Geburtseinleitung mit Prostaglandin E2 Vaginaltabletten

L.		Schausberger
W.		Moser
E.		Golob

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Landeskrankenhauses Steyr (Vorstand: Prim. Prof. Dr. E. Golob)

Dr. L. Schausberger, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Landeskrankenhauses Steyr, Sierninger Straße 170, A-4400 Steyr (Österreich)

Abgesehen von Überlegungen über die medizinische Notwendigkeit einer Geburtseinleitung erhebt sich die Frage nach der Verfügbarkeit erfolgversprechender Einleitungsverfahren. In den letzten Jahren gewinnt die vaginale Verabreichung von PG E2 mit dem Ziel der Portioreifung und Wehenauslösung zunehmende Bedeutung. Von der Handhabung ist diese Applikationsform einfach, nicht invasiv und für die Gravide nicht belastigend. Nachteilig ist die fehlende Steuerungsmöglichkeit bei der intravaginalen Applikationsform. In einer Studie an der eigenen Abteilung erhielten 100 Schwangere ohne Wehen zwischen der 38. und 42. Woche intravaginal 3 mg PG E2. Vor der Tabletteneinlage wurde der Geburtstermin durch die klinische Untersuchung und durch einen Ultraschallbefund bestätigt. Die Zervix wurde nach einem modifizierten Bishop Score beurteilt. Nach Parität und erhobenem Zervixbefund wurde das Patientinnenkollektiv in 2 Gruppen unterteilt.

Nulliparae	Multiparae
Rh	Ç
Bishop Score	
r	über 4

Nach der Geburtsvorbereitung wurde eine Tablette mit 3 mg PG E2 in den hinteren Fornix vaginae eingelegt. Anschließend genaue Überwachung der Graviden mittels Kardio-tokographie. Bei Nichteinsetzen der Wehentätigkeit oblag es dem Geburtshelfer, frühestens 6 Stunden nach Tabletteneinlage eine neuerliche Tablette einzulegen.

Bei eingetretener Wehentätigkeit (4 Wehen innerhalb von 10 Minuten) und einer Muttermundsweite von 3 bis 4 cm wurde in 66 Fällen eine tiefe Amniotomie durchgeführt. Zusätzlich erhielten 44 Gebärende im Laufe der Eröffnungsphase Syntozinon intravenös. Die weitere Geburtsleitung hinsichtlich der Medikation von Analgetica erfolgte nach den üblichen klinischen Richtlinien.

Ergebnis: Spontanpartus 84; Sektio 11; Vakuumextraktion 5

Bei 84 Frauen erfolgte eine vaginale Spontangeburt. Die Rate der vaginal operativen Entbindungen betrug 5%, die Sektiofrequenz 11%, wobei 3 Beckenendlagen per Sektio entbunden wurden. Außer 6 Frauen hatten alle innerhalb 24 Stunden entbunden.

Freie Vorträge, Geburtshilfe 258

Bei 23 Nulliparae traten innerhalb von 5 Stunden Wehen auf, ebenso bei 32 Multiparae. Wirkungseintritt nach 3 Mg PG E2 intravaginal

Bei ungünstigem Zervixscore hatten die Nulliparae nach 14 Stunden, die Multiparae nach 12 Stunden entbunden. Bei günstigem Score betrug die Entbindungszeit bei Nulliparae 10, bei Multiparae 7 Stunden.

Geburtsdauer (in Stunden) nach 3 MG PG E2 intravaginal

Zervixscore bis 4 über 4

Nulliparae $14,83 \pm 9,33$ $10,78 \pm 5,67$

Multiparae $12,20 \pm 3,79$ $7,75 \pm 3,73$

An Hand der nächsten Zusammenstellung fällt die sehr kurze Zeitspanne zwischen der Amniotomie und der Entbindung auf. Dasselbe konnte auch beim spontanen Blasensprung beobachtet werden.

Geburtsdauer (Std.) nach 3 MG PG E2 intravaginal plus Amniotomie

Zervixscore bis 4 über 4

Nulliparae $10,15 \pm 6,25$ $3,59 \pm 3,00$

Multiparae $1,15 \pm 0,25$ $1,46 \pm 1,00$

Die perinatale Mortalität war null, zwei Neugeborene – davon eines mit einer Trisomie 21 – hatten einen 5 Minuten Apgar schlechter als sieben. Insgesamt lag die Operationsfre-quenz nach intravaginaler Prostaglandingabe etwas höher als im gesamten geburtshilflichen Material der Abteilung.

Generell wurde die Wirksamkeit der intravaginalen Applikation von 3 mg PG E2 Tabletten 53mal als sehr gut, 41mal als gut und 6mal als unbefriedigend beurteilt.

Unsere Ergebnisse ähneln den Erfahrungen anderer Autoren. Abschließend muß gesagt werden daß bei der medizinisch notwendigen Geburtseinleitung – vor dem Termin -mit ungünstigem Zervixbefund auch dem PG E2 eine gewisse Versagerquote anhaftet.