost-effectiveness analysis of cervical lenght measurement and fibronection testing in women with threatened preterm labor. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 209:436.e1–8.

Depressionen in der gynäkologischen Praxis: Weshalb werden sie oft übersehen?

In der vorliegenden Studie wurden die Symptome bei Frauen, bei denen am Ende eine Depression diagnostiziert wurde, analysiert und untersucht, wie häufig die primärversorgende Ärzteschaft die richtige Diagnose (Depression) gestellt hatte (Cerimele, J.M. et al. Presenting Symptoms of Women with depression in an Obstetrics and Gynecology setting. Obstet. Gynecol. 2013; 122: 313–318).

Die Analyse kam aus der „Depression Attention for Women now“ Studie (La Rocco-Cockburn A. et al. Contem Clin Trials, Resultate noch nicht publiziert) einer prospektiv-randomisierten Interventionsstudie bei depressiven Frauen.

Frauen in gynäkologischen Ambulatorien unterzogen sich einem validierten Screening-Test für Depressionen. Bei hohem Score folgte ein psychiatrisches Interview, wo dann die Diagnose gestellt wurde. Die klinischen Daten dieser Frauen bildeten die Grundlage der weiteren Analysen. Pro Patientin wurde ein Hauptsymptom eruiert und die von den erstuntersuchenden Ärztinnen gemachte Diagnose.

Resultate

Bei 98.5 % der 195 Patientinnen bestätigte das strukturierte Interview die Diagnose Depression. Über 60 % dieser Frauen berichteten, dass sie bereits früher medikamentöse Therapie für Depressionen, Angstzustände oder Schlafprobleme einnahmen! Bei 82 Pat. (42 %) wurde die Diagnose Depression durch die Gynäkologinnen gestellt.

Als Hauptsymptom gaben nur 11 % der Patientinnen ein psychologisches Problem an, bei 40 % waren neben physischen aber auch psychologische Probleme vorhanden.

Psychologische Beschwerden waren:
- Depressive Verstimmungen
- Angstzustände
- Unspezifischer „Stress“

19 % der Frauen kamen ins Ambulatorium wegen Schmerzen, 19 % zum Routinecheckup.

Eine bivariate Analyse ergab vier Variablen die signifikant mit der Diagnose Depression assoziiert waren:
- Jüngeres Alter (33.5 Jahre versus 40.8 bei Nichtdepressiven)
- Zeit seit Geburt, weniger als 1 Jahr (13.9 % versus 2.8 %)
- Grundversorgung anstatt spezialärztliche Versorgung (72 % versus 30 %)
- Hauptsymptom psychologischer Natur (72 % versus 18.8 %)

Kommentar
Diese Untersuchung zeigt was man immer wieder vermutet: Depressionen werden von der primärversorgenden Ärzteschaft häufig nicht erkannt. Diese Untersuchung ist für uns Gynäkologinnen und Gynäkologen auch deshalb wichtig, weil man mindestens in den USA davon ausgeht, dass etwa 1/3 aller Frauen ihre Frauenärztinnen als ihre grundversorgende Ärztin betrachten (Scholle, S. H. et al. Women health 2003; 37:15–30). Das bedeutet, dass wir in unserer Praxis regelmässig mit dem Problem Depression konfrontiert werden. Man rechnet, dass ca. 21 % aller Frauen einmal in ihrem Leben (oft in der Adoleszenz, postpartal oder perimenopausal an einer Depression leidet. Weiterhin weiss man, dass in gynäkologisch-geburtshilflichen Praxen die Prävalenz von Depressionen zwischen 4 und 22 % liegt, aber nur 20–33 % der Patientinnen mit Depression richtig diagnostiziert werden (Smith M.V. Psychiatr. Serv. 2004; 55:407–14). Dazu kommt, dass depressive Patientinnen in der Primärversorgung dominant somatische Symptome angeben (z.B. Kopfschmerzen). Trotzdem zeigt es sich in diesen Studien, dass Depressionen doch in 72 % mit psychologischen Symptomen, wenn auch oft nicht als Hauptsymptom, einhergehen.

Was können wir aus diesen „facts“ lernen? Eigentlich nichts Neues. Lange ist bekannt, dass physische Symptome eine Depression „larvieren“. Ausserdem sind Depressionen häufiger als allgemein angenommen.

Insbesondere in den Risikopopulationen (Adoleszenz, Schwangerschaft, Postpartalperiode, Perimenopausalität) sollte man gezielt nach psychologischen Problemen fragen und wahrscheinlich häufiger sogenannte Depressions-Screening-Tests (Fragebogen Patient health questionnaire-9, Kroenke, K. et al. J. Gen. Intern. Med. 2001; 16:606–13) einsetzen. Auf jeden Fall sind wir als Primärversorger(-innen) von Frauen angesprochen das Problem der Unter-/Fehldiagnose bei Depressionen anzupacken.

Michael K. Hohl