Postpartales Vulvaödem nach der Entbindung im Gebärstuhl

R.C.		Goodlin
I.B.		Frederick

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Nebraska, Medical Center, Omaha, Nebr., USA

Goodlin und Mitarbeiter haben den Bericht von Ewing et al. über mütterliche Todesfälle in Zusammenhang mit postpartal aufgetretenen Vulva-ödemem zum Anlass genommen, in ihrem Patientengut das Auftreten von Vulva-ödemem zu untersuchen. Bei 11 Patientinnen wurde diese Komplikation verzeichnet, alle wurden während der Geburt sorgfältig überwacht und wiesen einen komplikationslosen Geburtsverlauf auf. Anhand einer detaillierten Fallbeschreibung wurden nun Ätiologie und Pathogenese untersucht.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

184

Eine 23jährige Primipara kam nach einem unauffälligen, jedoch etwas langsamen Geburtsverlauf (Eröffnungsperiode 14 h) mit verstrichenem Muttermund auf den Gebärstuhl. Sie wurde dort in einer aufrechten Position von etwa 75 ° – auf die Horizontale bezogen – gelagert. Die Austreibungsperiode, während der die Patientin von Beginn an angehalten wurde mitzupressen, dauerte 150 min. Während dieser Zeit wurde das Perineum zusehends ödematöser und rigider. Die Patientin äusserte selbst auch ein taubes Gefühl in diesem Bereich. Aus diesem Grunde wurde nur eine geringe Menge von Lokalanästhetikum (6 ml 1 % Lidocain) ins Perineum infiltriert und anschliessend eine ausgiebige mediane Episiotomie geschnitten, die dann sogar noch erweitert werden musste. Die Geburt selbst verlief komplikationslos, das Kind wog 3150 g und war in gutem Allgemeinzustand. Die Episiotomie wurde versorgt, dabei fiel ebenfalls ein ausgeprägtes Gewebsödem auf sowie die zufriedenstellende Wirkung der minimalen Menge des infiltrierten Lokalanästhetikums. Auch am 2. und 3. postpartalen Tag war das Vulvaödem noch vorhanden und ging erst langsam nach konservativen Massnahmen wie Sitzbäder und Bettruhe zurück. In einer retrospektiven Analyse zeigte sich, dass alle 11 Patientinnen, bei denen ein Vulvaödem aufgetreten war, länger als 2 h in einer relativ aufrechten Position im Gebärstuhl gepresst hatten (die übliche Länge der Austreibungsperiode, die die Patientinnen auf dem Gebärstuhl verbrachten, betrug weniger als 30 min).

Diese Art des Vulvaödems – folgern die Autoren – scheint also durchaus von der von Ewing beschriebenen Form, die mit maternalen Todesfällen assoziiert war, verschieden zu sein. Ein direkter Zusammenhang scheint mit der relativ aufrechten Position der Gebärenden und einer verlängerten Austreibungsperiode zu bestehen. Solche Vulvaödeme können den Autoren zufolge dazu beitragen, die Austreibungsperiode zu verlängern; sie können eine Erweiterung der Episiotomie nötig machen sowie eine postpartale Morbidität der Mutter verursachen, von der Unannehmlichkeit für die Patientin ganz abgesehen.

Durch eine nahezu horizontale Lagerung der Gebärenden während der Austreibungsperiode kann diese Komplikation – laut Meinung der Autoren – verhindert werden.

F. Für Klinik und Praxis ergibt sich aus dieser Arbeit
dass die Geburt im Gebärstuhl doch nicht ganz so problemlos zu sein scheint
wie häufig behauptet wird
und dass doch mit einer – wenn auch geringen – Anzahl sonst unerwarteter Komplikationen
gerechnet werden muss.

G. Smekal

Wien