

# Indikationen zum künstlichen Abort bei diabetischen Schwangeren

von G. KATSCH

Schwangerschaftsunterbrechung bei einer diabetischen Frau, nur weil sie diabetisch ist, kommt vom Blickpunkt meines Instituts nicht in Betracht, das heißt: wenn eine sachverständige ärztliche Betreuung gesichert ist. An letzterer sollte es heute in Deutschland nirgends fehlen; auch wenn nicht an jedem Ort ein Arzt vorhanden ist, der Zuckerkrankte unter wechselnden Stoffwechsellagen in bezug auf Diät und Insulinversorgung richtig führen kann. Eine weitere Voraussetzung ist, daß der Diabetes der Schwangeren, wenn er nicht ohnehin bekannt ist, bei der Schwangerenberatung festgestellt wird. Harmlose Schwangerschaftsglykosurie und Diabetes sind manchmal leicht, manchmal nur unter klinischer Beobachtung zu unterscheiden. Leider kommt es vor, daß die Zuckerprobe versäumt und der Diabetes erst bei eintretendem Koma diagnostiziert wird; und bedauerlicherweise wird in manchen Schwangerenberatungsstellen trotz sonst gründlicher Betreuung eine Zuckerprobe im Harn gar nicht ausgeführt, weil die irrije Meinung besteht, Harnzucker bei einer Schwangeren beruhe stets auf einer harmlosen Schwangerschaftsglykosurie!

Unter zeitgemäßen Versorgungsbedingungen tritt die Unterbrechungsfrage dann auf, wenn als Spätfolge des Diabetes eine fortgeschrittene diabetische Angiopathie vorliegt, zu erkennen durch augenärztliche Untersuchung oder deutliche Störungen der Nierenfunktion. (Erstes Symptom oft positive Eiweißprobe im katheterisierten Harn.)

Genauere Kenntnisse über das diabetische Gefäßleiden sind erst in den letzten Jahren erworben. Frauen mit fortgeschrittenem Gefäßleiden sollten am besten nicht schwanger werden. Indikation zur Unterbrechung ist gegeben, wenn eine diabetische Retinopathie im dritten Stadium besteht — eine *Retinitis proliferans* —, die der Augenarzt feststellt. Den Augenarzt sollte man bei jeder diabetischen Schwangeren, deren Diabetes länger als 1—2 Jahre besteht, hinzuziehen. Das ist eine neue Forderung. Diese Frauen sind unmittelbar von der Erblindung bedroht. Ähnliche Indikation bei Nierenerkrankungen mit dauernder beträchtlicher Rest-N-Erhöhung.

Dr. Worm, der erste Leiter unserer Entbindungsstation für diabetische Frauen, hat in keinem einzigen Fall eine Schwangerschaft unterbrochen. Rückblickend stellt er fest, daß bei einzelnen diabetischen Schwangeren eine Interruptio vielleicht besser gewesen wäre. Das waren solche, bei denen bereits zu Beginn der Gravidität ein fortgeschrittenes Gefäßleiden vorlag. Bei drei derartigen Patientinnen machte das Gefäßleiden in der Gravidität und nach der Entbindung schnelle Fortschritte. Zwei von diesen Frauen sind innerhalb von zwei Jahren nach der Entbindung ihrem Nierenleiden erlegen. Das Schicksal der dritten ist unbekannt. Eine weitere diabetische Frau mit Nephropathie hat bei uns im 4. Schwangerschaftsmonat spontan abortiert. Auch nach dieser Fehlgeburt schritt das Nierenleiden schnell fort, sie ist ihm etwa ein Jahr später erlegen. Hieraus könnte man allenfalls schließen, daß auch eine künstliche Unterbrechung bei fortgeschrittener Nephropathie nicht mehr viel retten kann. Ganz einfach zu handhaben ist das Problem nicht. Eine weitere Frau mit schwerer Nephropathie und *Retinitis proliferans* wurde auf dringenden Wunsch in zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften entbunden. Das Gefäßleiden schritt in beiden Gravi-

ditäten jeweils etwas fort. Jedoch trat schon im Laufe des Wochenbettes wieder eine gewisse Rückbildung ein. Dieser jungen Frau geht es verhältnismäßig gut. Der Prozeß ist derzeit stationär. Der letzte Fall zeigt für den heutigen Stand unserer Beobachtungen, daß auch bei bestehendem Gefäßleiden eine Unterbrechung nicht immer unbedingt nötig sein wird. Jedoch muß man wohl für richtig halten, bei Retinopathie und Nephropathie zu unterbrechen, wenn schon Kinder da sind und kein Kinderwunsch vorliegt oder wenn das Gefäßleiden an der Grenze der Kompensation steht. Am besten ist es, wenn solche Frauen nicht schwanger werden und unter Umständen bei nicht sehr schwerem Gefäßleiden gelegentlich der ausgetragenen Geburt eine künstliche Sterilisation durch Unterbindung erfolgt.

Früher wurde bei Frauen mit Tuberkulose, sobald irgendwelche Aktivitätszeichen vorlagen, unterbrochen. Das hat sich grundlegend geändert und gilt nun auch in bezug auf die früher so sehr gefürchtete **Kombination von Diabetes und Tuberkulose** nicht mehr. Nur wenn die Vitalkapazität eine bedeutende Beeinträchtigung erfahren hat oder schwere kavernöse Phthise vorliegt, wird die rechtzeitige Unterbrechung notwendig sein. Es ist ja bekannt, daß auch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft einen ähnlichen Einfluß auf den Lauf der Tuberkulose haben kann wie deren Austragen unter nicht sehr günstigen äußeren Bedingungen.

Bei **Hyperemesis gravidarum** wird man sich in gewissen Fällen, die jeglicher Therapie trotzen, gelegentlich zur Interruptio entschließen müssen, weil schwerste Hyperemesis eine Stoffwechselstörung setzt, die zusätzlich zum Diabetes ernste Gefahren bringt. Einen solchen Fall haben wir allerdings nicht erlebt.

Wegen der **perinatalen Säuglingssterblichkeit** zu unterbrechen kommt nicht mehr in Betracht unter der Voraussetzung, daß die Diabetesführung während der Schwangerschaft und bei der Geburt durch einen sachkundigen Internisten gesichert ist. Auch die Furcht vor Mißbildungen des Kindes ergibt keine Indikation. Die Häufigkeit von Mißbildungen ist bei guter Führung (Vermeidung von Koma und Insulinschocks) äußerst gering, selbst wenn man kleinste Mißbildungen mitzählt.

Die **rh-negative Blutgruppeneigenschaft** ist bei Diabetikerinnen nicht häufiger als bei der Gesamtbevölkerung. Bei der Beurteilung von diabetischen und prädiabetischen Graviditäten muß aber an ein solches Zusammentreffen gedacht werden, um falsche Schlußfolgerungen (Statistik) zu vermeiden (Worm).

Im übrigen gelten natürlich alle sonstigen Indikationen zum künstlichen Abort, die für nichtdiabetische Frauen gelten, auch für diabetische Frauen.

Eine etwas heikle Frage tritt an uns heran, wenn eine diabetische Frau schwanger wird, die bereits mehrere Kinder besitzt und ihrerseits ein weiteres Kind nicht auszutragen wünscht. In Anbetracht des diabetogenen Einflusses gehäufte Schwangerschaften bin ich der Ansicht, daß in einem solchen Fall unter Abwägung der sozialen Lage und gewissenhafter Prüfung sonstiger Umstände eine Unterbrechung und Sterilisation erlaubt sein sollte.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. G. Katsch, Greifswald, Straße der Nationalen Einheit 5.  
DK 618.39 - 089.888.14 - 035 : 616.379 - 008.64