Morbidität standen Wundinfektionen und Fieber über 38° C über mehr als 2 Tage im Vordergrund. Schwerwiegende Infektionen wurden nicht beobachtet. Bei den Kindern überwogen pulmonale Affektionen auch ohne Erregernachweis in den entsprechenden Abstrichen und in der Blutkultur.

Zusammenfassung: Bei sterilen Fruchtwasserabstrichen betrug die Infektionsrate der Mütter 9,6%, die der Kinder 5,8%. Bei Müttern mit positivem Erregernachweis im Fruchtwasser lag die Anzahl der Infektionen mit 16,7% deutlich höher, während die kindliche Infektionsrate praktisch gleichblieb (7% = zwei von 30). Gleichzeitige Erkrankung von Mutter und Kind trat nur in zwei von 82 Fällen (2,4%) auf. Zwischen dem Erregerspektrum im Fruchtwasser und den bei kindlichen und mütterlichen Infektionen nachgewiesenen Erregern bestand eine deutliche Diskrepanz.

67. K. G. Wurster, M. B. Ranke, D. Gupta (Tübingen): 17-Hydroxyprogesteronbestimmung im Fruchtwasser als zusätzlicher Parameter bei der pränatalen Diagnostik des adrenogenitalen Syndroms

Die bisher bekannten Untersuchungen der 17-Hydroxyprogesteronkonzentration (17-OHP) im Fruchtwasser zur pränatalen Diagnose des adrenogenitalen Syndroms (AGS) beziehen sich auf eine geringe Zahl an Vergleichswerten. An 192 Proben (173 Schwangerschaften) aus der 15.–21. SSW sowie der 25.–41. SSW. wurde ein Normalwertkollektiv erstellt. Bei 15 Schwangerschaften erfolgten Verlaufsbestimmungen. Die pränatale Diagnose des AGS ist auch durch die HLA-Typisierung kultivierter Fruchtwasserzellen möglich. Die Wertigkeit beider Methoden wurde an sechs Fällen zur pränatalen AGS-Diagnostik verglichen.

Die 17-OHP-Konzentration fällt von der 16. zur 20. SSW (388 ng/dl auf 329 ng/dl) ab, es besteht jedoch keine signifikante Änderung. Die einfache Standardabweichung (SD) bleibt in der Größenordnung von 70–100 ng/dl. Es fand sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied. Vier Fälle (2× männlich, 2× weiblich) zur pränatalen AGS-Diagnostik lagen innerhalb der einfachen SD. Bei der HLA-Typisierung fand sich in den vier Fällen ein heterozygoter Status für den Enzymdefekt (21-Hydroxylasemangel). Zwei Fälle lagen oberhalb der 4fachen bzw. 18fachen SD des erstellten 17-OHP-Kollektivs. Die HLA-Typisierung konnte das AGS in einem Fall bestätigen, im anderen Fall war ein eindeutiges Ergebnis nicht zu erzielen. Die 17-OHP-Bestimmung ließ jedoch ebenfalls auf ein AGS schließen.

In beiden Fällen wurde ein AGS-krankes Kind geboren. Die pränatal erhobenen Befunde konnten postnatal bestätigt werden.

Die 17-Hydroxyprogesteronbestimmung im Fruchtwasser erscheint ein sicherer und zuverlässiger Parameter bei der pränatalen Diagnostik des AGS zu sein. Wegen der ausgeprägten inter- wie intraindividuellen Variation der 17-OHP-Konzentration ist nur anhand eines ausreichend großen Normalwertkollektivs eine sichere Beurteilung im Hinblick auf die pränatale AGS-Diagnostik möglich. Die 17-OHP-Bestimmung ist im Gegensatz zur HLA-Typisierung schneller durchführbar, einfacher zu wiederholen und auch dann anwendbar, wenn das AGS-krankes Kind in der Familie verstorben ist.