Sectio bei Frühgeburten zwischen der 26. und 32. Schwangerschaftswoche

G.		Häusler ^a
W.		Gruber ^a
M.		Weninger ^b

^aII. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch) ^bUnivers.-Kinderklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. R. Urbanck)

Dr. G. Häusler, II. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Fortschritte im Bereich der Neonatologie sowie der Intensivmedizin ermöglichen immer jüngeren und kleineren Frühgeborenen ein Überleben. In dem Bestreben die best-mögliche Ausgangssituation für dieses Risikokollektiv zu schaffen, wird auf der Seite der Geburtshelfer vor allem die Frage des Entbindungsmodus diskutiert.

Ziel der vorliegenden retrospektiven Studie war es, den Einfluß des Entbindungsmodus bei Frühgeburten zwischen der 26. und 32. Schwangerschaftswoche auf die peri-natale Mortalität zu untersuchen. Ebenso wurde der Wandel der Indikationsstellung zur Schnittentbindung diskutiert.

Methodik

Einbezogen wurden alle Frühgeburten zwischen der 26. und der 32. Schwangerschaftswoche, die an der II. Uni-vers. Frauenklinik Wien im Zeitraum von 1977-1991 registriert wurden. Dieser Zeitraum wurde in drei Fünfjahresgruppen unterteilt (I: 1977-1981, II: 1982-1986, III: 1987-1991). Wobei von den insgesamt 533 berücksichtigten Frühgeburten 190 auf den ersten Fünfjahresabschnitt, 182 auf den zweiten und 161 auf den dritten entfielen. Der prozentuelle Anteil dieser Frühgeburten an allen registrierten Geburten betrug 2,75 % im ersten Beobachtungszeitraum, 2,63 % im zweiten und 2,32 % im dritten und blieb somit nahezu unverändert. Zwischen diesen drei Kollektiven bestanden keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf Mißbildungen, Mehrlingsgeburten, die Gewichts- und Längenmittelwerte, sowie die Verteilung der Geschlechter.

Nach Bereinigung des Gesamtkollektives verblieben 400 Frühgeburten, die in die Analyse aufgenommen wurden. Wobei neben den Geburten intrauterin verstorbenen oder aufgrund einer Mißbildung nicht lebensfähiger Feten auch jene mit nicht eindeutig definiertem „outcome“ ausgeschieden werden mußten.

Untersucht wurde die perinatale Mortalität in Abhängigkeit vom Entbindungsmodus und dem Gestationsalter. Ebenfalls untersucht wurde das Überleben im Falle einer Transferierung eines Frühgeborenen.

Ergebnisse

Von den 400 Frühgeburten erfolgten 217 (54,25%) spontan, 150 (37,50%) mittels Schnittentbindung und 33 (8,25 %) durch andere geburtshilfliche Operationen (Forceps, Manualhilfe). Die Überlebensrate betrug insgesamt 75,25 %, zeigte jedoch im zeitlichen Verlauf eine gering steigende Tendenz, von 75,2 % (I), auf 77,6 % (II) und 81,3% (III).

Die Überlebensraten, gegliedert nach Entbindungsart wiesen keine wesentlichen Unterschiede auf. So überlebten 76,0 % der vaginal entwickelten, 74,0 % der auf abdominalen Weg geborenen und 75,7 % der durch andere geburtshilfliche Operationen entbundenen Neonaten. Betrachtet man das Gesamtkollektiv nach Schwangerschaftswochen gegliedert, findet man bessere Ergebnisse nach Schnittentbindung gegenüber einer spontanen Entwicklung bis zur 30. Schwangerschaftswoche. In der 31. Schwangerschaftswoche sind die Ergebnisse vergleichbar, ab der 32. Schwangerschaftswoche erreicht die Spontangeburt das bessere „fetal outcome“. Die Sectiofrequenz stieg von 29,2% im ersten, auf 40,7 % im zweiten und letztlich 50,4 % im dritten Beobachtungszeitraum. Noch deutlicher fiel die Zunahme der Schnittentbindungen bei den sehr jungen Frühgeburten aus. So vergrößerte sich bei den vor der 30. Schwangerschaftswoche entbundenen Frühgeburten der Anteil der Schnittentbindungen von 10,6 % (I), auf 39,5 % (II) und schließlich 57,5 % (III). Insgesamt betrug der Anteil der Schnittentbindungen 37,5 %.

Differenziert man das „outcome“ nach Geburtsmodus, läßt sich eine gegenläufige Entwicklung beobachten. Einer

Verbesserung der Ergebnisse bei den Spontangeburt von 74,1 % (I) auf 77,7 % (II) und 90,1 % (III), steht eine Verschlechterung bei den Sectiones von 79,5 % (I) auf 77,4 % (II) und 72 % (III) gegenüber.

Als mögliche Erklärung für diese Entwicklung könnte neben der bereits erwähnten deutlichen Zunahme der Sectiofrequenz, vor allem bei dem „high-risk“-Kollektiv der jungen Frühgeborenen, eine negative Auslese geltend gemacht werden.

Der Einfluß des Entbindungsmodus auf das „fetal outcome“ bei Vorhandensein zusätzlicher Risikofaktoren wurde ebenfalls analysiert.

Die Gruppe der Frühgeborenen mit dem Zusatzkriterium Beckenendlage, bzw. Querlage wies dabei eine statistisch signifikant bessere Überlebensrate ($p < 0,03$) bei Schnittentbindung gegenüber der Spontangeburt auf. Es überlebten 78,3 % der abdominal geborenen Feten gegenüber 41,7 % der vaginal entwickelten.

Die Gruppe der Frühgeborenen mit dem Zusatzkriterium < 28 . Schwangerschaftswoche zeigte ebenfalls Vorteile der Schnittentbindung auf, ohne jedoch statistische Signifikanz zu erreichen. Bei einer nahezu gleich gebliebenen Transferierungsrate (I: 84,0 %, II: 78,2 %, III: 83,7 %), konnte die perinatale Mortalität von 21,1 % der transferierten Frühgeborenen im ersten Fünfjahresabschnitt, auf 12,7 % im zweiten und 11,7 % im dritten gesenkt werden.

Diskussion

Die Ergebnisse unterstreichen die derzeit gültigen Regeln nach denen die Indikation zur Sectio caesarea bei Frühgeborenen gestellt wird. Als absolute Indikationen zur Schnittentbindung müssen weiterhin die Beckenendlage sowie das Vorhandensein zusätzlicher Risikofaktoren gelten. Als relative Indikation zur abdominalen Geburt, mit jedoch großzügiger Handhabung, sollte ein Gestationsalter kleiner 28 Schwangerschaftswochen betrachtet werden.

Der deutliche Anstieg der Sectiofrequenz in den letzten 15 Jahren dürfte zumindest teilweise, neben den Verbesserungen in der Intensivmedizin und Neonatologie, an der gesteigerten Überlebensrate beteiligt sein. Insbesondere unter Berücksichtigung der mit Spontangeburt vergleichbaren Überlebensraten des Sectiokollektives, bei ungleich höherem, präpartalem Risikopotential dieser Gruppe.

Literatur beim Verfasser.