

Intrauterine Wachstumsrestriktion

20.12.2019: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.4.2022

AWMF Nr.: 015-080

Gültig bis: 2/2020

Evidenzlevel: S2k

Intrauterine Wachstumsrestriktion

<http://www.dggg.de/leitlinien>

© 2017

SGGG

DGGG

OEGGG

Intrauterine Wachstumsrestriktion



Federführender Autor:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
PD Dr. med. Sven Kehl	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG) / AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft / Organisation / Verein
PD Dr. med. Dagmar Schmitz	AEM
PD Dr. med. Dietmar Schlembach	AG Gestose
Prof. Dr. med. Kurt Hecher	DEGUM
Prof. Dr. med. Holger Stepan	DGGG
Prof. Dr. med. Jörg Dötsch	DGKJ und GNPI
Prof. Dr. med. Ulrich Gembruch	DGPM

Intrauterine Wachstumsrestriktion

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG) / AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft / Organisation / Verein
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Arbeitsgemeinschaft Schwangerschaftshochdruck/Gestose e. V. (AG Gestose)
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V. (DGPM)

AWMF Nr.: 015-080

Gültig bis: 2/2020

Evidenzlevel: S2k

Intrauterine Wachstumsrestriktion

<http://www.dggg.de/leitlinien>

© 2017

SGGG

DGGG

OEGGG

Intrauterine Wachstumsrestriktion

Graduierung von Empfehlungen:

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll / Soll nicht
Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte / Sollte nicht
Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann / Kann nicht

Einteilung zur Zustimmung der Konsensusbildung:

Symbolik	Konsensusstärke	Prozentuale Übereinstimmung
+++	Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer
+	Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer
-	Kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

1 Definition



Konsensbasiertes Statement 1.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

SGA = fetales Schätzwicht oder Geburtsgewicht < 10. Perzentile

IUGR =

fetales Schätzwicht < 10. Perzentile UND/ODER

nicht perzentilengerechtes Wachstum im Verlauf

UND

pathologische Dopplersonographie der Arteria umbilicalis ODER

pathologische Dopplersonographie der Arteriae uterinae ODER

Oligohydramnion

1 Definition

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

Konsensbasiertes Statement 1.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein fetales Schätzwicht oder Geburtsgewicht < 3. Perzentile ist mit höherer Morbidität und Mortalität assoziiert.

Konsensbasierte Empfehlung 2.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle Schwangere sollen in einer ausführlichen Anamnese nach potentiellen Risikofaktoren für das Auftreten einer IUGR evaluiert werden. Bei Vorliegen von Risikofaktoren müssen ggf. weitere diagnostische Untersuchungen angeboten bzw. durchgeführt werden.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.1 Klinische Untersuchung

Konsensbasierte Empfehlung 3.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Klinische Untersuchungen sind nur eingeschränkt zum Screening auf eine SGA/IUGR geeignet. Bei Verdacht auf Auffälligkeiten soll eine Abklärung mittels Ultraschallbiometrie erfolgen.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.2 Sonographie

3.2.1 Biometrie in der Frühschwangerschaft (Scheitel-Steiß-Länge)

Konsensbasierte Empfehlung 3.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das (anamnestische) Gestationsalter soll mit der Messung der Scheitel-Steiß-Länge in der Frühschwangerschaft überprüft und ab einer Diskrepanz von 7 Tagen korrigiert werden.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.2.2 Fetometrie

Konsensbasierte Empfehlung 3.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem fetalen Schätzwicht unter der 10. Perzentile soll eine weitere Abklärung erfolgen.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.2.3 Fruchtwasser

Konsensbasierte Empfehlung 3.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Beurteilung der Fruchtwassermenge sollte im Rahmen der Abklärung einer möglichen SGA/IUGR erfolgen.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.2.4 Sonographische Feindiagnostik (weiterführende, differenzierte Organdiagnostik)

Konsensbasierte Empfehlung 3.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine sonographische Feindiagnostik sollte in der Abklärung einer möglichen SGA/IUGR erfolgen.

3 Diagnostik zur Abklärung einer möglichen IUGR



3.3 Dopplersonographie

Konsensbasierte Empfehlung 3.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Dopplersonographie soll in der Abklärung einer möglichen IUGR erfolgen.

4 Differentialdiagnostik bei Vorliegen eines SGA-/IUGR-Fetus



4.1 Chromosomale Anomalien

Konsensbasierte Empfehlung 4.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Karyotypisierung sollte bei Vorliegen eines SGA-/IUGR-Fetus insbesondere bei Verdacht auf eine Anomalie in Erwägung gezogen werden.

4 Differentialdiagnostik bei Vorliegen eines SGA-/IUGR-Fetus



4.2 Infektionen

Konsensbasierte Empfehlung 4.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine infektiologische Abklärung sollte bei Vorliegen eines SGA-/IUGR-Fetus in Erwägung gezogen werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.1 Klinische Untersuchung

Konsensbasierte Empfehlung 5.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Auf die Entwicklung einer Präeklampsie sollte insbesondere bei einer IUGR mit uteroplazentarer Ursache geachtet werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.2 Sonographie (Fetometrie)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Serielle sonographische Kontrollen des fetalen Wachstums sollen bei Vorliegen oder Verdacht auf eine IUGR durchgeführt werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.2 Sonographie (Fetometrie)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E12	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die Intervalle zwischen den einzelnen sonographischen Kontrollen des fetalen Wachstums sollten mindestens zwei Wochen betragen.	

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.3 Sonographie (Fruchtwasser)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die sonographische Beurteilung der Fruchtwassermenge soll nur im Kontext mit anderen Methoden der Überwachung interpretiert werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.3 Sonographie (Fruchtwasser)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E14

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Zur Beurteilung der Fruchtwassermenge sollte die SDP-Methode (*single deepest pocket*) verwendet werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E15

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Dopplersonographie der A. umbilicalis soll im Management der IUGR erfolgen, da sie in Hochrisiko-Schwangerschaften die perinatale Mortalität verringern konnte.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasiertes Statement 5.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein unauffälliger Dopplersonographie-Befund der A. umbilicalis geht bei einer frühen IUGR mit einem geringen Risiko für ein schlechtes perinatales Outcome einher.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasiertes Statement 5.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein diastolischer Nullfluss (*AED-flow*) und insbesondere ein reverser diastolischer Blutfluss (*RED-flow*) in der A. umbilicalis sind häufig bei einer IUGR mit einem schlechten perinatalen Outcome assoziiert

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E16

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Zeitintervalle zwischen den Dopplersonographie-Kontrollen sollten immer an den Schweregrad der IUGR und den vorliegenden Dopplersonographie-Befunden angepasst werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasiertes Statement 5.S5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem unauffälligen Dopplersonographie-Befund der A. umbilicalis scheinen Kontrollen bei der frühen IUGR alle zwei Wochen ausreichend zu sein. Bei einer schweren IUGR können auch häufigere Kontrollen sinnvoll sein.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es ist unklar, in welchen Intervallen die Dopplersonographie-Kontrollen bei einem pathologischen Befund der A. umbilicalis erfolgen sollen. Bei einer erhöhten Pulsatilität (PI > 95. Perzentile) sollten mindestens wöchentliche Kontrollen, bei einem *ARED-flow* noch häufigere Kontrollen durchgeführt werden.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.4 Dopplersonographie (A. umbilicalis)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E18

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Insbesondere bei einem auffälligen Dopplersonographie-Befund der A. umbilicalis sollte eine dopplersonographische Abklärung weiterer Gefäße (A. cerebri media, Ductus venosus) erfolgen.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.5 Dopplersonographie (A. cerebri media)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E19	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die Dopplersonographie der A. cerebri media sollte bei einer IUGR zusätzlich zur A. umbilicalis durchgeführt werden.	

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.5 Dopplersonographie (A. cerebri media)

Konsensbasiertes Statement 5.S6	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Ein pathologischer Dopplersonographie-Befund der A. cerebri media (PI < 5. Perzentile) bei späten IUGR am Termin erhöht das Risiko für einen Kaiserschnitt und ein schlechtes perinatales Outcome.	

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.6 Dopplersonographie (Cerebroplacentare Ratio, CPR)

Konsensbasiertes Statement 5.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die cerebroplacentare Ratio (CPR), der Quotient aus dem PI der A. cerebri media und dem PI der A. umbilicalis, kann in der Überwachung einer IUGR hilfreich sein, da eine erniedrigte CPR ein Prädiktor für ein schlechtes perinatales Outcome ist.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.7 Dopplersonographie (Ductus venosus)

Konsensbasiertes Statement 5.S8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine fehlende a-Welle oder ein *reverse flow* der a-Welle in der Dopplersonographie des Ductus venosus ist ein Hinweis für eine drohende oder bereits bestehende Azidämie und die Gefahr des Todes des Feten.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.7 Dopplersonographie (Ductus venosus)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E20

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Dopplersonographie des Ductus venosus soll Teil der Überwachung einer frühen IUGR sein.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.9 Kardiotokographie (CTG)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E21	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Eine Kardiotokographie (CTG) soll nicht als alleinige Form der Überwachung bei einer IUGR angewendet werden.	

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.10 Computer-CTG (Oxford-CTG)

Konsensbasiertes Statement 5.S9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Analyse der Kurzzeitvariabilität mittels Computer-CTG (Oxford-CTG) kann bei einer IUGR sehr hilfreich sein.

5.1 Diagnostische Verlaufskontrollen

Leitlinienprogramm



5.1.11 Biophysikalisches Profil

Konsensbasierte Empfehlung 5.E22	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Das Biophysikalische Profil (Scoring) sollte nicht zur Überwachung einer IUGR verwendet werden.	

5.2 Antenatale Kortikosteroide

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

Konsensbasierte Empfehlung 5.E23

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Antenatale Kortikosteroide sollten zwischen 24+0 SSW und 34+0 SSW einmalig gegeben werden, wenn die Geburt des Kindes innerhalb der nächsten 7 Tage zu erwarten ist.

5.3 Magnesiumsulfat zur Neuroprotektion

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

Konsensbasierte Empfehlung 5.E24

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Magnesiumsulfat zur Neuroprotektion bei zu erwartender Frühgeburt < 32+0 SSW kann gegeben werden, da Hinweise für einen neuroprotektiven Effekt vorliegen.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.1 Entbindungsort

Konsensbasierte Empfehlung 5.E25

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Vorliegen einer IUGR soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum mit neonataler Intensivstation und erfahrenem Team erfolgen, um eine sofortige und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E26

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine frühe IUGR und eine späte IUGR sollen unterschiedlich beurteilt werden. Eine zunehmende Verschlechterung spiegelt sich bei einer frühen IUGR in Auffälligkeiten venöser Dopplersonographie-Parameter wider, bei einer späten IUGR vor allem in der zerebralen Dopplersonographie

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm



5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E27

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der Planung des Zeitpunktes der Entbindung sollen die Risiken der Frühgeburtlichkeit mit denen des intrauterinen Verbleibs abgewogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasiertes Statement 5.S10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Gestationsalter ist ein signifikanter Faktor für Überleben ohne Morbidität.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E28

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei CTG-Pathologien, wie rezidivierende, therapieresistente Dezelerationen, soll zu jedem Zeitpunkt eine Entbindung in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E29

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer Kurzzeitvariabilität (STV) $< 2,6$ ms zwischen 26+0 und 28+6 SSW oder einer STV < 3 ms zwischen 29+0 und 32+0 SSW soll eine Entbindung in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E30

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Bei einer erhöhten Pulsatilität in der Dopplersonographie des Ductus venosus (PI > 95. Perzentile) sollte unter Berücksichtigung des Gestationsalters eine Entbindung in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm



5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E31

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer fehlenden a-Welle (*AEDF*) oder *reverse flow (REDF)* der a-Welle in der Dopplersonographie des Ductus venosus soll eine Entbindung in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E32

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem *reversed enddiastolic flow* (REDF) in der Dopplersonographie der A. umbilicalis sollte eine Entbindung mit spätestens 32+0 SSW erfolgen.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E33

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem *absent enddiastolic flow* (AEDF) in der Dopplersonographie der A. umbilicalis sollte eine Entbindung mit spätestens 34+0 SSW erfolgen.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E34

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer erhöhten Pulsatilität in der Dopplersonographie der A. umbilicalis (PI > 95. Perzentile) sollte die Entbindung ab 37+0 SSW angestrebt werden.

5.4 Entbindung

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E35

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Bei einer erniedrigten Pulsatilität in der Dopplersonographie der A. cerebri media (PI < 5. Perzentile) sollte die Entbindung spätestens ab 37+0 SSW in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm



5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E36	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei einer erniedrigten CPR (cerebroplacentaren Ratio) kann ab 37+0 SSW die Entbindung angestrebt werden.	

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E37

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem isolierten SGA-Fetus (unauffällige Dopplersonographie, keine Zusatzrisiken) kann die Entbindung ab 38+0 SSW in Erwägung gezogen werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm



5.4.2 Entbindungszeitpunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E38

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einem isolierten SGA-Fetus (unauffällige Dopplersonographie, keine Zusatzrisiken) soll eine Terminüberschreitung vermieden werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm



5.4.3 Entbindungsmodus

Konsensbasierte Empfehlung 5.E39

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nicht jede Schwangere mit IUGR muss durch einen Kaiserschnitt entbunden werden.

5.4 Entbindung

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

5.4.3 Entbindungsmodus

Konsensbasierte Empfehlung 5.E40

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer IUGR mit unauffälliger Dopplersonographie oder einer erhöhten Pulsatilität in der A. umbilicalis (> 95. Perzentile) – nicht bei ARED-flow – kann eine Geburtseinleitung durchgeführt und eine Vaginalgeburt angestrebt werden. Jedoch muss das höhere Komplikationsrisiko beachtet werden und intrapartal eine kontinuierliche Überwachung erfolgen.

5.5 Weitere Empfehlungen

Leitlinienprogramm



Konsensbasierte Empfehlung 5.E41

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Betreuung einer Schwangeren mit IUGR sollte individuell gefällt werden.

5.5 Weitere Empfehlungen

Leitlinienprogramm



Konsensbasierte Empfehlung 5.E42

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein Nikotinverzicht soll allen Schwangeren empfohlen werden.

6 Aufklärung und Beratung

Leitlinienprogramm



Mit der Schwangeren bzw. mit den werdenden Eltern sollte ein ausführliches Aufklärungs- und Beratungsgespräch über die Schwangerschaftskomplikation „IUGR“, den individuellen Verlauf und weitere Konsequenzen geführt werden. Dabei sollte erklärt werden, dass es sich auch um ein konstitutionell kleines Kind handeln kann, das nicht zwangsläufig mit einer erhöhten perinatalen Morbidität konfrontiert ist. Das Gespräch sollte interdisziplinär durch Pränatalmediziner/Geburtshelfer und Neonatologen geführt werden. Bei entsprechendem fetalem Krankheitsbild sollten zusätzliche pädiatrische oder humangenetische Spezialisten hinzugezogen werden. Neben der Aufklärung über die möglichen Ursachen sollte eine Aufklärung über Kurz- und Langzeitfolgen, das Wiederholungsrisiko und gegebenenfalls über mögliche diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden.

7. Prophylaxe

Leitlinienprogramm



Acetylsalicylsäure (ASS)

Konsensbasierte Empfehlung 7.E43

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei erhöhtem Risiko für eine Störung der uteroplazentaren Versorgung mit dem Risiko für eine IUGR sollte ≤ 16 SSW mit einer niedrig-dosierten Gabe von ASS prophylaktisch begonnen werden.

7. Prophylaxe

Leitlinienprogramm



Ernährung

Konsensbasierte Empfehlung 7.E44

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Spezielle Ernährungsformen oder Supplementierung der Nahrung haben keinen evidenzbasierten Nutzen und sollten daher nicht zur Prophylaxe einer IUGR empfohlen werden.

7. Prophylaxe



Heparin

Konsensbasiertes Statement 7.S11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Gabe von niedermolekularem Heparin scheint vielversprechend zur Prophylaxe einer IUGR zu sein. Jedoch gibt es aktuell keine ausreichende Evidenz, insbesondere hinsichtlich möglicher schwerer Nebenwirkungen, dies zu empfehlen.

7. Prophylaxe

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

Nikotin

Konsensbasierte Empfehlung 7.E45

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle rauchende Schwangeren sollen darüber informiert werden, dass eine Abstinenz von Nikotin das Risiko für eine IUGR senken kann.

8. Screening



Dopplersonographie

Konsensbasierte Empfehlung 8.E46

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein auffälliger Dopplersonographie-Befund der Aa. uterinae im Sinne einer erhöhten Pulsatilität (PI > 95. Perzentile) sollte zu regelmäßigen sonographischen Wachstumskontrollen und zur Dopplersonographie der A. umbilicalis führen.

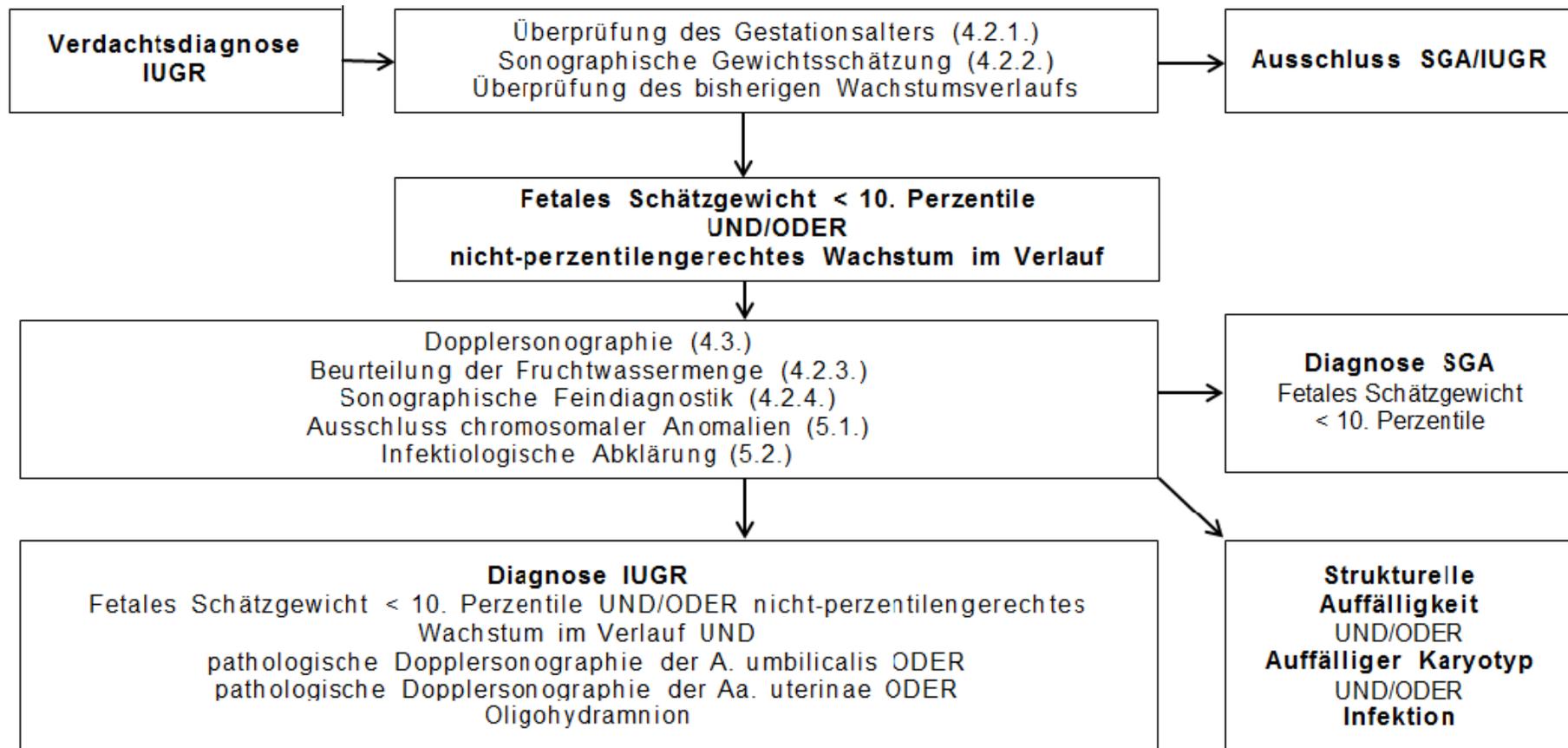
Algorithmus Diagnose der IUGR

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG



Algorithmus Management der IUGR

Leitlinienprogramm

gynécologie
suisse



OEGGG

