Überwachung bei Geburtseinleitung durch intravaginale Applikation von Prostaglandin-E₂-Tabletten

W.		Motter
G.		Ralph
W.		Lichtenegger

Geburtsh.-gynäkol. Univ.-Klinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. W. Motter, Geburtsh.-gynäkol. Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die intravaginale Applikation von Prostaglandin (PG)-ErTabletten stellt eine effiziente Methode zur Zervixreifung und Geburtseinleitung am Termin dar. Ihr besonderer Vorteil ist die lange Mobilität der Gebärenden. Als Nachteil wird jedoch die nicht steuerbare Resorption angesehen. Insbesondere ist an das Vorkommen frequenter Wehen („PG-Wehen“) zu denken, wie sie gehäuft am Beginn der Wehentätigkeit nach PG-Induktion beobachtet werden. Ziel der Studie war es, die Auswirkungen der intravaginalen Applikation von 3 mg PG-E₂ in Tablettenform auf die Wehentätigkeit und die fetale Herzfrequenz in der frühen Eröffnungsphase zu untersuchen. Geburtsgut und Methodik

Bei 307 Erst- und Mehrgebärenden wurden 3 mg PG-E₂ (Prostin® E₂ Vaginaltabletten 3 mg, Fa. Upjohn) in Tablettenform intravaginal bzw. intrazervikal appliziert. Zum Zeitpunkt der PG-Gabe lagen keinerlei Risikofaktoren vor. Um die Einleitungsmethode per se beurteilen zu können, durften die Neugeborenen keinerlei Mangel-, Überreifezeichen oder Nabelschnurumschlingungen aufweisen. Bei Wehenbeginn bzw. spätestens 2 Stunden nach der PG-Applikation wurde die 1. CTG-Kontrolle durchgeführt. Bis zu einer Muttermundweite von 5 cm erfolgte eine diskontinuierliche externe CTG-Kontrolle.

Ergebnisse

Rasch aufeinanderfolgende, jedoch relativ schwache und damit schmerzarme Kontraktionen wurden meist nur innerhalb der ersten Stunden nach der PG-Gabe beobachtet (in über 10% der Fälle). Sie blieben bis auf einen Fall ohne größere Auswirkungen auf Mutter und Kind. Bei einer Mehrgebärenden kam es zu einer partiellen vorzeitigen Plazentalösung, die eine abdominale Schnittentbindung erforderlich machte. Auskunft über die Häufigkeit von CTG-Alterationen zwei Stunden nach der PG-Gabe, unter PG-Wehen sowie unter der Geburt, die Häufigkeit von intrauterin asphyktischen Zuständen (MBU < 7,2), die Sektiofrequenz und die Apgar-Werte nach 1 Minute gibt Tabelle 1.

Zusammenfassung

Die intravaginale Applikation stellt eine effiziente Einleitungsmethode am Termin dar. Auf Grund der nicht steuerbaren Resorption der PG-Tabletten ist jedoch eine genaue Überwachung der Wehentätigkeit bzw. der fetalen Herzfrequenz notwendig. Bei Fehlen von

Freie Vorträge (Geburtshilfe: Schwangerschaft)

143

Tabelle I. Komplikationen in Abhängigkeit von der Parität und der Zervixreife (Angaben in Prozenten)

Parität Zervixreife * Fallzahlen
CTG-Alterationen nach 2 St. **
PG-Wehen u. CTG-Alterationen***
CTG-Alterationen sub partu
präpartale Azidose (pH < 7,2)
Sektiofrequenz
Apgar < 7 nach 1 Minute

EG = Erst-, MG = Mehrgebärende; * = Zervixreife nach Bishop; ** = variable und späte
Dezelerationen, Oszillationseinengung; *** = 1 Sektio: MG, partielle vorzeitige Plazentalösung
Risikofaktoren zum Zeitpunkt der PG-Gabe („elektive Geburtseinleitung am Termin“) sollte die
1. CTG-Kontrolle bei Wehenbeginn oder spätestens 2 Stunden nach der PG-Gabe erfolgen. Eine
diskontinuierliche externe CTG-Überwachung (alle 2-3 Stunden, je nach Wehentätigkeit) in der
frühen Eröffnungsphase ist empfehlenswert.
Literatur beim Verfasser