Gynäk. Rdsch. 1984;24:56-57

Einfluss der äusseren Wendung des Fetus aus Beckenendlage in Schädellage in der Spätschwangerschaft auf die Sectionrate: eine kontrollierte Studie

G.J.

Hofmeyr

Department of Obstetrics and Gynecology, Johannesburg, South Africa

Im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie mit 60 Schwangeren in der 37. Schwangerschaftswoche mit Beckenendlage wurde bei 30 eine äussere Wendung des Fetus aus Beckenendlage in Schädellage vorgenommen. Bei 29 von 30 Patientinnen war die Wendung erfolgreich. Eine Geburt aus Beckenendlage erfolgte in nur 1 Fall (3%), bei der Kontrollgruppe in 20 Fällen (67 %). Die Sectionrate war 20 bzw. 43 % in der Kontrollgruppe. In 7 Fällen wurde die Wendung unter intravenöser Tokolyse durchgeführt. Komplikationen traten keine auf, in 6 Fällen konnte nach der Wendung eine kurzzeitige Tachykardie im Kardiotokogramm und in 1 Fall eine Schmierblutung festgestellt werden.

Der Autor stellt ausserdem eine neue Technik der äusseren Wendung vor, bei der die Schwangere auf einer schmalen Untersuchungs-liege in Seitenlage mit an der Wand abgestütztem Rücken gelagert wird. Die Vorteile gegenüber der bisher gebräuchlichen Rückenlage werden vor allem im Verhindern eines Vena-Cava-Syndroms sowie in der leichteren Möglichkeit des Manipulierens durch den Arzt gesehen.

Was die Durchführung der äusseren Wendung betrifft, so werden – wie von anderen Autoren in früheren Publikationen bereits beschrieben – folgende Forderungen gestellt:

Voraussetzungen: Durchführung der äusseren Wendung nicht vor der 37.

Schwangerschaftswoche; keine Narkose oder narkoseähnlicher Zustand, der die Schmerzkontrolle der Patientin aufhebt; Möglichkeit zur Notfallsectio; Kardiotokographie – Auswertung vor, während und nach dem Wendungsvorgang; Ultraschalldiagnostik vor und nach der Wendung.

Kontraindikationen: uterine Blutung (vor allem bei Placenta prae-via); Plazentainsuffizienz; Oligohydramnion; Gemini; andere Diagnosen,

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

57

die per se eine Indikation zur Sectio darstellen (z.B. fetomaternes Missverhältnis);

Vorderwandplazenta (relative Kontraindikation).

Komplikationen bei der äusseren Wendung sind nach Aussage des Autors praktisch nur auf Nichtbeachtung dieser Forderungen zurückzuführen.

Die Tatsache, dass durch die äussere Wendung die Sectionrate um ungefähr die Hälfte gesenkt werden konnte, ist für den Autor Grund zur Überlegung, ob das Risikoverhältnis zwischen einer äusseren Wendung und der durch eine höhere Sectionrate (in den Vereinigten Staaten zu 71 %) belasteten üblichen Geburt aus Beckenendlage – mit ihren anderen Risiken – nicht zuungunsten der letzteren ausfällt.

Für die Praxis ist dies als Routinemethode nicht zu empfehlen, da im allgemeinen die Möglichkeit einer optimalen Überwachung und vor allem einer Notfallsectio nicht immer gegeben sein wird.

Für die Klinik ist diese Aussage anhand einer Fallzahl von 60 Patientinnen nur bedingt zulässig. Eine grossangelegte Vergleichsstudie wäre hier von grösserem Nutzen.

M. Metka, Wien

Aus: Z. Geburtsh. Perinat. 187: 32–34 (1983); cit. Gynäk. Rdsch. 24: 57–59 (1984)

Ergebnisse der Plazentadurchströmungsmessung bei Patientinnen mit schwangerschaftsbedingter Hypertonie

R. Voigt, W. Stoll, Ch. Estel

Frauenklinik und Nuklearmedizinische Abteilung der Radiologischen Klinik des Bereiches Medizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena, DDR

D. Die Tatsache

dass die Spätgestose

oder besser «pregnancy-induced hypertension» (PIH)

mit einem Abfall der uterinen und damit der placentaren Durchblutung verknüpft ist weist darauf hin

dass zur Diagnostik und Einschätzung der fetalen Prognose bei Verdacht auf intrauterine Wachstumsretardation die Kenntnis der uteroplazentaren Durchblungsverhältnisse wünschenswert ist.

Nuklearmedizinische Plazentadurchströmungsmessungen erlauben semi-quantitative Hinweise auf die Durchblungsverhältnisse der fetoplazent-