Section versus vaginale Entbindung der Beckenendlage bei Primiparae

M.		Stiglbauer ^a
P.		Sevelde ^b
N.		Vavra ^b
M.		Weninger ^c
W.		Sterniste ^d
P.		Wagenbichler ^a

^aSemmelweis-Klinik Wien (Vorstand: Dr. P. Wagenbichler) ^bI. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Dr. E. Gitsch) ^cUniversitäts-Kinderklinik Wien (Vorstand: Dr. C. Groh) ^dKinderklinik Glanzing (Vorstand: Dr. A. Rosenkranz)

Dr. M. Stiglbauer, Semmelweis-Klinik, Bastiengasse 36-38, A-1180 Wien

Das Management der BEL ist nach wie vor Thema kontroversieller Diskussionen. Der Trend der 70er Jahre zur generellen Sectio caesarea, vor allem der Primipara, scheint in Frage gestellt, zumindest erschienen zahlreiche Arbeiten im deutschen und anglo-amerikanischen Raum, die die vaginale Entbindung unter gewissen Voraussetzungen rechtfertigen. Die perinatale Mortalität und Morbidität der BEL ist – wie die „Standardkommission BEL“ 1983 bemerkt, durch eine Reihe von Faktoren bestimmt, von denen der Geburtsmodus nur einer ist.

Obwohl von einigen Autoren die perinatale Morbidität unabhängig von der Parität als gleichhoch angegeben wird, ist es doch die Primipara, bei der die vaginale Entbindung als besonders hohes Risiko gilt. Dies zu untersuchen war Zweck unserer Arbeit.

Eine prospektive Randomisierung ist aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich, wir haben daher die Ergebnisse zweier Kliniken zusammengezogen, von denen die eine die BEL traditionell konservativ behandelt, die andere überwiegend die primäre Sectio anstrebte. Ziel war es also nicht, die beiden Häuser zu vergleichen, sondern die Methodik an sich.

Tabelle I.

I. Univ.-FK Semmelweis-FK
1983–1988/III 1986–1988/III

primip BEL	173	182		
Sectio caesarea	144	83,2%	23	12,6%
vaginale Entbindung	29	16,8%	159	87,4%

Freie Vorträge (Geburtshilfe)

320

In den einzelnen Gewichtsguppen fanden sich folgendes Verhältnis von Sectio zu vaginaler Entbindung:

Tabelle II.

In den Gruppen unter 1500 g kam es unabhängig vom Geburtsmodus zu je 2 perinatale Todesfälle, die Anzahl der perinatal geschädigten Kinder ist ebenfalls ident, es findet sich je ein schwer und zwei leicht neurologisch behinderte Kinder.

In dieser Gruppe kann auf Grund der geringen Fallzahl und der naturgemäß durch Unreife bedingten Schäden keine weitere Aussage getroffen werden.

In der Gruppe über 1500 g ist abgesehen von lebensunfähigen Mißbildungen kein Kind verstorben. Das Kriterium der qualitativ hochstehenden Geburtshilfe ist hier also nicht mehr die perinatale Mortalität, sondern die Morbidität, insbesondere die Spätmorbidität. Zu deren Beurteilung haben wir die Nachuntersuchung aller transferierten Kinder herangezogen und es findet sich hier nur ein vaginal entbundenes Kind mit einer Plexusparese, deren derzeit noch bestehende zehnpromtente Bewegungseinschränkung als prognostisch sehr günstig beurteilt wird.

Verschiedene Untersuchungen beschreiben eine spätere Beeinträchtigung der vaginal entbundenen Kinder in bezug auf Feinmotorik, Intelligenz oder Schulleistung. Die Methodik dieser Untersuchungen ist – und da sind sich alle Autoren einig – anfechtbar, unter anderem auch wegen der fehlenden Includierung pränataler Faktoren wie zum Beispiel Diabetes, Gestose oder Geburtsalter. Um unsere erfreulichen Ergebnisse der vaginalen Entbindung bestätigen zu können, haben wir gemeinsam mit den Pädiatern einen Fragebogen entworfen, der ab dem 2. Lebensjahr hinreichend Auskunft über die psychomotorische Entwicklung der BEL-Kinder geben soll. Ich hoffe, Ihnen die Ergebnisse dieser Langzeitstudie in Zukunft vorstellen zu können.

Aus den bisherigen Untersuchungen
die Frühmorbidität betreffend
geht hervor

daß die Sectio bei Erstgebärenden mit BEL keine Verbesserung der Mortalität und Morbidität erbringt

allerdings unter der Voraussetzung

daß eine ausreichende Erfahrung im Management der BEL gegeben ist.