Geburtsleitung nach vorausgegangener Kaiserschnittentbindung

A.		Schneider
W.		Eiermann
U.		Pfeiffer
H.		Hepp

Frauenklinik im Klinikum Großhadern, der LML München (Direktor: Prof. Dr. H. Hepp)

Dr. A. Schneider, Universitäts-Frauenklinik im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, D-8000 München 70

Angesichts steigender Sektiofrequenz stellt sich zunehmend das Problem der Geburtsleitung nach vorausgegangener Schnittentbindung. Eine retrospektive Analyse unseres Krankenguts zwischen Januar 1984 und April 1986 soll die mit der Geburtsleitung dieser Risikogruppe verbundenen Probleme darstellen. Bei einer Gesamtgeburtenszahl von 3.710 Geburten in diesem Zeitraum wurden 300 Patientinnen (8,1%) im Z. n. Sectio entbunden. 86,7% der Frauen hatten einen Kaiserschnitt, 13% zwei und 0,3% drei in der Anamnese. In der Gruppe mit einer vorausgegangenen Sectio (n = 260) wurde bei 191 (73,5%) der Frauen der Versuch der vaginalen Entbindung (WE) indiziert. Von dieser Gruppe konnten 133 (69,6%) vaginal entbunden werden. Bei 58 Frauen (30,4% der VVE-Gruppe) mußte eine sekundäre Sectio aus unterschiedlichen Gründen durchgeführt werden. Eine primäre Sektio wurde bei 69 (26,5%) der Frauen im Z. n. einmaliger Sectio durchgeführt. Eine weitere Aufschlüsselung in Zweitgebärende oder Mehrgebärende bei Z. n. einmaliger Sectio ergab eine vaginale Entbindung bei 68,6% der Mehrgebärenden, verglichen mit 48,4% der Zweitgebärenden. Falls die Erstsectio nur wegen Beckenendlage durchgeführt wurde (n = 75), konnten 66,7% der Patientinnen vaginal entbunden werden. Bei Patientinnen im Z. n. einmaliger Sectio wegen Mißverhältnis (n = 45) betrug die vaginale Entbindungsrate 26,7%. Wenn die Erstsectio aus anderen Gründen durchgeführt wurde (n = 140), wurden 50,7% des Kollektivs vaginal entbunden.

Freie Vorträge

224

Eine Analyse des Entbindungsmodus bei den 133 vaginal entbundenen Frauen zeigte einen Spontanpartus bei 80 Patientinnen (59,9%); 33 (25,0%) wurden per Vakuumextraktion, 15 (11,4%) per Forceps und eine Patientin per Vakuum-Forceps entbunden. 3% der Geburten waren assistierte Beckenendlageentbindungen (n = 4). Es waren keine vaginal-operativen Entbindungen notwendig bei Patientinnen, die schon vaginal entbunden hatten (n = 24). Bei 38,2% der VVE-Gruppe wurde Oxytocin als Dauerinfusion verabreicht. 23% der Patientinnen erhielten zusätzlich eine Periduralanästhesie (KPDA) unter der Geburt. Bei 24,6% der Patientinnen wurde eine intrauterine Druckmessung durchgeführt, d. h. bei allen Patientinnen mit einer KPDA. Die Geburtsleitung erfolgte stets unter Intensivüberwachung. In der Gruppe im Z. n. einmaliger Sectio (n = 260) stellten wir 14 gedeckte Rupturen fest (5,4%). Bei der primären Sectio wurden 6 Fälle, bei der sekundären Sectio 8 Fälle festgestellt. Bei der obligatorischen Nachtastung nach vaginaler Entbindung (n = 133) konnten wir keine Ruptur feststellen. Mütterliche und kindliche

Todesfälle waren nicht zu verzeichnen. Die mütterliche Morbidität zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen nach primärer und sekundärer Sectio und nach vaginaler Geburt. Die Apgar-Werte nach 1 Minute zeigten einen signifikanten Unterschied zugunsten des vaginalen Entbindungsmodus ($p \leq 0,005$ X2). Nach 10 Minuten war der Unterschied nicht mehr signifikant.

Zusammenfassung

Nach strenger Indikationsstellung wurde bei 26,5% der 260 Patientinnen im Z. n. einmaliger Sectio eine primäre Re-Sectio indiziert. Bei 73,5% fand ein vaginaler Entbindungsversuch statt. Diese Gruppe wurde intensivst überwacht mit CTG, RR, Puls, Narbenkontrolle und wo indiziert ODI, KPDA und IUD. Bei 22,3% der 269 Patientinnen mußte eine sekundäre Sectio durchgeführt werden. 51,2% der 260 Patientinnen konnten vaginal entbunden werden. Die vaginal-operative Entbindungsrate lag bei 37,2%, im Bestreben die Austreibungsperiode zu verkürzen. Bei allen Patientinnen wurde die Narbe nachgetastet. Bei keiner der Patientinnen nach vaginaler Entbindung konnte eine Ruptur festgestellt werden.

Literatur beim Verfasser.