

Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine, 9th Edition

by Creasy · Language: DE

Summary by booksummaryai.com — <https://booksummaryai.com/country/de/creasy-and-resnik-s-maternal-fetal-medicine-9th-edition-zusammenfassung>

Summary

In 60 Sekunden

Es geht jede große Komplikation durch – vorzeitige Wehen, Präeklampsie, Diabetes, Placenta praevia, fetale Anomalien – und legt die Evidenz hinter jeder Entscheidung offen. Der rote Faden: Die meisten mütterlichen und fetalen Katastrophen sind vorhersehbar, per Screening erkennbar und oft verhinderbar, wenn du weißt, worauf du achten musst. Das ist weniger eine Erzählung als ein Meisterkurs im klaren Denken unter geburtshilflichem Druck.

Warum es sich lohnt

Wenn du Entbindungen durchführst, Risikoschwangerschaften betreust oder Maternal-Fetal-Medizin studierst, ist das der Maßstab, an dem sich alles andere messen lassen muss. In der neunten Auflage ist es immer noch die am häufigsten zitierte Synthese der Evidenz zur komplizierten Schwangerschaft. Auch allgemeine Leserinnen und Leser mit einem ernsthaften Einsatz in einer schwierigen Schwangerschaft – Patientinnen, Partner, Doulas, die Tiefe wollen – finden hier etwas Dichtes, aber Autoritäres.

Die Kernideen

Frühgeburt ist ein Syndrom, nicht eine einzige Krankheit

Eine Frau kommt in der 29. Woche mit regelmäßigen Kontraktionen und verkürztem Muttermund. Ein Lehrbuchkapitel hätte das früher 'vorzeitige Wehentätigkeit' genannt und auf eine einzige Weise behandelt. Creasys Rahmen besteht darauf, dass sie eine von mehreren unterschiedlichen Patientinnen sein könnte: infektionsbedingt, vaskulär, stressausgelöst, mechanisch. Die Aufgabe der Klinik ist es herauszufinden, welche – denn die Behandlung unterscheidet sich.

Das Fach hat sich davon entfernt, die vorzeitige Wehentätigkeit als eine Einheit zu behandeln, und erkennt heute mehrere Pfade – Infektion, uteroplazentare Ischämie, Zervixinsuffizienz, mütterlicher Stress –, die auf denselben Endpunkt zulaufen. Das erklärt, warum eine einzelne Wunderwaffe zur Prävention immer wieder scheiterte: Vier verschiedene Krankheiten kann man nicht mit einem Medikament stoppen. Screening und Behandlung müssen zum Pfad passen.

Probier es aus: Wenn du schwanger bist und ein hohes Risiko hast, frag deine Klinik, welcher spezifische Frühgeburts-Pfad auf dich zutrifft – nicht nur dein genereller Risikoscore.

Die Zervixlänge ist der Vitalparameter des Frühgeburtsrisikos

Ein Routine-Ultraschall im zweiten Trimester misst etwas, nach dem die meisten Patientinnen nie zu fragen denken: die Zervix. Eine kurze Zervix zur Mitte der Schwangerschaft erweist sich als einer der stärksten Prädiktoren für eine frühe Entbindung. Die Messung ist billig, schnell und ohnehin schon Teil des Anatomie-Scans, den die meisten Frauen bekommen.

Die Zervix funktioniert wie eine messbare Warnleuchte. Die transvaginale Messung im zweiten Trimester identifiziert Frauen, die Interventionen brauchen – Progesteron, Cerclage, engmaschigere Überwachung –, bevor die Wehen überhaupt einsetzen. Die Überraschung ist, wie gewöhnlich der Test ist: dasselbe Gerät, derselbe Termin, eine zusätzliche Messung, die das Management verändert.

Probier es aus: Frag bei deinem Anatomie-Scan nach der Zahl der Zervixlänge und was sie für dein spezifisches Risiko bedeutet.

Präeklampsie ist eine zweistufige Erkrankung der Plazenta

Wochen bevor der Blutdruck einer Frau steigt, hat der Ärger in der Plazenta bereits begonnen. Eine schlechte Invasion der Spiralarterien bereitet die Bühne; das mütterliche Syndrom – Hypertonie, Proteinurie, Organdysfunktion – folgt später. Wenn die Symptome erscheinen, ist die Krankheit schon fortgeschritten.

Präeklampsie lässt sich am besten als plazentare Erkrankung mit mütterlichen Symptomen verstehen. Die erste Stufe ist still und plazentar; die zweite ist das klinische Syndrom, das jeder kennt. Dieses Zweistufen-Modell erklärt, warum Präventionsbemühungen die frühe Plazentation ins Visier nehmen (Aspirin, Überwachung), statt auf den steigenden Blutdruck zu warten, und warum die Entbindung die einzige Heilung bleibt.

Probier es aus: Wenn du Risikofaktoren hast (erste Schwangerschaft, frühere Präeklampsie, chronische Hypertonie), frag früh nach niedrig dosiertem Aspirin und einem Überwachungsplan.

Steroide vor der Frühgeburt retten mehr Leben als fast alles andere

Eine Frau in der 30. Woche wird wahrscheinlich innerhalb von Tagen entbinden. Bevor irgendetwas anderes passiert, bekommt sie einen Kurs pränataler Kortikosteroide. Die Behandlung beschleunigt die Lungenreifung des Fötus und senkt neonatale Todesfälle, Atemnotsyndrom und intraventrikuläre Blutungen. Sie gehört zu den wertvollsten Interventionen der gesamten Geburtshilfe.

Einer der am häufigsten replizierten Befunde der Perinatalmedizin: ein kurzer Steroidkurs vor einer erwarteten Frühgeburt verbessert die neonatalen Ergebnisse dramatisch. Die Intervention ist billig, schnell und wirkt selbst am Rand der Lebensfähigkeit. Die laufenden Debatten drehen

sich um das Timing, Wiederholungskurse und wie spät zu spät ist – nicht darum, ob sie wirkt.

Probier es aus: Wenn eine Frühgeburt möglich erscheint, bestätige, dass Steroide geplant sind, und frag nach dem Zeitfenster.

Diabetes in der Schwangerschaft ist ein Problem von Glukose-Schwellenwerten

Ein Routine-Glukosetestscreening in der 24.-28. Woche sortiert Schwangerschaften in jene, bei denen mütterliche Hyperglykämie das fetale und neonatale Risiko erhöht, und jene, bei denen sie das nicht tut. Die Schwellenwerte stammen aus großen Outcome-Studien, die spezifische Glukosespiegel mit Komplikationen wie Makrosomie und neonataler Hypoglykämie verknüpfen.

Gestationsdiabetes wird definiert durch den Punkt auf der Glukose-Outcome-Kurve, an dem das Risiko inakzeptabel wird – nicht durch einen willkürlichen Laborgrenzwert. Die diagnostischen Schwellenwerte wurden gewählt, weil die Ergebnisse unterhalb davon wie die der Allgemeinbevölkerung aussehen; oberhalb davon steigen die Komplikationen. Die Behandlung – Diät, Monitoring, Insulin bei Bedarf – zielt darauf, die mütterliche Glukose wieder unter diese Risikoschwelle zu bringen.

Probier es aus: Kenne dein Glukose-Screening-Ergebnis und den Schwellenwert, den dein Arzt zur Diagnose eines Gestationsdiabetes verwendet.

Placenta accreta spectrum is a planned-emergency problem

A woman with a prior cesarean and a placenta previa on this pregnancy is at sharply elevated risk of placenta accreta—placental tissue invading the uterine wall. Undetected, it can cause catastrophic hemorrhage at delivery. Detected, it becomes a logistics problem: imaging, blood bank coordination, a team assembled in advance.

The rise in cesarean rates made placenta accreta spectrum a modern epidemic. The management principle is that outcomes improve dramatically when the diagnosis is made before delivery and the birth happens in a center with the right team and blood products. The lesson generalizes: in obstetric hemorrhage, preparation beats reaction.

Probier es aus: If you've had a prior cesarean and now have a previa or low-lying placenta, ask specifically about accreta imaging and delivery planning.

Fetal surgery: from science fiction to standard of care for a few conditions

For a handful of fetal conditions—twin-twin transfusion syndrome, spina bifida, certain lung lesions—operating on the fetus before birth now outperforms waiting. Randomized trials shifted some procedures from experimental to indicated. The window between 'technically possible' and 'clearly beneficial' took decades of trial data to close.

Open fetal surgery and fetoscopic procedures are now evidence-based options for a short list of diagnoses. The principle that made it work: treat the fetus only when the natural history untreated is worse than the risks of the operation, and prove it with randomized trials. Most fetal

conditions still don't qualify—the discipline is in the narrowness.

Probier es aus: For any fetal anomaly diagnosis, ask whether an in-utero treatment exists and what the trial evidence says.

Twin pregnancies are a different disease

A twin pregnancy is not a singleton pregnancy twice. Risks of preterm birth, preeclampsia, growth restriction, and perinatal loss are all elevated, and they differ sharply by chorionicity—whether the twins share a placenta. Monochorionic twins carry risks dichorionic twins never face.

Chorionicity is the single most important piece of information in a twin pregnancy, and it must be determined early by ultrasound. Shared placentas create risks—twin-twin transfusion, selective growth restriction—that have no singleton analogue. Management, surveillance intensity, and delivery timing all flow from this one early determination.

Probier es aus: If you're carrying twins, ask at the first ultrasound whether they're monochorionic or dichorionic and what that means for surveillance.

Postpartum hemorrhage kills by arithmetic, not mystery

A postpartum hemorrhage protocol treats bleeding as a logistics race: quantify loss, activate a response, replace products in ratio, find the source. The interventions are unglamorous—uterotonics, tranexamic acid, balloon tamponade, escalation to surgery. What saves lives is having the sequence drilled before the emergency.

Hemorrhage deaths are usually deaths of delay and disorganization, not of unknown medicine. The evidence behind protocols—quantified blood loss, early activation, balanced resuscitation, tranexamic acid—shows that systematic response outperforms heroic improvisation. Simulation and drills are part of the treatment.

Probier es aus: If you're delivering at a given hospital, ask whether it has a formal obstetric hemorrhage protocol and does drills.

Intrahepatic cholestasis: itching that matters

A woman in the third trimester develops intense itching of palms and soles, no rash. The textbook flags intrahepatic cholestasis of pregnancy, confirmed by elevated bile acids. The stakes are fetal: stillbirth risk rises with disease severity, which shapes decisions about surveillance and timing of delivery.

Severe pruritus in late pregnancy is a symptom worth taking seriously, not a nuisance. Bile acid levels correlate with fetal risk and guide management. The condition resolves after delivery but recurs in subsequent pregnancies, so the diagnosis matters beyond this pregnancy.

Probier es aus: Report persistent palm-and-sole itching in late pregnancy to your obstetrician and ask about a bile acid test.

Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft haben schwangerschaftsspezifische Referenzbereiche

Der TSH-Wert einer Frau fällt nach den Laborstandards für Nichtschwangere 'auffällig' aus. In der Schwangerschaft kann das normal sein: hCG unterdrückt das TSH im ersten Trimester, und die Referenzbereiche verschieben sich trimesterweise. Behandelt man sie nach den Bereichen für Nichtschwangere, drohen Überdiagnose und eine unnötige Levothyroxin-Gabe.

Die Schwangerschaft verändert die Schilddrüsenphysiologie so stark, dass die Laborinterpretation trimesterspezifische Bereiche verlangt. Die klinischen Konsequenzen gehen in beide Richtungen: Unbehandelte offene Hypothyreose schadet der fetalen Hirnentwicklung, während die Überbehandlung subklinischer Fälle Kosten und Ängste ohne nachgewiesenen Nutzen erzeugt. Die Kunst besteht darin zu wissen, welcher Bereich gilt und wann.

Probier es aus: Wenn bei dir in der Schwangerschaft die Schilddrüsenfunktion getestet wird, frag, ob dein Labor trimesterspezifische Referenzbereiche verwendet.

Wiederholte Fehlgeburten verdienen eine Abklärung, nicht nur beruhigende Worte

Nach zwei oder drei Fehlgeburten in Folge wechselt das Lehrbuch vom abwartenden Beobachten zur systematischen Abklärung: elterliche Karyotype, Uterusanatomie, Antiphospholipid-Antikörper und ausgewählte weitere Tests. Manche Ursachen – insbesondere das Antiphospholipid-Syndrom – haben evidenzbasierte Behandlungen, die das Ergebnis verändern.

Wiederholter Verlust ist eine definierte klinische Entität mit einer endlichen, evidenzbasierten Diagnostik. Nicht jeder auf dem Markt angebotene Test lohnt sich; die Abklärung zielt auf Ursachen mit bewährten Behandlungen. Der Antiphospholipid-Antikörper-Befund ist wichtig, weil Heparin plus niedrig dosierte ASS in dieser Untergruppe in Studien die Lebendgeburtenraten verbessert.

Probier es aus: Nach zwei Fehlgeburten in Folge verlange eine strukturierte Abklärung statt dem Rat, es 'einfach noch einmal zu versuchen'.

Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft: früh behandeln, konsequent behandeln

Der Ansatz des Lehrbuchs bei Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft ist, einzugreifen, bevor daraus eine Hyperemesis gravidarum wird. Wartet man, bis Dehydratation und Gewichtsverlust eingesetzt haben, wird der Zustand schwerer umzukehren. Frühe, aggressive, multimodale antiemetische Behandlung ist die empfohlene Haltung.

Der kontraintuitive Punkt ist, dass milde Symptome eine echte Behandlung verdienen. Eine frühe Eskalation der Therapie – Ernährungsumstellung, dann Antiemetika in Kombination – verhindert

die Abfolge in eine Hyperemesis mit ihren Risiken von Gewichtsverlust, Ketose und Krankenhausaufenthalt. Der Zustand wird öfter unterbehandelt aus verhehltem Stoizismus als überbehandelt.

Probier es aus: Beim ersten Anzeichen deutlicher Schwangerschaftsübelkeit verlange einen schriftlichen Eskalationsplan, statt zu warten, bis du Flüssigkeit nicht mehr bei dir behalten kannst.

Der Entbindungszeitpunkt ist ein Balanceakt mit realen Kosten auf beiden Seiten

Jede Entscheidung darüber, wann entbunden wird, wägt zwei Risiken gegeneinander ab: das Kind in einer zunehmend feindlichen Umgebung zu lassen, oder es in eine Welt zu entbinden, auf die es nicht vorbereitet ist. Das Lehrbuch rahmt den Entbindungszeitpunkt bei komplizierten Schwangerschaften als explizite Nutzen-Risiko-Abwägung, die mit fortschreitendem Gestationsalter aktualisiert wird.

Kein Extrem ist sicher. Der Rahmen, der die moderne Geburtshilfe organisiert, ist, dass das Gestationsalter die Risikorechnung kontinuierlich verschiebt, und die Entbindungsentscheidung sollte überprüft werden, sobald neue Daten eintreffen – fetale Tests, mütterlicher Zustand, Ultraschallbefunde. 'Abwartendes Management' ist eine aktive Wahl mit eigenen Überwachungsanforderungen, kein Standard.

Probier es aus: Wenn eine frühe Entbindung vorgeschlagen wird, frag, was sich konkret verändert hat, um die Waage zu kippen, und was der alternative abwartende Plan überwachen würde.

Kritik

Das ist ein Lehrbuch, keine Lektüre: dicht, teuer und für Kliniker geschrieben – mit der Prosadichte, die das mit sich bringt. Evidenz bewegt sich schneller als Auflagen, manche Empfehlungen hinken den neuesten Studien hinterher, wenn der Druck schon ausgeliefert wird. Laien brauchen klinisches Vokabular oder eine Patientenanwältin, die übersetzt. Und als Mehrautorenwerk schwanken Ton und Tiefe von Kapitel zu Kapitel – manche sind brillante Synthesen, andere lesen sich wie Literaturreviews.

In einem Satz

Die meisten Schwangerschaftskatastrophen kündigen sich früh an – für jeden, der gelernt hat hinzusehen. Und dieses Buch bringt dir bei hinzusehen.

Für wen sich das Buch eignet

Geburtshelfer, Fellows der Maternal-Fetal-Medizin, Hebammen und Assistenzärzte, die komplizierte Schwangerschaften betreuen. Auch ernsthafte Patientinnen mit einer Hochrisikoschwangerschaft finden hier Verlässliches – wenn sie Geduld und ein Glossar mitbringen.