4. Hauptthema: Vorschläge zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität

Gynäk. Rdsch. 1988;28(suppl. 2):157-158

Oxytocin-Belastungstest durch Mamillenstimulation

H.		Schröcksnadel
M.		Sachsenmaier
E.		Holböck

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

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

Eine Oxytocinfreisetzung in der Neurohypophyse kann gegen Ende der Gravidität durch Berührung oder Massage der Brustwarzen erreicht werden, wobei es in der Folge am Uterus zu Kontraktionen kommt. Diesem Phänomen wurde in den letzten Jahren in den USA zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet und es erfolgte eine Einbeziehung in Diagnostik und Therapie. Die Erfahrungen in der Literatur weisen jedoch bezüglich der Ergebnisse als auch in der Methodik große Unterschiede auf. Teilweise wird über beträchtliche Nebenwirkungen wie uterine Hyperstimulation im Sinne von Tachysystolie bzw. prolongierten Wehen (mit einer Dauer über 90 Sekunden) berichtet.

Mitteilungen zum 4. Hauptthema

158

An unserer Klinik wurden 97 Frauen am Geburtstermin oder darüber unter Wahrung der nötigen Sicherheitsmaßnahmen (anwesender Arzt oder Hebamme, bereitstehende Tokolyse) einer unilateralen Mamillenstimulation unterzogen. Diese wurde von den Patientinnen selbst manuell durch vorsichtige Massage, teilweise durch die Kleidung, ausgeführt. Die CTG-Schreibung erfolgte 10–15 Minuten vor bzw. nach sowie während der Stimulation. Es handelte sich in 60% um Primiparae. Zwei Drittel der Patientinnen hatten eine unauffällige

Schwangerschaftsanamnese, zu einem Drittel waren EPH-Gestosen und sonstige pathologische Schwangerschaften vertreten, wobei 10% der Frauen einen grenzwertig abnormen non-stress-Test aufwiesen.

Bei insgesamt 112 Stimulationen wurde 100 × kontinuierlich, 12 × intermittierend gearbeitet. Die Gesamtdauer der Stimulation betrug je zu einem Drittel 5–8 Minuten, 9–15 Minuten oder über 15 Minuten. Bei 70 Tests konnte die für einen contraction stress Test nötige Anzahl von drei Wehen pro 10 Minuten innerhalb kurzer Zeit erreicht werden. Bei diesen trat die erste Kontraktion zum größten Teil innerhalb eines Zeitraumes von 1,5–3,5 Minuten auf. Wenn nach 15 Minuten keine Wehen zu verzeichnen waren, konnte der Test als nicht erfolgversprechend abgebrochen werden.

Bei 31 Patientinnen war ein inadäquates Ansprechen (weniger als drei Wehen pro 10 Minuten), bei 11 Fällen kein Ansprechen zu beobachten. Bei der Hälfte der Frauen mit Wehen sistierten dieselben nach Ende der Stimulation, bei der anderen Hälfte bestanden noch über einige Zeit weitere Kontraktionen. 16 von 97 Patientinnen wurden in den nächsten 48 Stunden ohne weitere medikamentöse Wehenförderung entbunden (von diesen 4 innerhalb von 12 Stunden, 10 innerhalb von 24 Stunden). Insgesamt traten 7 als pathologisch zu bewertende Mamillenstimulationstests auf, wobei die CTG-Phänomene bei 6 Patientinnen ebenfalls im OBT

bzw. sub partu reproduziert werden konnten. Nur bei einer Patientin kam es zu einem Hyperstimulationssyndrom mit prolongierten Wehen und Tachy-systolie sowie entsprechenden Herzfrequenzveränderungen (zunächst im Sinne einer Deze-leration, die von einer Tachykardie mit saltatorischem Muster abgelöst wurde). Die CTG-Veränderungen sistierten nach kurzfristiger Tokolyse und nach 12 Stunden kam es zu einer unauffälligen Spontangeburt mit gutem fetal outcome bei straffer Nabelschnurumschlingung um den Hals. 6 × traten prolongierte Wehen über 90 Sekunden ohne Herzfrequenzveränderungen auf.

Unter 97 Frauen wurden 90 spontan entbunden, die fetal outcome Werte waren mit Ausnahme von 4 schweren Azidosen zufriedenstellend.

Bei 23 Patientinnen, die einen Stimulationstest und einen OBT erhielten, sprachen 10 in beiden adequat an. Bei weiteren 10 nicht ansprechenden Patientinnen konnten im OBT ausreichende Kontraktionen erzielt werden, in 3 Fällen war bei beiden Tests keine Wehenin-duktion möglich. Durch zunehmende Erfahrung mit der Methodik wurde die Mamillenstimulation für uns besser steuerbar und im besonderen durch die intermittierende Verabreichung (nach Huddleston) sowie das Aussetzen während der Kontraktion ließen sich Überstimulation oder Tachysystolie auf ein Minimum reduzieren. Die Akzeptanz der Untersuchung durch die Frauen war äußerst gut, ihre Anwendung ist aber nur unter ärztlicher Kontrolle bei laufender CTG-Überwachung denkbar.

Literatur beim Verfasser