

Intravenöse Tokolyse mit Fenoterol:

Ist bei Frühgeborenen mit einer erhöhten Rate an Hirnblutungen oder Leukomalazien zu rechnen?

K.N. Staneva*, E. Koepcke**, W. Sadenwasser**, K. Abshagen*, D. Olbertz*

201..... **Erfahrungsmethoden:** Schauen Sie Ihren Patientinnen auf die Finger!

204..... **Kolposkopie – auf einen Blick** (Folge XIX).

205..... **Hormonale Langzeit-Kontrazeption:** Besonders gut geeignet ist die DNG-EE-Kombination.

209..... **Neue Universitäts-Frauenklinik Essen** – startete mit Weiterbildungskursen und Einweihungssymposium:

209..... **Wie wird die Zukunft der Geburtshilfe aussehen?**

209..... **Entscheidungsfindung in der Diagnostik bei Fluor genitalis.**

211..... **Die Rolle der Gestagene in Gynäkologie und Geburtshilfe.**

212..... **Bedeutung der Hämostaseologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.**

215..... **Kongreßankündigungen.**

In der Betreuung bei drohender Frühgeburt wird der Tokolyse mit Betamimetika eine wichtige Rolle zugestanden, um eine Schwangerschaftsverlängerung und dadurch eine Verbesserung der Überlebenschancen sowie eine Senkung der Morbidität zu erzielen (9). In den letzten Jahren jedoch werden die Effekte der Betamimetika zurückhaltender gesehen und in Relation zu den Nebenwirkungen diskutiert (8).

Da Betamimetika die Plazenta weitgehend ungehindert passieren, ist auch mit Auswirkungen beim Feten zu rechnen (9). Unter intravenöser tokolytischer Therapie mit Fenoterol sind beim Feten durchschnittlich ca. 40 % des mütterlichen Spiegels nachweisbar. Aus dem fetalen Kreislauf wird Fenoterol aber wesentlich langsamer eliminiert als aus der mütterlichen Zirkulation (6).

Eine Therapie mit Betamimetika kann zu einer Erhöhung des fetalen cardiac output und des Blutflusses in der fetalen Aorta führen, was einen Anstieg des zerebralen Blutflusses zur Folge hat (5, 11). Wegen der begrenzten Autoregulation sind Frühgeborene daher unter Einwirkung von Betamimetika aufgrund eines möglicherweise erhöhten Risikos der Entstehung von peri-/intraventrikulären zerebralen Blutungen

(PIVH) zusätzlich gefährdet.

Entsprechende Berichte in der Literatur über die Auswirkungen einer Tokolyse mit Ritodrine hatten bereits zu Besorgnis geführt (9). Es handelte sich um die Ergebnisse retrospektiver klinischer Stu-

dien, in denen bei Frühgeborenen eine etwa zwofache erhöhte Hirnblutungsrate festgestellt wurde (5). Die Häufigkeit von schweren PIVH (Grade III) von Hirnparenchym

Abb. 2: Frühgeborenes, 33. SSW, am zweiten Lebenstag: Hirnblutung im Abflußbereich der V. terminalis rechts bei Zustand nach pränataler Hypoxie (silentes CTG > 24 Stunden).



Abb. 3: Frühgeborenes, 29. SSW, im Alter von einem Monat: Pseudozystische periventriculäre Leukomalazie bds. bei Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung.



Abb. 4: Frühgeborenes, 28. SSW, im Alter von einem Monat: Porenzephalische Pseudozyste frontal nach Hirnblutung bei Zustand nach HELLP-Syndrom der Mutter.

