Die Claviculafraktur – Ätiologie und Prophylaxe

H.		Schröcksnadel
K.		Heim
O.		Dapunt

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. H. Schröcksnadel, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Der Schlüsselbeinbruch des Neugeborenen ist das bei weitem häufigste knöcherne Geburtstrauma. Die Inzidenz der Claviculafraktur schwankt in den entsprechenden Literaturangaben beträchtlich. Eine neuer Studie an zwei österreichischen Kliniken 1986 hat Werte von 2,6–4,9% auf 100 Geburten ermittelt. An der Universitätsfrauenklinik Innsbruck hatten wir 1983 und 1984 70 Frakturen bei 3.455 Spontanentbindungen zu verzeichnen (= 2%). Da uns diese Zahl in Anbetracht der deutlich verbesserten perinatalen Mortalität und Morbidität als zu hoch erschien, wurden die Frakturen dieser zwei Jahre retrospektiv ausgewertet, um Ursachen und prädisponierende Faktoren zu erkennen.

Mitteilungen zum 4. Hauptthema

151

Mütterliche Parameter wie Alter, Größe oder pathologische Beckenform wichen nicht von der normalen Bevölkerung ab. Bezüglich der Parität fanden wir im Gegensatz zur Literatur eine Verschiebung zugunsten der Primiparae, die in 44,3% betroffen waren.

An kindlichen Faktoren zeigte sich ausschließlich das höhere Geburtsgewicht als relevant. Nur 3 Schlüsselbeinbrüche traten bei Kindern unter 3000 g auf. Das errechnete Durchschnittsgewicht aller betroffenen Neugeborenen betrug 3750 g.

Eine Abhängigkeit der Frakturhäufigkeit von Kindslage bzw. Entbindungsmodus konnte festgestellt werden: Bei der Sektio sahen wir nie eine Fraktur. Die Inzidenz bei spontan entbundenen Schädellagen und Beckenendlagen war mit 2% praktisch gleich. Die Werte von 3–4% bei vaginal entbindenden Operationen wie Forzeps oder Vakuum waren zu erwarten.

Bei der Analyse der Astrapwerte zeigte sich nur bei 3 Neugeborenen eine schwere Azidose, im 5 Minuten-Apgar war nur ein Kind unter sieben.

Hingegen bestanden gegen Ende der Austreibungsperiode (hier im besonderen in der Preßperiode) bei vielen Frauen pathologische CTG-Veränderungen, die zu diesem Zeitpunkt der Geburt wohl nicht mehr als besonders gravierend einzustufen sind. Hier wurde durch Überinterpretation von CTG-Phänomenen ein fetaler Gefahrenzustand angenommen, der akut beseitigt werden mußte. Die Reaktion erfolgte zu traumatisch im Sinne einer zu forschenden Kristeller'schen Expression oder einer vorzeitigen Episiotomie bei nicht ausrotiertem Schädel. Die unphysiologische Verkürzung der Austreibungsperiode betraf auch die Hebammen, die unter der Annahme eines fetalen distress am gerade geborenen Kopf zogen und in der Folge die äußere Drehung nicht mehr in entsprechender Weise abwarteten.

Aber die fetal outcome Werte zeigten uns, daß unter normalen Bedingungen auch für diese Phase der Geburt durchaus suffiziente Kompensationsmechanismen bestehen und ein zu traumatisches Vorgehen sich nicht rechtfertigen läßt.

Natürlich ist nach wie vor die Vermeidung einer fetalen Gefahrensituation oberstes Gebot. Aber unter Beachtung gewisser Verhaltensweisen gelang es, die Frakturhäufigkeit (bezogen auf alle Geburten) ohne Verschlechterung des fetal outcome von 2% (1983) auf 1,5% (1984) sowie 1,25% in den folgenden Jahren zu senken.

Literatur beim Verfasser