

Die Abortrate der klinisch erkannten Schwangerschaften liegt zwischen 10 und 15 (20)%, die Mehrheit tritt im ersten Trimenon auf. Die häufigste Ursache (ca. 69%) sind Chromosomenstörungen. In 99% der Fälle handelt es sich dabei um neu entstandene Chromosomenaberrationen, meistens um Trisomien, die überwiegend durch eine Fehlverteilung bei den Reifeteilungen der Eizelle entstehen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten neu entstandener Chromosomenaberrationen und dem mütterlichen Alter, so dass die Häufigkeit von Fehlgeburten mit dem mütterlichen Alter zunimmt.

Die häufigste im Abortgewebe nachgewiesene Trisomie ist die Trisomie 16, daneben die Trisomie 15 und 22. In einem Fünftel (20 %) findet sich keine Trisomie sondern eine Monosomie X (45,X, das zweite Geschlechtschromosom fehlt), hierbei fehlt zu 80% das väterliche X (oder Y) Chromosom.

Bei jedem 7. Abort findet sich eine Triploidie, d.h. ein komplett dreifacher statt zweifacher Chromosomensatz, der meist durch die Befruchtung einer Eizelle mit zwei Samenzellen entsteht. Nur in 2% findet sich eine strukturelle Chromosomenaberration. In 1% findet sich als Abortursache eine strukturelle Chromosomenaberration, die auf eine Chromosomenveränderung bei einem der beiden Partner zurückzuführen ist. Der Anteil der strukturellen Chromosomenaberrationen als Fehlgeburtenursache steigt mit der Anzahl der stattgehabten Fehlgeburten.

Auch Störungen der Blutgerinnung können die Ursache von wiederholten Aborten sein, vor allem wenn diese Aborte gegen Ende des ersten, Anfang des zweiten Trimenons oder später in der Schwangerschaft auftreten. Hier sind vor allem die Faktor V Leiden Mutation bzw. aPC-Resistenz, die Prothrombinmutation G20210A und die beiden PAI1-Polymorphismen sowie auch die Faktor VIII Erhöhung, der Nachweis von Cardiolipin-Antikörpern und evtl. der Protein Z-Mangel zu nennen.

Sind in der Familie oder sogar eigenanamnestisch bereits Thrombosen aufgetreten, sollten auch die selteneren Thrombophilien mit starker Thrombose-Disposition berücksichtigt werden wie der Protein C-Mangel, Protein S-Mangel, die Dysfibrinogenämie und der Antithrombin III-Mangel. Eine Meta-Analyse von 31 zwischen 1975 und 2002 publizierten Studien bestätigte die Assoziation der Faktor V Leiden Mutation und Prothrombinmutation mit frühen und späten Aborten (Lancet, 2003)

Die Hyperhomocysteinämie (Normwert unter 13 $\mu\text{Mol/l}$) kann mit 1 mg Folsäure, z.B. 5mg Folverlan® – täglich _ Tablette, sollte dies nicht ausreichen, zusätzlich mit 1mg Vitamin B12 (z.B. Firma Ankermann®) und 100 mg Vitamin B6 (z.B. Firma Hevert®) behandelt werden.

Schilddrüsenfunktionsstörungen, aber auch der Nachweis von Schilddrüsenantikörpern ohne messbare Funktionsstörung sind mit einem erhöhten Abortrisiko verbunden. Beim Vorkommen einer Autoimmunerkrankung in der Eigenanamnese ist auch diese als Ursache für Fehlgeburten zu berücksichtigen und die Bestimmung der entsprechenden Autoantikörper sinnvoll.