Gynäk. Rdsch. 1970;10:57-58

Geburtsleitung nach Sectio isthmica

C.J.		Pauerstein
L.		Karp
S.		Muher

Department of Obstetrics and Gynecology, Sinai Hospital of Baltimore, Baltimore, Md.

Eine Durchsicht der sich teilweise widersprechenden Literatur über die Geburtsleitung nach Sectio isthmica ergibt, dass beim Grossteil der Patientinnen trotz der vorhandenen Uterusnarbe eine vaginale Entbindung möglich ist. Die Arbeit möchte auch prüfen, ob diese günstigen Ergebnisse nicht durch eine Selektion der Patientinnen erreicht wurden.

Die untersuchte Gruppe besteht aus 43 Frauen, bei denen vor der betrachteten Schwangerschaft eine Sectio durchgeführt wurde. In dieser Zeit waren insgesamt 3401 Geburten aufgenommen worden. Von den 43 Frauen hatten 30 noch nie vaginal entbunden, die übrigen 13 hatten früher schon per vaginam geboren. 9 hatten vaginale Entbindungen vor der Sectio. 16 der 30 Patientinnen, die noch nie vaginal entbunden hatten, konnten erfolgreich per vias naturales entbunden werden. Die Indikation zur vorangegangenen Sectio war in 22 der 30 Fälle Schädel-Becken-Missverhältnis, von diesen 22 hatten 19 röntgenologisch nachweisbare Beckenveränderungen, aber 8 von ihnen konnten vaginal entbunden werden. Eine Patientin mit Beckenverengung hatte in der ersten Schwangerschaft Sectio wegen Querlage, sie konnte in der zweiten vaginal entbunden werden. Die übrigen Indikationen für die erste Sectio waren: Placenta praevia 2, Steisslage 3, vorzeitige Plazentalösung 1 und primäre Wehenschwäche 1.

Bei einer Patientin mit normal gebildetem Becken wurde eine Schnittentbindung durchgeführt, da sie während der beginnenden Wehentätigkeit über Schmerzen im Bereich der Sectionarbe klagte. Der Uterus wurde bei der Kontrolle intakt gefunden. Eine Untersuchung, ob die Grösse des Kindes Einfluss auf die Möglichkeit einer vaginalen Entbindung nach Sectio hat, zeigte kein Ergebnis. Ebenso war der Grad der Muttermunderweiterung vor der ersten Sectio ohne Einfluss auf die Entbindungsmöglichkeit bei der darauffolgenden Schwangerschaft.

Bei allen Geburtsleitungen wurde gekreuztes Blut und ein Operationssaal in Bereitschaft gehalten. In 3 Fällen konnte eine Uterusruptur

1 Originaltitel: Trial of labor after low segment cesarean section.

58

Pauerstein/Karp/Muher

im unteren Segment beobachtet werden. In 2 Fällen kam es zu einer symptomlosen, unblutigen Dehiscenz der früheren Narbe, 1-2 cm lang. Beide wurden während der Laparotomie bei Sectio festgestellt. Bei einer dritten Patientin wurde eine Zangenentbindung aus Beckenmitte durchgeführt. Bei der Revision fand sich die alte Operationsnarbe dehiszent. Die Laparotomie zeigte eine gedeckte Uterusperforation mit komplett rupturiertem Myometrium und noch intakter Serosa. Es wurde eine Hysterektomie ausgeführt.

Insgesamt konnten von den 43 Frauen nach Sectio 26 vaginal entbunden werden. Von den 23 Patientinnen mit Beckenveränderungen konnten 12 normal entbinden. Diese Ergebnisse werden

vom Autor als sehr ermutigend bezeichnet, auch nach Sectio eine vaginale Entbindung zu versuchen.

Die Geburtsleitung wurde so vorgenommen wie bei Patientinnen mit intaktem Uterus, d. h. es wurde ebenso Amniotomie oder Wehenanregung mit Syntocinon vorgenommen. Lediglich bei Frauen mit verengtem Becken wurde Syntocinon nicht verabreicht. Eine Diskussionsbemerkung von Dr. Beacham berichtet über 360 Privatpatientinnen mit Sectio. Bei 30 Frauen mit vorangegangener Sectio wurden 10 vaginale Entbindungen vorgenommen. Es sollen nach 2 oder mehr vorangegangenen Sectiones keine vaginalen Entbindungsversuche mehr vorgenommen werden. Ebenso soll dies bei nachweislichen Beckenverengungen unterlassen werden. Wenn eine glatte, komplikationslose Geburt zu erwarten ist, ist dem vaginalen Vorgehen der Vorzug zu geben. Zeichen in dieser Richtung sind eine gute, regelmässige Wehentätigkeit, eine normale Kindesthaltung und eine weiche, leicht dehnbare Zervix. Sollte eine Sectio-narbe nach korporaler Sectio bestehen, so ist später immer eine Sectio durchzuführen, da Korpusnarben viel leichter rupturieren als solche im unteren Segment. Uterusrupturen bei Narben im unteren Segment dürften auch während der Wehentätigkeit nicht häufiger als 1 auf 200 auftreten. Mütterliche Todesfälle nach gehäufter Sectio sind selten, etwa 1 auf 2000. Die Häufigkeit von Fieber nach wiederholter Sectio ist etwa 8 %. Die hauptsächliche Gefahr für das Kind ist die respiratorische Insuffizienz, die in etwa 1 auf 100 Fälle auftritt. Sie ist aber von der Entbindungsart unabhängig.

Bei Betrachtung aller verschiedenen Faktoren, die bei der Entscheidung für einen Entbindungsweg in Betracht gezogen werden müssen, ist die noch vorhandene Differenz der Meinungen unter den Geburtshelfern zu verstehen. H. Stöger

Aus: Sth. med. J. 62: 925-928 (1969); cit. Gynäk. Rdsch. JO: 57-58 (1970)