



Update vom 17.11.2020

zum Statement des Arbeitskreises Geb/Gyn der ÖGUM
zur Vorgangsweise bei pränataldiagnostischen Untersuchungen angesichts der Coronavirus-Pandemie

Nachdem sich in den Sommermonaten die Zahl der SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich auf einem sehr niedrigen Niveau bewegt hat, ist es seit Oktober wieder zu einem deutlichen Anstieg gekommen. Aus diesem Grund hat die Bundesregierung entsprechende Maßnahmen verabschiedet.

Für den niedergelassenen pränatalmedizinischen Bereich stellen sich diesbezüglich momentan oftmals drei Fragen: Zum einen, wie man Patientinnen betreuen soll, die eine akute Infektion durchgemacht haben. Zum anderen, wie gefährlich nach aktuellem Wissensstand eine COVID-19-Erkrankung für die Mutter bzw. das ungeborene Kind ist – und wie man diesbezüglich aufklären soll. Und schließlich, wie aktuell mit Begleitpersonen bei den Untersuchungen umgegangen werden soll.

Zustand nach SARS-CoV-2-Infektion

Während einer akuten Infektion sollen nach Möglichkeit keine pränatalmedizinischen Routineuntersuchungen durchgeführt werden. Diese sollen nur dann vorgenommen werden, wenn die Patientin nach den aktuellen Richtlinien nicht mehr als ansteckend gilt. Leider ist der genaue Zeitraum der Ansteckungsfähigkeit laut dem Robert-Koch-Institut (RKI)¹ derzeit noch nicht klar definiert. „Bei mild-moderater Erkrankung geht die Kontagiosität 10 Tage nach Symptombeginn signifikant zurück. Bei schweren Erkrankungen gibt es Hinweise, dass die Patienten auch noch deutlich länger als 10 Tage nach Symptombeginn ansteckend sein können“, heißt es vom RKI.

Die österreichische AGES² hingegen schreibt aktuell auf ihrer Website: „Nach derzeitigem Wissensstand ist daher nach Ablauf von 14 Tagen nach Symptombeginn und bei zumindest 48 Stunden bestehender Symptommfreiheit (ausgenommen ist leichter Reizhusten) davon auszugehen, dass der Patient nicht mehr ansteckend ist.“ Dies ist vermutlich ein praktikabler Richtwert für die tägliche Praxis – allerdings gibt es keine Garantie dafür, dass eine Patientin nach Ablauf dieser 14 Tage nicht mehr infektiös ist.

Leider ist auch eine Testung mittels erneuter PCR kurz vor der Untersuchung nicht unbedingt zielführend – vor allem wenn das Ergebnis positiv ist. „Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Diese positiven PCR-Ergebnisse sind jedoch nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen“, heißt es vom RKI.

Der Arbeitskreis Geb/Gyn der ÖGUM empfiehlt, Routineuntersuchungen frühestens 14 Tage nach Symptombeginn (oder ca. drei Wochen nach einer positiven Testung bei einer asymptomatischen Patientin, da die Virusanzucht laut RKI bereits sechs Tage vor einem etwaigen Symptombeginn starten kann) durchzuführen. Ebenfalls sollten K1-Personen erst nach Abklärung und Ende der Absonderung

¹ Robert Koch Institut – Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 <https://bit.ly/2IDxvZl>

² AGES – FAQ Coronavirus <https://bit.ly/3ltoVdQ>

untersucht werden (wir empfehlen hier auch bei anfangs negativen Personen noch einmal eine PCR oder zumindest einen Antigen-Test kurz vor der Untersuchung).

Falls der knappe Zeitraum des Ersttrimesterscreenings in diese Phase fällt, kann der Patientin eine Ultraschalluntersuchung im Anschluss sowie (falls sie eine Risikoabschätzung hinsichtlich Trisomien wünscht) ein NIPT angeboten werden. Ein Präeklampsiescreening kann zu diesem Zeitpunkt nicht „nachgeholt“ werden – hier ist zu überlegen, Acetylsalicylsäure „off-off-label“ bei der entsprechenden Anamnese oder sonstigen risikoe erhöhenden Umständen zu empfehlen.

Spätere Untersuchungen wie Organscreening oder Dritt-Trimester-Screening sollten in den meisten Fällen problemlos etwas verspätet durchgeführt werden können. Anders sieht es bei akut notwendigen Untersuchungen bzw. Kontrollen aus. Hier muss im Individualfall entschieden werden, wie vorgegangen werden kann. Teilweise sind regional Spitalsabteilungen für die Betreuung von SARS-CoV-2-positiven Patientinnen ausgerichtet (in Wien beispielsweise die Klinik Ottakring).

Unbedingt muss auf jeden Fall darauf hingewiesen werden, die entsprechenden Hygienemaßnahmen akribisch einzuhalten – insbesondere dann, wenn eine Patientin eine SARS-CoV-2-Infektion hinter sich gebracht hat oder als Risikofall gilt. Generell sollten in Phasen mit hoher Infektionstätigkeit zumindest FFP-2-Masken getragen werden (FFP-3-Masken mit Ausblasventilen sind nicht geeignet).

Risiken für Schwangere und Feten

Wurde zu Beginn der Pandemie das Risiko für Schwangere als eher gering beschrieben, hat sich die Datenlage in den letzten Monaten etwas geändert. So wurden beispielsweise Effekte der in der Schwangerschaft hochregulierten ACE-II-Rezeptoren diskutiert, die ja als Eintrittspforte der Viren in die Zelle gelten. Diese könnten mit schweren Krankheitsverläufen oder auch mit einer erhöhten Rate an Präeklampsien durch anschließende Down-Regulierung der Rezeptoren im Zuge der Infektion einhergehen³. Klinische Hinweise darauf wurden erst kürzlich in einer prospektiven Studie publiziert⁴.

In einer Meta-Analyse des BMJ⁵ wurde beschrieben, dass Schwangere ein höheres Risiko für die Aufnahme auf die Intensivstation (RR 1,62) und invasive Beatmung (RR 1,88) haben. Risikofaktoren für schwere Verläufe waren höheres mütterliches Alter (RR 1,78), ein hoher Body-Mass-Index (RR 2,38) sowie vorbestehende Co-Morbiditäten (RR 4,21). Das Risiko für Frühgeburten war ebenso erhöht (RR 3,01) – genauso wie jenes für die Aufnahme auf der Neonatologie (RR 3,13). In einer anderen Kohorten-Studie wurde auch eine relativ hohe Mortalität bei schwangeren Frauen von rund einem Prozent

³ Narang K, Enninga EAL, Gunaratne MDSK, et al. SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 During Pregnancy: A Multidisciplinary Review. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(8):1750-1765.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260486/>

⁴ Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Maiz N, et al. Pre-eclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study. *BJOG.* 2020;127(11):1374-1380.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300912/>

⁵ Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m3320.

Published 2020 Sep 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459193/>



genannt⁶. Beachtet werden sollte auch, dass vertikale intrauterine Übertragungen beschrieben worden sind⁷, deren Bedeutung aber noch weitgehend unklar ist. Generelle Informationen zu den maternalen und perinatalen Komplikationen bietet eine aktuelle Übersicht der OEGGG⁸.

Vor diesem Hintergrund erscheint es auch im pränatalmedizinischen Setting wichtig, Patientinnen auf die Gefahren der SARS-CoV-19-Infektion hinzuweisen und entsprechende Schutzmaßnahmen zu empfehlen.

Begleitpersonen

Wir empfehlen, derzeit grundsätzlich keine Begleitpersonen bei den Untersuchungen in den Ordinationen zuzulassen – auch wenn die jüngste Notmaßnahmenverordnung des Gesundheitsministeriums⁹ für Spitäler „höchstens eine Person zur Begleitung bei Untersuchungen während der Schwangerschaft“ vorsieht. Für Ordinationen gibt es beispielsweise von Seiten der Wiener Ärztekammer folgende Empfehlung¹⁰: „Begleitpersonen sollten nur nach Rücksprache in die Ordination mitkommen.“

Aufgrund der aktuell hohen Infektionszahl und der Dauer und der physischen Nähe bei der Untersuchung sollte das Übertragungsrisiko insbesondere für die Untersucherinnen und Untersucher nicht noch zusätzlich durch weitere im Raum befindliche Personen erhöht werden. Das gilt auch für die Ordinationsangestellten sowie natürlich auch für andere Patientinnen im Warteraum. Mittlerweile sind bereits etliche Infektionen bei pränatalmedizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen bekannt geworden.

Ausnahmen sollten nur nach Rücksprache möglich sein – beispielsweise bei körperlichen Behinderungen oder bei diagnostizierten Fehlbildungen des Feten. Im Sinne der Fairness gegenüber den Kolleginnen und Kollegen ersuchen wir alle ÖGUM-Mitglieder um Einhaltung dieser Empfehlung, auf Begleitpersonen zumindest bis Jahresende 2020 weitestgehend zu verzichten.

Hinweis: Da sich die Situation und der Informationsstand betreffend SARS-CoV-2 und COVID-19 rasch ändern, wird darauf hingewiesen, dass die Informationen auf dem Kenntnisstand von Mitte November 2020 basieren. Weder die ÖGUM noch die Autoren übernehmen eine Garantie oder Haftung für die Aktualität und Richtigkeit der verlinkten Inhalte.

⁶ Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*. 2020;369:m2107. Published 2020 Jun 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277610/>

⁷ Kotlyar AM, Grechukhina O, Chen A, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 31]. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;S0002-9378(20)30823-1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7392880/>

⁸ Maternale und perinatale Komplikationen bei COVID-19 während der Schwangerschaft – ein Review der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) <https://bit.ly/36ll1rk>

⁹ Corona-Notmaßnahmenverordnung auf der Seite des Gesundheitsministeriums: <https://bit.ly/3lzt4Vw>

¹⁰ Statement der Wiener Ärztekammer vom 14.11.2020 „Ordinationen bleiben trotz harten Lockdowns uneingeschränkt geöffnet“: <https://bit.ly/32HL4xG>