

Intrauterine Retardierung:
Aktueller Stand der Proble-
pädiatrischer und geburtshilflic

K.N. Staneva, K. Hagen, E. Koepcke, W. Sadenwasser

Neugeborene mit intrauteriner Wachstumsretardierung (Intrauterine growth restriction, IUGR) sind Kinder mit pathologischer Wachstumsrestriktion auf genetischer oder umweltbedingter Basis (38). Diese Retardierung wird durch ein Geburtsgewicht von weniger als 2 Standardabweichungen vom Normalgewicht definiert.

In den letzten Jahren zeichnet sich neben der Zunahme an Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1 500 g auch ein signifikanter Anstieg ($p = 0,003$) des Anteils an Small-for-gestational-age (SGA)-Frühgeborenen ab (2).

Klassifikation der
intrauterinen
Wachstumsretardierung

In der Regel wird zwischen zwei Formen der fetalen Retardierung unterschieden:

• der symmetrischen Form – mit Beginn der Retardierung vor der 24. SSW – und

Inhalt

21..... Sexuelle Frühreife:
Schwanger nicht selten
bereits mit 14 Jahren.

23..... Beschluss der
Mitgliederversammlung.

24..... Kongresse.



Abb. 1: Frühgeborenes mit intrauteriner Restriktion: 35 SSW, 1 300 g. Arterielle Hypertonie der Mutter. Sectio caesarea wegen stiller fetaler Herzfrequenzmuster im CTG.

• der asymmetrischen Form – mit Beginn der Retardierung im zweiten oder dritten Trimenon (31).

Wir haben die Daten hypotropher Neugeborener analysiert, die zwischen Januar 2000 und Juni 2001 in unserer Klinik geboren wurden und deren Mütter vor der 32. SSW in unserer Klinik sonographisch untersucht worden waren:

• Eine postnatale stationäre Behandlung benötigten überwiegend Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 2 500 g (19/20) und < der 3. Perzentile des Normalgewichts (18/20) (37).

• In allen Fällen fanden sich sonographische Hinweise auf einen frühen Beginn der fetalen Retardierung, davon in 17/20 vor 25 SSW (Tab. 1). Eine Zuordnung zu dem symmetrischen Typ fetaler Retardierung ließ sich jedoch

nicht immer vornehmen. Deshalb scheint die von Brar und Rutherford (8) vorgeschlagene Klassifikation der fetalen Retardierung besser geeignet, die Neugeborenen mit intrauteriner Restriktion zu differenzieren.

• Danach entsprechen die meisten unserer Patienten dem intermediären Typ mit Beginn der Retardierung zwischen 16 und 24 SSW bei Plazentainsuffizienz und Nikotinabusus (Tab. 2).

Es sollte zwar grundsätzlich der Versuch unternommen werden, durch Aufklärung das Rauchverhalten der Schwangeren zu ändern, die Erfolgsaussicht erscheint aber leider zweifelhaft. Der Schwerpunkt in der Schwangerschaftsbetreuung ist daher auf die Diagnostik und das Management bei Plazentainsuffizienz zu legen.