

SCHWANGER MIT IRRREGULÄREN ANTIKÖRPERN



ERFAHRUNGS -
BERICHTE VON
BETROFFENEN

INHALT

03 ÜBER UNS

04 DIAGNOSE RHESUSINKOMPATIBILITÄT - FRAGEN UND ANTWORTEN

- WAS IST DER RHESUSFAKTOR UND WOFÜR BRAUCHE ICH EINE PROPHYLAXE?
- WAS SIND IRREGULÄRE ERYTHROZYTÄRE ANTIKÖRPER?
- WAS IST EIN ANTIKÖRPER - SUCHTEST?
- POSITIVER SUCHTEST TROTZ RHESUSPROPHYLAXE - WIE KANN DAS SEIN?
- HILFE, MEIN ANTIKÖRPERTEST IST POSITIV! WIE GEHT ES NUN WEITER?
- WIE WIRD EINE ANÄMIE BEIM KIND ERKANNT?
- INTRAUTERINE TRANSFUSION - WAS KOMMT AUF MICH ZU?
- WAS TUN IN DER FRÜHSCHWANGERSCHAFT?
- IST MIT DER DIAGNOSE EINE SPONTANGEBURT MÖGLICH?
- WELCHE KOMPLIKATIONEN NACH DER GEBURT SIND MÖGLICH?
- WANN IST MEIN KIND GESUND?
- IRREGULÄRE ANTIKÖRPER UND KINDERWUNSCH

16 ERFAHRUNGSBERICHTE

- FELIX, MAXIMILIA UND EMIL (ANTI -D)
- EMILY & NELE (ANTI - D)





EIN KIND ZU
RETTEN
BEDEUTET,
DIE WELT ZU
RETTEN

FJODOR MICHAJLOWITSCH
DOSTOJEWSKI

ÜBER UNS



Wir sind eine Gruppe von Müttern, die nach oder während einer Schwangerschaft mit der Diagnose Rhesusinkompatibilität beziehungsweise dem Nachweis irregulärer Antikörper konfrontiert waren.

Leider haben wir vielfach die Erfahrung machen müssen, dass nach Diagnosestellung unsere Fragen entweder gar nicht oder nur unzureichend beantwortet werden konnten. Bei der Suche nach Erklärungen und den richtigen Fachärzten waren wir weitgehend auf uns allein gestellt. Da wir selbst oft erfolglos nach Erfahrungsberichten suchten, wollen wir anderen Betroffenen von unseren Schwangerschaften erzählen und hoffen, so ein wenig Angst und Unsicherheit nehmen zu können.

Alle hier zusammengetragenen medizinischen Informationen dienen dem besseren Verständnis der Diagnose. Sie stützen sich vor allem auf das, was wir während vieler Arztgespräche erfahren haben oder uns selbst anlesen konnten. Wir haben uns bemüht, diese nach bestem Wissen und Gewissen wiederzugeben und zu recherchieren. Dennoch sind wir medizinische Laien und keine Ärzte und übernehmen daher keine Garantie für Vollständigkeit und Korrektheit.

RHESUSINKOMPATIBILITÄT UND IRREGULÄRE ANTIKÖRPER

FRAGEN UND ANTWORTEN

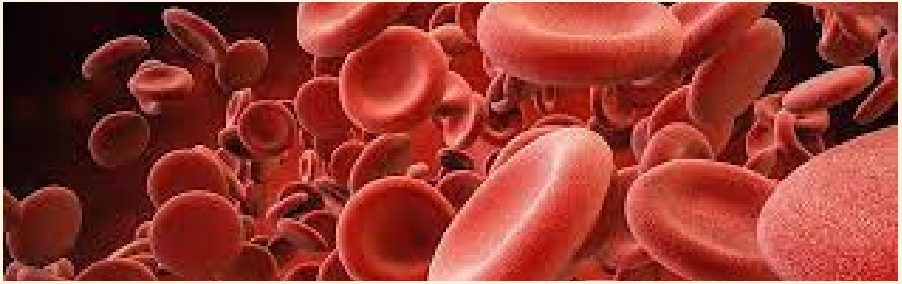
WAS IST DER RHESUSFAKTOR UND WOFÜR BRAUCHE ICH EINE RHESUSPROPHYLAXE?

Auf der Oberfläche der Erythrozyten, der roten Blutkörperchen, befinden sich eine Reihe von Eiweiß - Molekülen, sogenannter Antigene. Das bekannteste dieser Antigene ist der Rhesusfaktor. Bei rhesus - positiven Menschen ist dieses Merkmal vorhanden, bei rhesus - negativen Menschen fehlt es. Zum Problem kann der Rhesusfaktor werden, wenn eine rhesus - negative Mutter ein rhesus - positives Kind erwartet. Normalerweise sind die Blutkreisläufe von Baby und Mutter getrennt. Es gibt jedoch eine Reihe von Ereignissen, bei denen Blutzellen des Kindes in den Blutkreislauf der Mutter gelangen können. Dazu zählen unter anderem:

- Blutungen in der Schwangerschaft
- Fehlgeburt

- Invasive Eingriffe, beispielsweise Fruchtwasserpunktionen
- Bauchtraumata (schwerer Sturz oder Schlag auf den Bauch)
- Feto - maternale Transfusionen (Übertritt kindlicher Blutzellen in die Blutbahn der Mutter), insbesondere im letzten Schwangerschaftsdrittel
- Geburt

In diesen Fällen erkennt das Immunsystem der Mutter die Blutzellen des Kindes aufgrund der abweichenden Oberflächeneigenschaften als "fremd". Der Körper beginnt mit der Produktion von Antikörpern (Anti - D), welche die fremden Blutzellen zerstören und sie so unschädlich machen.



In der ersten Schwangerschaft ist dies in der Regel noch kein allzu großes Problem, denn meistens werden die Antikörper erst nach der Geburt oder gegen Ende der Schwangerschaft gebildet. Bei einer weiteren Schwangerschaft können die Folgen jedoch fatal sein. Auch wenn die Antikörper nach der Entbindung wieder zurückgehen können, der Bauplan bleibt im Körper der Mutter gespeichert – man spricht von einer Rhesusimmunisierung oder Sensibilisierung. Bei einem erneuten Kontakt mit fremden Blutzellen beginnt der Körper sofort mit der Antikörper – Produktion. Das gelingt ihm von Schwangerschaft zu Schwangerschaft schneller und effizienter. Die Antikörper machen dabei nicht in der Blutbahn der Mutter halt, sie passieren auch die Plazenta und erkennen so fälschlicherweise die Blutzellen des ungeborenen Kindes als “Eindringling”. Nach und nach werden so die roten Blutkörperchen des Babys zerstört. Mit der Zeit führt dies zu einer Blutarmut (Anämie) beim Ungeborenen, die unbehandelt zu einem Hydrops fetalis (Flüssigkeitsansammlung im Körper des Fötus) und im schlimmsten Fall zum Tod des Kindes führen kann. Noch in den 60er Jahren war dies eine gefürchtete Schwangerschaftskomplikation und jedem Geburtshelfer wohl vertraut. Spätestens in der dritten Schwangerschaft starben viele Kinder daran. Mit der flächendeckenden Einführung der Rhesusprophylaxe hat sich das zum Glück geändert. Dabei werden der werdenden Mutter Anti-D Immunglobuline gespritzt. Im Fall, dass nun kindliches Blut in den Kreislauf der Mutter gelangt, wird dieses durch die in der Spritze enthaltenen Antikörper neutralisiert – ohne dass der Körper selbst mit der Produktion von Antikörpern beginnen muss. Einige Wochen nach der Verabreichung verschwinden die Antikörper wieder vollständig aus dem Körper, ohne dass sich dieser den Bauplan dafür gemerkt hätte. Heutzutage kann durch eine Blutabnahme bereits vor der Entbindung die Blutgruppe des Kindes bestimmt werden. Nur in Fällen, in denen eine rhesus – negative Mutter mit einem rhesus – positiven Kind schwanger ist, wird zu Beginn des dritten Trimesters, nach der Geburt sowie nach einem der oben genannten Ereignisse die Rhesusprophylaxe verabreicht und so (meistens) erfolgreich eine Rhesusimmunisierung verhindert.

WAS SIND IRREGULÄRE ERYTHROZYTÄRE ANTIKÖRPER?

Neben dem Rhesusfaktor gibt es auch noch eine Reihe anderer Antigene auf der Oberfläche der roten Blutkörperchen, gegen die sich Antikörper bilden können. Anders als beim Rhesus - Merkmal gibt es hierfür keine Prophylaxe. Nicht alle davon sind gefährlich für das ungeborene Kind, einige können jedoch ebenfalls zu einer fetalen Anämie führen. Besonders schwere Verläufe verursacht das seltene Anti - Kell, aber auch Anti - E oder Anti - c können für das Ungeborene gefährlich werden. Mögliche Therapiemaßnahmen sind dabei mit dem Vorgehen bei einer durch Anti-D ausgelösten fetalen Anämie identisch.

WAS IST EIN ANTIKÖRPER - SUCHTEST?

Der Antikörper - Suchtest prüft, ob sich Antikörper im Blut der Mutter befinden. Jede Schwangere wird routinemäßig zwei Mal auf irreguläre Antikörper untersucht - einmal zu Beginn der Schwangerschaft, einmal zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche. Werden dabei Antikörper entdeckt, ist es zunächst wichtig zu wissen, um welche Art von Antikörpern es sich dabei handelt und in welcher Höhe diese vorhanden sind. Die Antikörperkonzentration im Blut der Mutter wird durch den sogenannten Titer gemessen. Dieser gibt die Verdünnungsstufe an. Ein Titer von 1:1 bedeutet dabei, dass bei einer Verdünnung der Blutprobe im Verhältnis 1:1 noch Antikörper nachweisbar sind, 1:2 bei einer Verdünnung im Verhältnis 1:2 usw. Die Verdünnungsstufe wird dabei immer verdoppelt (1:1, 1:2, 1:4, 1:8...) Je höher die zweite Zahl, desto mehr Antikörper sind im Blut der Mutter vorhanden. Ein positiver Antikörper - Suchtest bedeutet nicht automatisch, dass das Kind in unmittelbarer Gefahr ist. Zunächst einmal stellt er einen kontrollbedürftigen Befund dar. Als gesichert gilt eine Sensibilisierung bei Titern ab 1:16, ab Titern von 1:32 (im Fall der seltenen, aber sehr aggressiven Kell - Antikörper bereits 1:8) muss die Schwangerschaft genauer überwacht werden. Hier empfiehlt sich die Überweisung an ein Pränatalzentrum, in dem zur Not auch geeignete Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stünden.

Der Befund des Antikörpersuchtest wird auf den Seiten 2 und 3 des Mutterpass vermerkt

ABER ICH HATTE DOCH EINE RHESUSPROPHYLAXE - WIE KANN ICH DANN ANTIKÖRPER HABEN?

Dass ein Antikörper - Suchtest nach Verabreichung der Rhesusprophylaxe positiv ausfällt, ist erst einmal normal. Dieser reagiert auch auf Antikörper aus der Spritze, die etwa bis zu 12 Wochen nach der Gabe nachweisbar sind. Gerade wenn in der Schwangerschaft bereits eine Prophylaxe - Dosis verabreicht wurde (beispielsweise aufgrund von Blutungen), hegen viele Frauen zunächst die berechnete Hoffnung, es könnte sich dabei um Spritzenreste handeln. Ein entscheidendes Indiz ist dabei die Titerhöhe: Nach erfolgter Prophylaxe sind Titer im niedrigen, einstelligen Bereich nachweisbar. Wie oben bereits erwähnt, muss man bei höheren Titern > 1:16 von einer erfolgten Sensibilisierung ausgehen. Aber sollte die Prophylaxespritze dies nicht eigentlich verhindern? Im Normalfall tut sie das. Es gibt jedoch sehr seltene Fälle von sogenanntem Prophylaxe - Versagen. Dabei gelangt mehr kindliches Blut in den Blutkreislauf der Mutter, als durch die Spritze neutralisiert werden kann. In diesem Fall reicht die verabreichte Menge an Antikörpern nicht aus, so dass trotzdem körpereigene Antikörper gebildet werden. Geschätzt sind deutschlandweit knapp 250 Frauen pro Jahr trotz Prophylaxe von einer Rhesussensibilisierung betroffen. Das entspricht einer Wahrscheinlichkeit für ein Prophylaxe - Versagen von 0,3%.



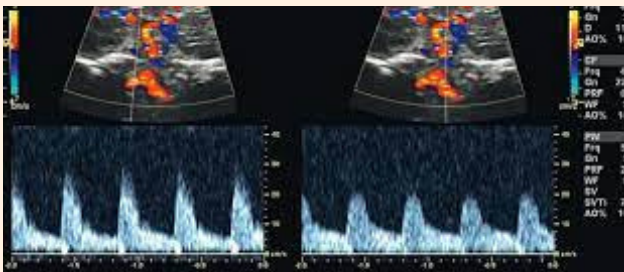
MEIN ANTIKÖRPERSUCHTEST WAR POSITIV - WIE GEHT ES NUN WEITER?

Wurde beim Antikörper - Suchtest Anti - D in klinisch relevanter Höhe nachgewiesen, sollte zunächst die Blutgruppe des Kindes bestimmt werden. Mit etwas Glück sind die Blutgruppen von Mutter und Kind identisch, die Antikörper können ihm dann nichts anhaben. In diesem Fall stammen die Antikörper aus einer vorherigen Sensibilisierung. Dieses Vorgehen macht allerdings nur Sinn, wenn bereits der erste Antikörper - Suchtest positiv ausgefallen ist. Die fetale Blutgruppenbestimmung ist non-invasiv durch eine Blutabnahme bei der Mutter ab der 12. Schwangerschaftswoche möglich. Sollten die Titer noch unterhalb des klinisch relevanten Werts liegen, wird zunächst durch regelmäßige Blutabnahmen kontrolliert, ob es zu einem Titeranstieg kommt. Bei Titern in klinisch relevanter Höhe wird das Kind engmaschig auf Anzeichen einer Anämie überwacht.

WIE WIRD EINE ANÄMIE BEIM KIND ERKANNT?

Ab der 16. Schwangerschaftswoche kann per Dopplersonografie die Blutflussgeschwindigkeit in der Kopfvene des Kindes gemessen werden. Je stärker die Anämie bereits fortgeschritten ist, desto "dünner" ist das Blut - und desto schneller fließt es. Liegt die Blutflussgeschwindigkeit mehr als 1,5 Standardabweichungen über dem Durchschnitt, ist von einer transfusionspflichtigen Anämie auszugehen. In diesem Fall besteht die Möglichkeit, dem Kind bereits im Bauch eine lebensrettende Bluttransfusion zu verabreichen - hierzu später mehr.

Die Kontrollen finden in der Regel 14 - tägig bis wöchentlich statt, gibt es Hinweise auf eine fortschreitende Anämie (z.b.steigende Titer oder Blutflussgeschwindigkeit knapp unter der Transfusionsgrenze) auch öfter. Auch regelmäßige Titerkontrollen finden statt. Bei einer Boosterung (das heißt ein Anstieg des Titers um mehr als zwei Stufen) werden die sonographischen Kontrollen zumeist engmaschiger durchgeführt. Der Titer allein hat jedoch wenig Aussagekraft für die Schwere der Anämie beim Kind. Er gibt lediglich die Konzentration der Antikörper im Blut der Mutter an - jedoch weder, wie viele davon beim Kind ankommen, noch welchen Schaden sie dort anrichten oder wie gut das Kind diesen kompensieren kann. Entscheidend sind daher immer die Ultraschallbefunde.



DIE BESTIMMUNG DER BLUTFLUSSGESCHWINDIGKEIT IN DER "ARTERIA CEREBRI MEDIA" ERMÖGLICHT DIE RECHTZEITIGE ERKENNUNG EINER FETALEN ANÄMIE

INTRAUTERINE TRANSFUSION - WAS KOMMT AUF MICH ZU?

Wurde eine behandlungsbedürftige Anämie beim Kind festgestellt, so gibt es die Möglichkeit, dem Kind bereits im Mutterleib eine Bluttransfusion - eine intrauterine Transfusion (IUT) - zu verabreichen. Dieser Eingriff kann ab der 20.

Schwangerschaftswoche bis zur 35. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden.

Unter ständiger Ultraschallkontrolle wird dabei eine feine Hohlnadel über die Bauchdecke bis in die Nabelschnur gestochen. Am technisch einfachsten ist dabei die Punktion des Nabelschnuransatzes an der Plazenta. Ist dieser aufgrund einer Hinterwandplazenta nicht erreichbar, kann auch eine freie Nabelschnurschlinge punktiert werden.

Über die Transfusionsnadel wird zunächst eine kleine Menge Nabelschnurblut entnommen und direkt der Hämoglobin - Wert (Anteil des roten Blutfarbstoffs) bestimmt. Anschließend wird über die gleiche Nadel langsam speziell aufbereitetes Erythrozytenkonzentrat der Blutgruppe 0 negativ (Universal - Spenderblut) transfundiert, bis der Hb - Wert wieder auf ein normales Niveau (in etwa 14 g/dl) angehoben ist. Der Eingriff kann als unangenehm bis leicht schmerzhaft wahrgenommen werden, eine örtliche Betäubung ist jedoch in der Regel nicht nötig. Der Effekt einer Transfusion hält danach in etwa zwei Wochen an. Nach der ersten Transfusion werden daher in etwa alle 10 - 14 Tage Folgetransfusionen bis zur Entbindung fällig. Nach der 35. Schwangerschaftswoche übersteigen die Risiken des Eingriffs die Risiken einer vorzeitigen Entbindung, so dass die Schwangerschaft vorzeitig beendet und das Kind außerhalb des Mutterleibs behandelt wird. Die Risiken einer intrauterinen Transfusion sind mit denen anderer invasiver Eingriffe wie z.B. Amniozentese vergleichbar. Dazu zählen Infektionen, vorzeitige Wehen, Fruchtwasserverlust sowie zusätzlich Blutergüsse in der Nabelschnur und fetale Bradykardien durch die plötzliche Veränderung des Blutvolumens. Im schlimmsten Fall würden diese einen sofortigen Notkaiserschnitt erfordern. Falls möglich empfiehlt sich daher die Verabreichung der Lungenreifespritze im Vorfeld. Die Komplikationsrate pro Transfusion wird zwischen 1 und 3 % angegeben und hängt auch vom Zeitpunkt der ersten IUT, der Schwere der Anämie beim Fötus und der Erfahrung des transfundierenden Arzt ab.

Nach erfolgter Transfusion erfolgt eine Ultraschallkontrolle und anschließende CTG - Überwachung des Kindes. Häufig wird die Schwangere zur Beobachtung auch eine Nacht stationär aufgenommen. Nach dem Eingriff sollte sich die Mutter einige Tage schonen und auf schweres Heben verzichten. Weitere Vorsichtsmaßnahmen oder Bettruhe sind jedoch nicht nötig.



WAS TUN IN DER FRÜHSCHWANGERSCHAFT?

Ab der 20. Schwangerschaftswoche gibt es dank der IUT die Möglichkeit, dem Kind im Fall einer Anämie mit einer Bluttransfusion zu helfen. Doch was, wenn das Kind bereits vorher eine schwere Blutarmut entwickelt? Dieses Risiko ist vor allem gegeben, wenn es sich bereits um die zweite bzw. dritte... Schwangerschaft nach Sensibilisierung handelt, der Titer schon zu Beginn der Schwangerschaft sehr hoch ist oder es bereits in der Frühschwangerschaft zu einer Boosterung der Antikörper kommt. Vor der 20. Schwangerschaftswoche sind die Gefäße in der Nabelschnur noch zu klein und zu schwer erreichbar, als dass eine Nabelschnurtransfusion durchgeführt werden könnte. Zwar gibt es die Möglichkeit, ab etwa der 15. Schwangerschaftswoche Erythrozytenkonzentrat auch direkt in die Bauchhöhle oder ins Herz der Feten zu transfundieren, diese Eingriffe sind jedoch mit einer höheren Komplikationsrate und Mortalität des ungeborenen Kindes verbunden. Damit es erst gar nicht so weit kommt, gibt es erfolgversprechende Ansätze für sogenannte "Bridging - Therapien", mit denen das Fortschreiten der Anämie und der Zeitpunkt für die erste intrauterine Transfusion hinausgezögert werden sollen.

Gute Erfolge lassen sich bereits mit einer Immunglobulin - Therapie erzielen. Dabei werden der Mutter wöchentlich hochdosiert per Infusion Immunglobuline verabreicht. Durch das "Überladen" des Organismus mit Antikörpern soll ein weiterer Titeranstieg verhindert und der Übertritt von Antikörpern durch die Plazenta erschwert werden. Gerade zu Beginn der Therapie kommt es häufig zu Nebenwirkungen in Form grippeähnlicher Symptome. Schwere Nebenwirkungen sind selten und werden durch ein sehr langsames Verabreichen des Medikaments über mehrere Stunden hinweg und sorgsame Überwachung der Schwangeren minimiert. Nach der ersten Gabe wird häufig eine stationäre Observanz über Nacht empfohlen, die weiteren Gaben können in der Regel tagesklinisch erfolgen. In Extremfällen wurde darüber hinaus von wiederholten Plasmapheresen, um den Antikörper - Spiegel im Blut der Mutter zu senken, als wirksame Überbrückungs - Methode bis zum Erreichen der Transfusionsfähigkeit berichtet. Die Wirksamkeit der genannten Verfahren ist noch nicht eindeutig belegt, weswegen diese Off - Label zum Einsatz kommen. Da die Verfahren sehr aufwändig, teuer und mit Nebenwirkungen verbunden sind, werden diese bei Erreichen der Transfusionsfähigkeit in der 20. Schwangerschaftswoche in der Regel eingestellt.

IST MIT DER DIAGNOSE EINE SPONTANGEBURT MÖGLICH?

Dies ist vom Verlauf der Schwangerschaft abhängig. Gibt es keine Anzeichen einer Anämie beim Kind, so spricht nichts gegen eine Spontangeburt. In der Regel wird jedoch bei enger überwachten Schwangerschaften eine Einleitung spätestens in der 38. Schwangerschaftswoche empfohlen. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen sind die Befunde der Dopplersonographie in den letzten Schwangerschaftswochen zunehmend weniger aussagekräftig, zum anderen möchte man eine Antikörper - Boosterung in den letzten Schwangerschaftswochen vermeiden. Wird nach der 35. Schwangerschaftswoche eine behandlungsbedürftige Anämie beim Kind erkannt, so wird zu diesem Zeitpunkt keine IUT mehr durchgeführt. Die Risiken des Eingriffs würden den Benefit einer längeren Schwangerschaft übersteigen. Da eine Einleitung in dieser Schwangerschaftswoche sehr zeitaufwändig sein kann, wird in diesen Fällen meist ein zeitnaher Kaiserschnitt empfohlen und das Kind nach der Entbindung weiterbehandelt. Bei Zustand nach einer oder wiederholten intrauterinen Transfusionen wird eine Entbindung in der Regel 10 - 14 Tage nach der letzten Transfusion angestrebt. So lange hält der Effekt der letzten Transfusion in etwa an. Ob dabei unter Umständen auch eine Einleitung in Frage kommt, hängt vom individuellen Gesundheitszustand von Mutter und Kind ab und muss im Einzelfall entschieden werden.

WELCHE KOMPLIKATIONEN NACH DER GEBURT SIND MÖGLICH?

Die Antikörper der Mutter sind nach der Geburt nicht einfach aus dem Blutkreislauf des Kindes verschwunden, sondern befinden sich noch im Körper. Daher kommt es auch nach der Geburt zu einem weiteren Zerfall der roten Blutkörperchen. Dieser Vorgang nennt sich Hämolyse, die zugrunde liegende Erkrankung des Kindes "morbus hämolyticus neonatorum". Eine weitere, sehr häufige Komplikation ist eine verstärkte Neugeborenen - Gelbsucht (Hyperbilirubinämie).

Zur Gelbsucht kommt es, wenn im Körper alte oder defekte rote Blutkörperchen abgebaut werden. Dabei entsteht das Abbauprodukt Bilirubin. Bei sehr hohen Bilirubinspiegeln kann dieses nicht ausreichend schnell vom Körper ausgeschieden werden. Es lagert sich im Blut, in der Haut und anderen Geweben ab und führt dort zu einer Gelbfärbung. Unbehandelt könnte sich Bilirubin auch im Gehirn ablagern und würde dort zu neurologischen Schäden führen. Damit dies nicht geschieht, wird der Bilirubinspiegel durch regelmäßige Blutkontrollen genau im Auge behalten, bei Bedarf erhalten die Neugeborenen eine Phototherapie. Durch die Bestrahlung mit Blaulicht werden die Bilirubin - Moleküle aufgespalten und können so rascher vom Körper

ausgeschieden werden. Begleitend erhalten die Kinder häufig Infusionen mit Flüssigkeit, um den Ausscheidungsprozess weiter zu beschleunigen. Lässt sich der Bilirubinspiegel im Blut durch Phototherapie alleine nicht ausreichend senken, kann eine Austauschtransfusion notwendig werden. Der Höhepunkt des Bilirubinspiegels im Blut ist meist um den fünften Lebenstag herum erreicht; nach etwa 10 - 14 Tagen ist die kritischste Phase für die Entwicklung einer behandlungsbedürftigen Neugeborenenengelbsucht meist überstanden.

Bei ausgeprägter Hämolyse kann unter Umständen eine Bluttransfusion nötig werden, die nach der Entbindung natürlich wesentlich leichter und risikoärmer verabreicht werden kann als dies während der Schwangerschaft der Fall war. Ein Problem wiederholter Bluttransfusionen ist jedoch, dass die körpereigene Blutproduktion zunächst gehemmt wird. Gegebenenfalls kann versucht werden, die Blutproduktion durch die Gabe bestimmter Medikamente (z.B. Erythropoetin) anzukurbeln.

In jedem Fall muss während der ersten Lebensmonate das Blutbild des Kindes noch regelmäßig kontrolliert werden. Es kann um die 12 Wochen dauern, bis alle Antikörper aus dem Blut des Kindes verschwunden sind und das Blutbild stabil bleibt.



Abhängig von der Schwangerschaftswoche, in der die Entbindung stattfand, können auch typische Frühchen - Baustellen wie Temperaturerhalt, Sättigungsabfälle oder Trinkschwäche auftreten. Sowohl die Hyperbilirubinämie als auch die hämolytische Anämie machen die Kinder häufig müde und schläfrig. Es ist sinnvoll, sich nach der Geburt zunächst einmal auf 1 - 3 Wochen Kinderklinik einzustellen.

WANN IST MEIN KIND GESUND?

Die gute Nachricht ist: So nervenaufreibend die Schwangerschaft auch sein mag - irgendwann sind alle Antikörper aus dem Körper der Kinder verschwunden. Sind die anfänglichen Startschwierigkeiten durch Neugeborenenengelbsucht und Anämie erfolgreich behandelt, sind die Kinder völlig gesund. Langzeitfolgen sind nicht zu erwarten. Im Falle einer Frühgeburt bestehen zwar die für Frühchen gegebenen Entwicklungsrisiken, diese unterscheiden sich jedoch nicht von denen anderer Kinder, die in der entsprechenden Schwangerschaftswoche geboren wurden.

IRREGULÄRE ANTIKÖRPER UND KINDERWUNSCH

Die Diagnose Rhesussensibilisierung (oder der Nachweis anderer irregulärer Antikörper) kann für die Betroffenen erst einmal ein Schock sein. Gerade wenn noch ein Kinderwunsch besteht, fragen sich viele Paare, ob man die Kinderplanung nicht lieber an den Nagel hängen sollte.

Dank der modernen Medizin ist es auf alle Fälle möglich, auch mit irregulären Antikörpern noch gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Unter Umständen kostet es aber viel Zeit, Nerven, Blutabnahmen und Ultraschalltermine.

Die Entscheidung dafür oder dagegen können nur die betroffenen Paare selbst treffen. Trotzdem möchten wir anbei ein paar Informationen und Denkanstöße geben, die bei der Entscheidung unterstützen können. Hilfreiche Fragen können sein:

- HÄTTEN WIR EINE CHANCE AUF EIN RHESUS - NEGATIVES KIND UND DAMIT EINE VÖLLIG UNBESCHWERTE SCHWANGERSCHAFT?
- WIE VERLIEF DIE LETZTE SCHWANGERSCHAFT? WELCHE MEDIZINISCHEN MÖGLICHKEITEN MUSSTEN BEREITS AUSGESCHÖPFT WERDEN? WELCHE BEHANDLUNGSOPTIONEN WÄREN NOCH OFFEN GEWESEN?
- HABEN WIR EIN GUTES ÄRZTETEAM UM UNS HERUM, DEM WIR VERTRAUEN UND DAS ERFAHRUNGEN MIT INTRAUTERINEN TRANSFUSIONEN HÄTTE?
- SCHAFFEN WIR ES LOGISTISCH, ZEITLICH UND EMOTIONAL WÖCHENTLICHE KONTROLLTERMINE WAHRZUNEHMEN? HABEN WIR HILFE BEI DER BETREUUNG DER ÄLTEREN GESCHWISTER?



Längst nicht jede Schwangerschaft mit irregulären Antikörpern muss dramatisch verlaufen und zu transfusionspflichtigen Anämien führen. Gerade in der ersten Schwangerschaft nach Sensibilisierung bestehen gute Chancen, dass es nicht bzw. erst sehr spät zu einer Boosterung der Antikörper kommt und somit auch keine Eingriffe während der Schwangerschaft erforderlich werden. In diesem Fall kann man – von den vielen Blutabnahmen und häufigen Ultraschallterminen mal abgesehen – eine fast “normale” Schwangerschaft erleben. Trotzdem sind die vielen Termine (meistens gibt es ja bereits ein Kleinkind aus einer vorherigen Schwangerschaft zu versorgen) nicht nur logistisch herausfordernd, sondern auch eine Nervenprobe. Die Angst, Titer und Blutflussgeschwindigkeit könnten steigen und doch noch eine Transfusion erfordern sowie die Ungewissheit, welche Maßnahmen nach der Geburt nötig sein werden, sitzen immer im Nacken.

Hat die Mutter bereits eine Schwangerschaft, in der intrauterine Transfusionen durchgeführt werden mussten, erlebt, so ist das Wiederholungsrisiko bei einer weiteren Schwangerschaft jedoch sehr, sehr hoch. Vielmehr muss man von Schwangerschaft zu Schwangerschaft mit schwereren Verläufen rechnen, da das Immunsystem bei jeder erneuten Exposition lernt und sich somit bei jedem Kontakt schneller und effizienter gegen den “Eindringling” wehren kann. In der Literatur wird berichtet, dass in einer Folgeschwangerschaft etwa 10 Wochen früher mit einer behandlungsbedürftigen Anämie und ersten Transfusion zu rechnen ist als in der vorherigen.

Die einzige Möglichkeit, das Problem in Folgeschwangerschaften zu umgehen, besteht darin, wenn das Kind die gleiche Blutgruppe wie die Mutter aufweist. Trägt der Vater sowohl das Gen für rhesus – positiv als auch für rhesus – negativ (man nennt das heterozygot), liegt die Wahrscheinlichkeit ein rhesus – negatives Kind zu bekommen bei 50%. Die Bestimmung des Zygote – Status (Achtung: das ist NICHT das gleiche wie die Blutgruppenbestimmung) kann Auskunft geben, ob diese Chance besteht. Eine weitere Alternative würde die Samenspende eines rhesus – negativen Spenders darstellen. In diesem Fall wäre ein so gezeugtes Kind mit 100 %iger Wahrscheinlichkeit rhesus – negativ. Theoretisch bestünde zudem die Möglichkeit, bei einer künstlichen Befruchtung mittels Präimplantationsdiagnostik (PID) vorab die “richtige” Blutgruppe auszuwählen. In Australien wurde bereits 2004 das erste Baby mit vorab ausgewählter Blutgruppe geboren. In Deutschland ist PID durch das Embryonenschutzgesetz verboten.

ERFAHRUNGS -
BERICHTE

FELIX,
MAXIMILIA &
EMIL

ANTI - D

DIE SCHWANGERSCHAFT MIT MEINEM ERSTEN KIND WAR EIN TRAUM...

Bis auf ein paar kleine Schwangerschafts-Wehwehchen fühlte ich mich pudelwohl und freute mich auf die Geburt meines Sohnes. Meine Antikörpersuchtests in der 9. Und 24. Schwangerschaftswoche waren negativ und ich erhielt in der 28.

Schwangerschaftswoche standardmäßig die Rhesusprophylaxe. So weit, so unauffällig. Die Geburt war nicht einfach und endete schließlich in einer Sectio, doch der richtige Hammer folgte im Aufwachraum:

“DIE KRIEGT KEINE RHESUSPROPHYLAXE MEHR, DIE HAT SCHON ANTIKÖRPER”

hörte ich die Schwester zum Kollegen sagen. Ich solle auf Station auch noch mal Bescheid geben, damit ich keine Anti - D Spritze mehr bekomme. Ich nickte brav, denn in dem Moment war mir überhaupt nicht klar, was das in der Zukunft noch bedeuten würde. Nach 17 Stunden Wehen und einer großen Operation sehnte ich mich einfach nur noch nach Schlaf...

Die Visite am nächsten Tag fiel ebenso nüchtern aus. Die Rhesusprophylaxe habe versagt, warum konnte man nicht erklären. Ich müsse das wissen, denn in weiteren Schwangerschaften müsse ich eng überwacht werden. Die Antikörper könnten zum Tod des Kindes noch im Bauch oder kurz nach der Geburt führen. Alles Gute, einen schönen Tag noch.

Wie lange ich in dieser Schwangerschaft unentdeckt mit Antikörpern herumgelaufen bin, weiß ich nicht. Mehrere Wochen waren es wohl in jedem Fall, mein Titer lag wenige Stunden vor der Geburt bei 1:1024. Meinem Sohn Felix ging es zum Glück trotzdem recht gut, er hatte nur eine ausgeprägte Gelbsucht, die drei Tage lang mit Phototherapie behandelt wurde. Am fünften Tag wurden wir nach Hause entlassen. Daheim angekommen tat ich, was man nach einer Diagnose, die einem niemand so recht erklären kann tut - ich googelte. Ich las beunruhigende Dinge von “Geisterbabys”, die blutleer zur Welt kommen, sah Bilder von Kindern, die an einem Hydrops gestorben waren und las etwas von Transfusionen durch die Bauchdecke; ein Eingriff, der mir unglaublich beängstigend schien. Ich quälte mich als medizinischer Laie durch etliche Fachartikel, doch nirgends fand ich eine Antwort auf meine Frage, wie ich mich trotz Rhesusprophylaxe sensibilisiert haben könnte. Meine Hebamme glaubte an einen Laborfehler oder vertauschte Blutproben, mein Frauenarzt war sich ganz sicher, dass bloß ein Spritzenrest nachgewiesen worden sei. Heute weiß ich, dass beide Vermutungen haltlos waren; denn eine vertauschte Blutprobe hätte weder den positiven Coombs - Test noch die starke Gelbsucht meines Sohnes erklärt und für einen Spritzenrest war mein Titer viel zu hoch.

Als sich die Diagnose einige Monate später bestätigte, fiel ich in ein tiefes Loch. Ich quälte mich mit Fragen wie "Kann ich nun nie wieder gesunde, lebende Kinder bekommen?" und fing an, die Schuld für die Sensibilisierung bei mir zu suchen. War ich zu sorglos gewesen und hätte mich mehr schonen müssen? Hatte ich die Spritze auf dem Weg von der Apotheke nach Hause nicht ausreichend gekühlt oder falsch gelagert? Ich fühlte mich unglaublich allein gelassen, hilflos und war wütend auf mich selbst, meinen Frauenarzt, auf das Krankenhaus, auf meinen Mann mit seiner blöden, positiven Blutgruppe und manchmal sogar auf mein über alles geliebtes Baby, durch das ich mich sensibilisiert hatte.

Irgendwann ging es mir so schlecht, dass ich psychologische Hilfe in Anspruch nahm. Ermutigt durch die Therapeutin fasste ich mir ein Herz und schrieb dem Chefarzt an der Uniklinik Salzburg eine Mail. Prompt wurde ich wenige Tage später zu einem Gespräch eingeladen. Es war mit das Beste, was mir passieren konnte. Der leitende Oberarzt der Pränatalambulanz war mir mit seiner empathischen und Ruhe ausstrahlenden Art sofort sympathisch und ich fühlte mich direkt gut aufgehoben. Endlich nahm sich jemand Zeit, mir genau zu erklären, was es mit den Antikörpern auf sich hatte, welche Behandlungsmöglichkeiten es in weiteren Schwangerschaften gäbe und konnte mir auch erklären, wie es zum Prophylaxeversagen gekommen sein könnte. Am ehesten hatte ich wohl eine unbemerkte feto - maternale Makrotransfusion, bei der mehr kindliches Blut in meinen Kreislauf gelangte, als die Anti - D Spritze neutralisieren konnte. Dies geschieht völlig unbemerkt und vor allem unverschuldet. Ich wurde ermutigt, dass eine weitere Schwangerschaft (sollte das Kind wieder Rhesus- positiv sein) zwar eine Hochrisikoschwangerschaft sei und ich mich auf viele Kontrollen einstellen müsse; ich jedoch in der ersten Schwangerschaft nach Sensibilisierung gute Chancen auf einen milden Verlauf ohne invasive Maßnahmen hätte und meinen Kinderwunsch keineswegs begraben müsse. Wir ließen den Zygote - Status meines Mannes bestimmen und erfuhren, dass wir eine 50:50 Chance auf ein Rhesus - negatives Kind hätten. Dies hat uns in unserer Entscheidung weiter bestärkt. Wenige Monate später konnte ich meinem Mann am Nikolausabend einen positiven Schwangerschaftstest in den Stiefel stecken. Unsere Tochter war unterwegs.

IN DEN ERSTEN 12 WOCHEN HATTE ICH SEHR VIEL ANGST...

Nicht nur vor einer frühen Fehlgeburt, sondern vor allem, dass das Kind wieder rhesus - positiv sein könnte. Diese Befürchtung bewahrheitete sich leider, als in der 13. Schwangerschaftswoche das Ergebnis der fetalen Blutgruppenbestimmung vorlag: Rhesus positiv.

Ab da war ich zu 14-tägigen Ultraschallkontrollen und 4 - wöchigen Titerkontrollen an der Uniklinik. Mein Titer lag recht konstant zwischen 128 und 256. Trotzdem hatte ich natürlich immer Angst vor einem möglichen Anstieg und die Aussicht auf eine intrauterine Transfusion jagte mir eine Heidenangst ein. Erst in der 33. Schwangerschaftswoche kam es zum gefürchteten Anstieg (auf zuletzt 1:8000) und ab da wurde ich zweimal pro Woche kontrolliert. Trotzdem ging es meiner Tochter immer gut und sie zeigte keine Anzeichen einer Anämie. Erst bei der Kontrolle an 37+0 lag der Blutfluss über der kritischen Grenze, zudem spürte ich deutlich weniger Kindsbewegungen und hatte ein leicht eingeengtes CTG. Der Kaiserschnitt wurde noch für den nächsten Tag angesetzt. Meine Tochter Maximilia hatte nach der Geburt keinerlei Anpassungsprobleme, musste jedoch sofort unter Blaulicht da ihr Bilirubinwert rasant anstieg. Es fiel mir schwer, meine Tochter während ihres ersten Lebensstages nicht im Arm halten, mit ihr kuscheln oder sie stillen zu können, aber an einer Austauschtransfusion schrammten wir so knapp vorbei. Nach 5 Tagen Phototherapie und 5 weiteren Tagen stationärer Observanz in der Kinderklinik wurden wir gesund nach Hause entlassen. Stillen klappte inzwischen wunderbar und auch bei den ambulanten Blutbildkontrollen, die wir noch etwa 3 Monate nach der Geburt regelmäßig durchführten, war ihr Hb - Wert zwar immer etwas niedrig, aber nie transfusionspflichtig.

Die **VERNUNFT** hätte es wohl geboten, dass wir nach dieser, trotz Antikörpern weitgehend komplikationslosen Schwangerschaft unser Glück nicht noch einmal auf die Probe stellen. Ich versuchte, mich damit abzufinden, dass unsere Kinderplanung abgeschlossen sei, verkaufte meine Umstandskleidung und einen Teil der Babyausstattung. Trotzdem nagte der Kinderwunsch weiter an mir. Jeder Strampler und jede Rassel, die unseren Keller verließen, gab mir einen Stich ins Herz. Wochenlang rangen wir mit uns. In dem Wissen, dass wir im Fall der Fälle ein gutes Ärzteteam hinter uns hätten und wir noch längst nicht alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft hatten, beschlossen wir (auch wieder mit der Hoffnung auf ein rhesus - negatives Kind im Hinterkopf) es noch einmal drauf ankommen zu lassen. Überraschend schnell wurde ich wieder schwanger mit unserem dritten Kind.

Bei meinem ersten Arzttermin in der 9. Schwangerschaftswoche ließ ich den Titer mitbestimmen, dieser lag bei 1:1024. In der 11. Schwangerschaftswoche ließ ich diesen auf eigenen Wunsch und aufgrund eines schlechten Bauchgefühls erneut an der Uniklinik kontrollieren. **ALS AM NÄCHSTEN TAG DAS TELEFON KLINGELTE, SCHWANTE MIR NICHTS GUTES...**

Tatsächlich war es in den zwei Wochen bereits zu einer Boosterung gekommen, womit auch die Blutgruppe des Kindes feststand. Zu diesem Zeitpunkt war ich wirklich verzweifelt. Mir war klar, dass unserem Kind niemand würde helfen können, sollte es jetzt zu einer Anämie kommen. Das Wissen, dass mein eigener Körper gerade mein ungeborenes Kind bekämpfte, ich jedoch nichts dagegen tun konnte, war nur schwer auszuhalten. Ich fühlte mich wie eine tickende Zeitbombe. Unser Arzt an der Uniklinik schlug eine Therapie mit Immunglobulinen als Überbrückungsmaßnahme vor, um Zeit bis zur ersten Transfusion zu gewinnen. Diese Möglichkeit nahm ich mehr als dankbar an.

Die nächsten 8 Wochen hing ich jede Woche einen kompletten Tag am Tropf. Ich reagierte mit grippeähnlichen Symptomen und fiesen Migräneattacken auf die Behandlung, doch das nahm ich gern in Kauf. Endlich konnte ich aktiv etwas tun, um meinem Baby zu helfen und musste nicht hilflos die Hände in den Schoß legen und abwarten, was passieren würde. Die Immunglobuline zeigten offensichtlich Wirkung, es kam zu keinem weiteren Titeranstieg und bei den wöchentlichen Kontrollen ging es unserem Baby – einem kleinen Jungen – immer gut. Ab der 20.

Schwangerschaftswoche atmete ich etwas auf und die Immunglobulin – Therapie wurde beendet.

Erst in der 28. Schwangerschaftswoche stiegen die Titer erneut stark an und ab da stellte sich nicht mehr die Frage ob, sondern wann ich transfundiert werden würde.

Rückblickend betrachtet weiß ich nicht mehr, wie wir durch diese Zeit gekommen sind.

Alle 2 Tage stand ich mit gepackten Koffern im Krankenhaus und immer hieß es : Die Werte sind grenzwertig, aber noch im Rahmen, wir schauen übermorgen wieder.

Daheim musste der Alltag weiter laufen und meine Kinder, zu dem Zeitpunkt 3 und 1,5 Jahre alt, verstanden natürlich nicht, warum ich so oft im Krankenhaus war und so oft weinte. Trotz aller Versicherungen der Ärzte, es wäre noch alles in Ordnung und

meinem Kind könne es nicht plötzlich über Nacht schlecht gehen, hatte ich furchtbare Angst. Ich spürte ja, dass unser Sohn immer schwächer wurde und sich in meinem Bauch immer weniger bewegte. An 31+3 war es schließlich so weit: die

Blutflussgeschwindigkeit lag endgültig oberhalb der Norm, weitere Hinweise für eine behandlungsbedürftige Anämie kamen dazu: Zu viel Fruchtwasser und eine ganz leichte Herzinsuffizienz beim Baby. Noch am selben Tag wurde die Transfusion

durchgeführt und obwohl ich im Vorfeld solche Angst davor gehabt und beim Gedanken daran oft die halbe Nacht wach gelegen hatte, war ich vor allem erleichtert

dass es nun endlich so weit war. Während des Eingriffs war ich erstaunlich gelassen, aber ich glaube, ich war auch nur noch körperlich anwesend. Ich empfand die ganze

Prozedur als überaus unangenehm aber aushaltbar.

Die Transfusion war eine Punktlandung, der Hb meines Kindes lag bei 7,2 an der Grenze von der mittelschweren zur schweren Anämie und konnte auf über 14 angehoben werden, was dem Normwert entspricht. Das Gefühl, dass mein Kind nach dem Eingriff wieder fröhlich strampelte und voller Energie zu sein schien, war unbeschreiblich schön. Komplikationen gab es keine außer einigen Kontraktionen im Nachgang. Ich wurde nach der Transfusion eine Nacht zur stationären Beobachtung aufgenommen und erhielt vorsorglich die Lungenreife. Gut 2 Wochen später, an 33+6 erhielten wir eine weitere intrauterine Transfusion. Auf eigenen Wunsch wurde ich 3 Tage im Vorfeld stationär aufgenommen, nervlich war ich zu diesem Zeitpunkt am Ende und froh, dass drei mal täglich CTG geschrieben wurde. Dieses Mal musste aufgrund der Größe des Kindes mehr Blut transfundiert werden und unser Kind reagierte darauf mit Bradykardien. Die Situation beruhigte sich jedoch schnell.

2 WOCHEN SPÄTER AN 36+0 WURDE UNSER KLEINER KÄMPFER EMIL PER KAISERSCHNITT ENTBUNDEN.

Ich war überglücklich, dass es ihm soweit gut ging und direkt im OP ein kurzes Bonding möglich war. Danach wurde er auf die Neo verlegt, er bekam noch eine Bluttransfusion, Immunglobuline, Phototherapie und den ersten Tag noch etwas Sauerstoffunterstützung mit der Brille. Als spätes Frühchen entwickelte er ein Apnoe - Syndrom mit periodischer Atmung und Sättigungsabfällen. Dieses wurde mit Coffein behandelt und zur Sicherheit bekamen wir bei Entlassung für 8 Wochen einen Heimmonitor. Nach 5 Tagen auf der Intensivstation und 5 Tagen auf der Kinderstation wurden wir entlassen.

In der 5. Und 10. Lebenswoche mussten wir noch einmal für weitere Bluttransfusionen ins Krankenhaus, da es durch den hohen Titer (zuletzt 1:32.000) bei Geburt noch länger zur Hämolyse kam. Zudem dauerte es lange, bis die körpereigene Blutproduktion ansprang. Ein Medikationsversuch mit Erythropoetin zeigte nicht den gewünschten Erfolg und wurde eingestellt. Mit 12 Wochen stieg der Hb zum ersten Mal von selbst an und konnte danach stabil gehalten werden. Alle Nachsorgeuntersuchungen (z.B beim Kardiologen) waren komplett unauffällig. Seitdem ist unser Emil ein ganz normales, gesundes Baby, dass sich in seinem Tempo entwickelt.

Man merkt noch, dass er ein Frühchen war und aufgrund seines nicht ganz einfachen Starts für viele Entwicklungsschritte wie lächeln, krabbeln oder sitzen 1 - 2 Monate länger braucht als die Norm - aber wir hatten auch wahrlich keine normale Schwangerschaft.

Wir sind unserem Ärzteteam an der Uniklinik Salzburg und den anonymen Blutspendern jeden Tag aufs Neue dankbar, denn ohne sie wäre unser Emil nicht hier.

Vor allem nach meiner ersten Geburt hätte ich Berichte wie diesen verzweifelt gesucht. Tatsächlich lernte ich erst in meiner dritten Schwangerschaft andere betroffene Frauen kennen. Der Austausch mit ihnen war in dieser Zeit unglaublich wertvoll und oft mein Rettungsanker. Dies ist der Grund, warum ich unsere Geschichte aufgeschrieben habe, in der Hoffnung, dass sie vielleicht von jemandem gelesen wird, der sich genau so ratlos, verzweifelt und allein gelassen fühlt wie ich damals. In jedem Fall kann man auch mit Antikörpern völlig gesunde und glückliche Kinder bekommen, obwohl ich natürlich jeder werdenden Mami einen weniger steinigen Weg wünsche.

Am Ende hat sich jede Blutabnahme, jeder Nadelstich, jede Träne und jede Minute Wartezeit vor dem Untersuchungszimmer gelohnt. Trotz allem war ich immer gerne schwanger – es ist und bleibt ein großes Wunder.





ERFAHRUNGS -
BERICHTE

EMILY & NELE

ANTI D

Meine erste Schwangerschaft mit Emily war total schön und problemlos..

Ich hatte weder Probleme mit Übelkeit, noch hatte ich irgendwelche anderen "Wehwehchen". Die Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt waren unauffällig und auch die Antikörpersuchtests waren alle negativ - so entschieden wir uns für ein kleines gemütliches Krankenhaus, ohne Kinderstation.

Während der Schwangerschaft und nach der Geburt erhielt ich die Rhesus-Prophylaxe. Ich bin A negativ und Emily A positiv. Bis dato wusste ich nicht, welche Risiken das alles mit sich bringen kann. Man wird zwar kurz von Frauenarzt über die Prophylaxespritze aufgeklärt, aber mehr auch nicht.

Meine erste Geburt war eine Spontangeburt, sie ging schnell und die Schmerzen waren absolut auszuhalten.

Wir gewöhnten uns schnell an unser Leben zu Dritt und genossen die gemeinsame Zeit. Dann kam Corona und alles änderte sich. Bis ich bereit für eine weitere Schwangerschaft war, dauerte es einige Zeit.

Aber dann war er da, der positive Schwangerschaftstest und wir freuten uns riesig...

Wir versuchten Emily so gut es geht auf ihre kleine Schwester vorzubereiten. Entbindungstermin war der 10.12.22 und so erklärten wir ihr immer, dass vermutlich nach Nikolaus ihre kleine Schwester da ist.

Die Schwangerschaft mit Nele war von Anfang an anders. Ich hatte extremen Heißhunger auf alles was Fastfood war, dann kamen Probleme mit dem Ischiasnerv hinzu und die Sommerhitze machte mir arg zu schaffen. Ein Blutdruckproblem krönte das ganze noch - dachte ich wenigstens.

Ende August kam der Anruf von meiner Frauenärztin. Ich sollte am selben Tag noch in die Praxis kommen, bei mir wurden Anti D Antikörper festgestellt.

Meine Frauenärztin klang sehr besorgt und ich verstand nur Bahnhof. Zu der Zeit als der Anruf kam spielte ich mit unserer damals fast 3 Jährigen Tochter in ihrem Kinderzimmer - ich versuchte stark zu bleiben und die Tränen zurück zu halten, aber ich wusste, irgendwas stimmt nicht. Ich rief meinen Mann an, ob er nach Hause kommen könne und sich um Emily kümmern kann. Als er da war, fuhr ich zum Frauenarzt. Zwei Ärztinnen kamen in das Behandlungszimmer...

Die erste Frage meiner Ärztin war: „Spüren sie Kindsbewegungen?“

Als ich die Frage bejaen konnte, merkte ich eine Erleichterung bei den Ärztinnen. Dazu muss ich sagen, dass mein Baby allgemein sehr aktiv war. Bis dato hatten mich die regelmäßigen Tritte fast schon genervt. Ab dem Zeitpunkt der Diagnose war ich dankbar über jeden Moment, in dem ich meine Bauchbewohnerin gespürt habe! Es folgte ein ausgiebiger Ultraschall und eine Doppleruntersuchung. Es war alles unauffällig. Trotzdem war der Antikörpersuchtest positiv - mit einem Titer 1:1024. Keiner wusste, seit wann die Antikörper aktiv waren und wie schnell sie steigen bzw. gestiegen sind. Die beiden Frauenärztinnen konnten sich die Antikörper nicht erklären, da ich die Prophylaxespritzen erhalten hatte - so etwas hätten sie noch nie erlebt.

Meine Frauenärztin versuchte, mich kurz aufzuklären, dass es zur Blutarmut beim Baby kommen kann und Entwicklungsdefizite entstehen können. Sie machte mir einen Termin in der Uniklinik für den nächsten Tag.

Zu dem Zeitpunkt verstand ich die Welt nicht mehr und musste nur noch weinen - was war hier eigentlich los? Hatte mein Baby überhaupt eine Überlebenschance? Der Gedanke an eine Totgeburt war das schrecklichste für mich. Ich fuhr nach Hause und versuchte meinem Mann von der Diagnose und dem Frauenarzttermin zu berichten - aber richtig erklären konnte ich es nicht, ich verstand es ja selber nicht.

Uniklinik - da kommt man doch nur hin wenn es richtig ernst ist - so mein Gedanke.

Mein Mann konnte mich zum Glück begleiten. Der erste Eindruck von der Uniklinik war sehr bedrückend. Sie war so groß und unübersichtlich - wir waren doch das kleine, familiäre Krankenhaus gewohnt. Die 1. Untersuchung an der Uniklinik war ebenfalls unauffällig, einige unserer Fragen wurden geklärt und trotzdem blieb die Ungewissheit, da niemand sagen konnte, wie sich die Antikörper entwickeln würden. Einige Tage später mussten wir zur Verlaufskontrolle. Dort lernten wir den Professor kennen, der uns fortan begleitete. Erklärte uns nochmal mehr auf und wir empfanden ihn als einen sehr angenehmen und ruhigen Menschen - sogar für ein paar Scherze war Zeit. Der Professor sagte, die nächsten Wochen werden wie eine Achterbahnfahrt. Es wird Höhen und Tiefen geben. Man erklärte uns über eine intrauterine Transfusion (IUT) auf - für uns war alles weiterhin einfach nur unreal und irgendwie hielten wir an dem Gedanken fest, dass das Ergebnis vom Antikörpersuchtest einfach ein Fehler vom Labor war - aber leider war es nicht so.

Ich hätte von den Ärzten so gerne gehört wie es weitergeht, was mich erwartet, dass alles gut gehen wird usw. aber das wollte und konnte mir keiner sagen.

Dann ging die Suche nach Gleichgesinnten im Internet los..

Auch hier fand ich nur sporadisch Informationen und schon gar keine Erfahrungsberichte. Die ganzen Definitionen und Fachbegriffe machten mir eher Angst, als dass sie hilfreich gewesen wären. Dann endlich fand ich über eine Plattform eine Mama mit der selben Diagnose: Rhesus-Inkompatibilität trotz Prophylaxespritze (die Mama von Felix, Maximilia und Emil). Sie berichtete mir von ihren beiden Schwangerschaften mit Anti - D Antikörpern und dass sie aktuell mit dem dritten Kind schwanger sei. Der Austausch tat mir so gut, wir tauschten Handynummern und bleiben fast täglich in Kontakt.

Zur Uniklinik musste ich nun ca. 2x die Woche, manchmal auch öfter.

Es wurde immer per Ultraschall die Blutflussgeschwindigkeit in der Hirnarterie und in der Nabelschnur gemessen, nach Wassereinlagerungen beim Baby geschaut und die Herzklappen vom Baby kontrolliert.

Die ersten Termine waren unauffällig. Natürlich war jetzt nichts mehr ganz normal, aber die Werte waren anfangs nicht beängstigend, so dass man weitere Schritte in Betracht hätte ziehen müssen. Ich hoffte, dass wir ohne Interventionen durchrutschen könnten und keine Transfusion notwendig sein würde.

Nach ca. 3 Wochen kam dann der Schlag...

Die Werte wurden schlechter und der Tag der ersten Transfusion war da. Nervlich war ich am Ende. Da ich eine Hinterwandplazenta hatte, musste in die freie Nabelschnur gestochen werden. Der Eingriff brachte einige Risiken mit sich, zumal ich nicht mal die 30. SSW erreicht hatte. Sollte das Baby per Notkaiserschnitt geholt werden müssen, hätte ihm eine lange Zeit auf der Neo bevorgestanden.

Wir mussten lange Zeit warten bis die Transfusion startete. Ich sollte nüchtern bleiben, die Nerven lagen blank. Wir führten Gespräche mit der Narkoseärztin und der Kinderärztin und natürlich mit dem Professor - er war der einzige Arzt, der mich in die freie Nabelschnur transfundieren konnte.

Die Transfusion dauerte fast 1,5 Stunden. Es musste 2x gestochen werden - ich war so aufgeregt das mein Körper nur noch zitterte und Nele trampelte und bewegte sich fleißig in meinem Bauch, was den Eingriff erschwerte.

Es war ein komisches Gefühl. Ich lag im OP- Hemd, mit Nadel im Arm, in einem kleinen Raum ohne Fenster. Viele Leute standen um mich herum - Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen - jeder hatte seine Aufgabe. Mein Mann durfte am Kopfteil von meinem Bett sitzen. Die Einstichstelle wurde betäubt, es tat nicht weh, es war einfach nur unangenehm, als würde jemand mit einem Kochlöffel in meinem Bauch herumrühren. Bevor Blut transfundiert wurde, wurde ein kleiner Topfen entnommen um den Hb- Wert zu bestimmen.

Dieser lag irgendwo zwischen 6 und 7 - also fand die Transfusion zum richtigen Zeitpunkt statt. Nachdem das Blut in die Nabelschnur gespritzt wurde, wurde wieder ein Tropfen entnommen um den Hb - Wert nochmal zu bestimmen - er hatte sich verdoppelt. Alle waren zufrieden!

Nach dem Eingriff wurde noch 45 Minuten ein CTG geschrieben - ganz realisieren konnte ich das alles immer noch nicht. Aber es hatte funktioniert, die Transfusion war geschafft, das CTG war unauffällig und dem Baby ging es gut. Zu gut sogar! Nele war wie gedoped und strampelte und trat fröhlich in meinem Bauch herum.

Mein Mann konnte mich nun mit nach Hause nehmen. In der Nacht konnte ich wenig schlafen, ich hatte echt viel zu verarbeiten und die Tritte von Nele hielten mich wach - an den Einstichstellen taten sie auch etwas weh.

Man sagte uns, die Transfusion halte ca. 14 Tage und danach müsse wieder transfudiert werden.

Der Gedanke daran war schrecklich. Ich rechnete immer wieder aus, wie viele Transfusionen ich wohl durchstehen müsse - drei oder doch vier? Man sagte uns, dass man ca. bis zur 35. ssw transfudiert. Danach wäre das Baby zu groß und der Eingriff würde zu viele Risiken mit sich bringen. Ziel war es aber nun mal, dass Nele solange wie es irgendwie geht in meinem Bauch bleiben sollte.

Die nächsten Tage waren etwas ruhiger. Wir mussten nicht mehr so engmaschig zur Uniklinik und versuchten, die Tage zu Hause etwas zu genießen und fürs Baby einiges vorzubereiten. Es war viel liegen geblieben und Neles Zimmer längst noch nicht fertig.

Es folgte noch eine zweite und eine dritte Transfusion, die längst nicht so schlimm waren wie die Erste!

Die beiden anderen Transfusion gingen recht schnell und dauerten ca. eine halbe Stunde. Ich wusste, was mich erwartet und war längst nicht mehr so aufgeregt wie bei der ersten Transfusion.

Bei der letzten Transfusion trat Nele allerdings die Nadel aus der Nabelschnur und uns fehlte so leider das Endergebnis vom Hb - Wert. Sie war nun schon so groß geworden und somit war klar, das ist die letzte Transfusion.

Irgendwie war ich erleichtert und doch verunsichert, weil der Endwert fehlte. Das beunruhigte mich aber scheinbar mehr als die Ärzte.

Nele sollte in der 36. SSW geholt werden, ob die Geburt eingeleitet werden oder ein geplanter Kaiserschnitt gemacht werden solle, hat man mir überlassen.

Da die Einleitung in dieser Schwangerschaftswoche aber oft längere Zeit dauert und wir nicht alle Zeit der Welt hatten entschied ich mich, auch aus psychischen Gründen, für den Kaiserschnitt - meine Nerven waren ja eh schon am Ende und ich wollte dem Baby nicht unnötigen Stress zumuten. Der Professor und die Kinderärztin nickten meine Entscheidung ab und empfanden diese auch als die bessere Wahl.

Der Tag des Kaiserschnittes war da und Nele wurde bei 35+5 auf die Welt geholt.

Die Neo war auf alle Komplikationen vorbereitet. Uns fehlte ja das Endergebnis vom Hb- Wert und keiner wusste, wie genau Neles Zustand sein würde.

Als ich in den Op - Saal geschoben wurde, versetzte mein Körper mich gefühlt in eine Parallelwelt. Ich wusste, mein Baby wird jetzt geholt und wir würden nicht kuscheln können, sie kommt direkt auf die Neo. Was danach folgte, spielte sich irgendwie wie ein Film vor meinem Auge ab. Nele hatte tatsächlich nicht so eine ausgeprägte Gelbsucht wie man erwartet hatte und sie konnte richtig kräftig schreien - das war schon mal ein gutes Zeichen. Man zeigte sie uns kurz und schon wurde sie zu den Kinderärzten gebracht.

Ich wusste gar nicht, was ich fühlen sollte. Endlich war sie da und konnte sich erholen, aber trotzdem war sie nicht bei mir und wir wussten nicht, wie es ihr tatsächlich ging.

Nach drei Stunden konnten wir endlich zu ihr. Ich wurde mit meinem Bett in den 19. Stock auf die Neonatologie gefahren. Nele hatte einen Nabelschnurkatheter bekommen, falls sie doch einen Blutaustausch benötigte. Sie lag nur mit einer Windel bekleidet unter den UV-Lampen. Mit der Phototherapie wollte man ihren Billirubinwert erst gar nicht steigen lassen, denn das würde ihren Körper zusätzlich schwächen. Eine Krankenschwester stellte sich uns vor, sie war die Nacht nur für Nele zuständig - ich fand sie sympathisch und irgendwie beruhigte mich das etwas. Heute denke ich, wie konnte ich sie dort überhaupt alleine lassen.

Nun lag ich da auf der Wöchnerinnenstation - aufgeschnitten, zugenäht und ohne Baby. Ich war total emotionslos und gefühlt immer noch nicht anwesend.

Einige Krankenschwestern auf der Wöchnerinnenstation waren sehr freundlich und halfen mir schnell auf die Beine zu kommen damit ich den Weg zu Nele alleine schaffen konnte. Von anderen hätte ich mir mehr Einfühlungsvermögen gewünscht. Stillen konnte ich Nele nicht, ich versuchte Milch abzupumpen. In Absprache mit den Kinderärzten gab ich das Milchabpumpen aber schnell auf und stillte mit Salbeitabletten ab. Es war klar, dass ich in den nächsten Tagen entlassen werde und Nele dort bleiben muss. Bei der ersten Schwangerschaft hatte das Stillen schon nicht gut funktioniert und ich war einfach mental nicht in der Verfassung für Versuche.

Nach 4 Tagen wurde ich dann entlassen und bezog ein Zimmer im Familienhaus. Dieses war recht nah an der Klinik und anfangs hielt ich es auch für eine gute Idee.

In dem Familienhaus habe ich mich ziemlich alleine gefühlt, der Weg war mit meinem Schnitt nicht gut zu bewältigen und ich vermisste auch unsere große Tochter.

Ich entschied zu pendeln, die Klinik war 45 Minuten von unserem Zuhause entfernt. Meistens fuhr ich morgens um 6 Uhr los, mein Mann kam mittags dazu. Wir gingen zusammen etwas essen während Nele schlief, blieben noch einige Zeit zusammen bei ihr und ich fuhr dann nach Hause und holte Emily von Oma oder ihrer Tante ab. Mein Mann blieb meistens bis 22 Uhr bei Nele und übergab dann an die Nachtschwester.

Die ersten Tage verbrachte Nele 23 Stunden unter der UV-Lampe, wenn die Werte stimmten konnte sie für eine Stunde zum kuscheln auf unseren Arm. Sie war 48cm und wog 3240g - was für ein Frühchen gut war. Trotzdem hemmten uns die ganzen Kabel und Geräusche, uns entspannt um Nele zu kümmern.

Zeitweise wurde ihr alle 3 Stunden Blut entnommen, um ihre Werte zu kontrollieren. Die Zeit wurde immer mehr ausgedehnt und die Zeit die sie unter den UV-Lampen verbringen musste immer weniger. Insgesamt musste sie 16 Tage auf der Neo bleiben. Die Krankenschwestern dort waren sehr freundlich und einfühlsam. Unser „neuer“ Alltag spielte sich schnell ein und der Ablauf wurde zum Ritual. Auch Emily machte alles ganz toll mit.

Nach 6 Tagen brauchte Nele dann nochmal eine Bluttransfusion.

Danach hofften wir auf eine schnelle Entlassung. Leider brauchte sie etwas Unterstützung bei der Atmung. Manchmal durch das Highflowgerät und manchmal durch eine Sauerstoffmaske. Erst wenn sie 48 Stunden ohne Maskenunterstützung ohne Sättigungsabfälle schaffte, durften wir sie mit nach Hause nehmen. Jeden Morgen, an dem ich ihr Zimmer betrat hoffte ich, dass sie die Nacht ohne Sauerstoff geschafft hatten. Denn je mehr wir kuscheln konnten, desto stärker wurde unsere Bindung und umso schwerer fiel es mir, Nele dort zu lassen. Die pflegerischen Aufgaben übernahmen wir mittlerweile komplett und wir wurden immer sicherer im Umgang mit ihr.

Nach gut 2 Wochen konnten wir Nele endlich mit nach Hause nehmen. Sie hatte keine Sättigungsabfälle mehr, brauchte keine Atemunterstützung mehr und war vom Allgemeinzustand her deutlich fitter und wacher als anfangs.

Auch bei Emily merkte man, dass endlich wieder Ruhe in unseren Alltag einkehren musste. Sie wartete sehnsüchtig darauf, endlich ihre kleine Schwester kennenzulernen.

Die erste Zeit zu Hause war schwierig. Wir hatten ja noch keine 24 Stunden mit Nele verbracht und mussten uns noch einige Tage aneinander gewöhnen. Auch Nele musste sich erst an ihr neues Zuhause gewöhnen - an eine andere Matratze, an eine ruhige und stille Umgebung und an Schlaf ohne Kabel und Geräusche.

Während andere Babyschwimmen und PeKip machten, übten wir streicheln, eincremen und nackig sein.

Nele hatte die Zeit und besonders die Blutentnahmen ziemlich geprägt. Wir starteten in kleinen Schritten mit Arme eincremen/streicheln, dann die Beine dazu und immer ein kleines bisschen mehr. Irgendwann konnte man sie entspannt anfassen und man merkte, dass sie sich zunehmend wohler fühlte.

In unterschiedlichen Abständen hatten wir Blutkontrollen beim Kinderarzt. Leider klappte es dort oft nicht mit der Blutentnahme und so haben wir uns dazu entschlossen, die Nachuntersuchungen ebenfalls in der Uniklinik durchführen zu lassen. Lange Zeit stand eine weitere Bluttransfusion im Raum, ihr Hb - Wert lag um die 7. Nele war allerdings total fit, nahm gut Gewicht zu und war nicht schläfrig. Mitte Februar war dann der Hb - Wert das erste mal steigend, wir brauchten keine weiteren Kontrolltermine und Nele galt als "gesund".

Ich bin unendlich dankbar, dass die Medizin mittlerweile so weit entwickelt ist und uns geholfen werden konnte. Vergessen werde ich die Zeit wohl nie, und ob ich sie jemals verarbeiten werde - keine Ahnung. Aber ich danke allen, die uns während dieser Zeit unterstützt haben!

QUELLEN UND LINKS

ARTIKEL ZUR RHESUSPROPHYLAXE, SENSIBILISIERUNGSRATEN UND DATEN ZUM PROPHYLAXEVERSAGEN

LEGLER, T. ANTI - D PROPHYLAXE BEI RHD - NEGATIVEN FRAUEN; HÄMOTHERAPIE
31/2018

ÜBERBLICKSARTIKEL ZU VERSCHIEDENEN IRREGULÄREN ANTIKÖRPERN, URSACHEN EINER IMMUNISIERUNG, ANTIKÖRPER - SUCHTEST UND VORGEHEN BEI BETROFFENEN SCHWANGEREN

KAPFHAMMER, E.; OCHSENBEIN-KÖLBLER N. SCREENING AUF IRREGULÄRE MÜTTERLICHE
BLUTGRUPPENANTIKÖRPER UND FETALE BLUTGRUPPENBESTIMMUNG. DIE GYNÄKOLOGIE
2/2023

ÜBERBLICKSARTIKEL ZU ÜBERWACHUNG UND THERAPIE EINER SCHWANGERSCHAFT BEI BLUTGRUPPENINKOMPATIBILITÄT

HOFSTAETTER, C. BLUTGRUPPENINKOMPATIBILITÄT. GYNÄKOLOGIE 2/2013

QUELLEN UND LINKS

ARTIKEL ZUR SICHERHEIT UND KOMPLIKATIONSRATE INTRAUTERINER TRANSFUSIONEN

C. ZWIERS, I. T. M. LINDENBURG, F. J. KLUMPER, M. DE HAAS, D. OEPKES, I. L. VAN KAMP (2017) COMPLICATIONS OF INTRAUTERINE INTRAVASCULAR BLOOD TRANSFUSION: LESSONS LEARNED AFTER 1678 PROCEDURES. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/UOG.17319](https://doi.org/10.1002/uog.17319)

VAN KAMP IL, KLUMPER FJ, OEPKES D, MEERMAN RH, SCHERJON SA, VANDENBUSSCHE FP, KANHAI HH. COMPLICATIONS OF INTRAUTERINE INTRAVASCULAR TRANSFUSION FOR FETAL ANEMIA DUE TO MATERNAL RED-CELL ALLOIMMUNIZATION. AM J OBSTET GYNECOL. 2005 JAN;192(1):171-7. DOI: 10.1016/J.AJOG.2004.06.063. PMID: 15672021.

BALD R., INTRAUTERINE FETALE TRANSFUSION. HAEMOTHERAPIE 20/2013

ARTIKEL ZUR WIRKSAMKEIT VON BRIDGING - THERAPIEN UND IMMUNGLOBULINEN

FAZELNIA CLAUDIUS, BOGNER GERHARD, GRUBER ROBERT, SALMHOFER HERMANN, WERTASCHNIGG DAGMAR, FISCHER THORSTEN. PLASMAPHERESE UND I.V. IMMUNGLOBULINE ALS BRIDGING-THERAPIE BIS ZUR INTRAUTERINEN TRANSFUSION BEI RHESUSIMMUNISIERUNG VOR DER 20. SSW, GEBURTSHILFE FRAUENHEILKD 2013; 73 - P30 DOI: 10.1055/S-0033-1347802

ZWIERS C, VAN DER BOM JG, VAN KAMP IL ET AL (2018) POSTPONING EARLY INTRAUTERINE TRANSFUSION WITH INTRAVENOUS IMMUNGLOBULIN TREATMENT: THE PETIT STUDY ON SEVERE HEMOLYTIC DISEASE OF THE FETUS AND NEWBORN. AM J OBSTET GYNECOL 219(291):E1-E9

DANKBARKHEIT IST, WENN DAS HERZ
SICH ERINNERT



KONTAKT

Du bist betroffen und hast Fragen?

Du hast ähnliches erlebt und willst deine
Geschichte erzählen?

Dann Schreib uns:

info.kaempferherzen@gmx.de