III. Hauptthema

Gynäkol Geburtsh Rundsch 1994;34(Suppl 1):55-56

Einfluß geburtshilflicher Faktoren auf das Ergebnis der Prostin-einleitung vor und nach dem Termin

R.		Wisleitner-Fennesz
A.		Mima
A.		Schröck
H.		Salzer

Gynäkol.-Geburtsh. Abt. Wilhelminenspital Wien (Vorst.: Univ.-Prof. Dr. H. Salzer)

Dr. Raimund Wisleitner-Fennesz, Gynäkol.-Geburtsh. Abt. Wilhelminenspital der Stadt Wien, Montleartstraße 37, A-1160 Wien

Es ist aufgefallen, daß es im klinischen Routinebetrieb an un-serer Abteilung subjektiv gesehen eine relativ hohe Versagerquote bei Prostin-einleitungen gibt. Um diesen subjektiven Eindruck zu objektivieren, haben wir eine retrospektive Studie an Patientinnen mit Prostin-einleitung im Beobachtungszeitraum vom 1. 3. 1993 bis 31. 3. 1994 durchgeführt. In diesem Zeitraum kam es zu 1497 Ge-burten von denen 200 = 13,4 % mit Prostin eingeleitet wurden.

Wir verwendeten Miniprostin E2 Vaginal Tabletten 3 mg, sowie Pripidil E2 Gel 500 µg.

Ergebnisse

Unter den 200 eingeleiteten Schwangeren befanden sich 71 mit Pathologien, davon wurden 48 vor und 23 nach dem Geburtstermin eingeleitet. Aus dem Kollektiv der gesunden 129 Schwangeren wurden 19 vor und 110 nach dem Geburtstermin eingeleitet. Insgesamt ergibt dies 67 Einleitungen vor, sowie 133 nach dem Geburtstermin.

Den Einleitungsversuch haben wir folgendermaßen definiert:

Ein Einleitungsversuch wurde negativ bewertet, wenn nach maximal 3 aufeinanderfolgenden Prostin-gaben (Gel oder Tablette) keine progressive MM-Eröffnung – d. h. Veränderung des Bishop Scores um mindestens 3 Punkte – innerhalb von 24 Stunden nach der letzten Gabe erfolgte.

Als Versager haben wir willkürlich jene Fälle angenommen, bei denen auch mit mehreren Einleitungsversuchen keine progressive MM-Eröffnung innerhalb von 24 Std. nach der letzten Prostin-gabe erfolgte.

Unter diesem Aspekt kam es vor dem Geburtstermin zu 16 Versagern = 24 % (von 67 vor GT). Bei Patientinnen, die nach dem Geburtstermin eingeleitet wurden, kam es zu 22 Versagern = 17% (von 133 nach dem GT). Somit ergab dies bei unserem Ge-samtkollektiv von 200 Schwangeren eine Versagerquote von 19%.

Eine andere Möglichkeit der Versagerdefinition wäre die Versager pro Einleitungsversuch zu zählen. Insgesamt hatten wir bei 200 mit Prostin eingeleiteten Schwangeren 237

Einleitungsversuche. Vor dem Geburtstermin 33 % Versager bei 85 % Pathologien, nach dem Geburtstermin 17% Versager bei 18% Pathologien. Während nach dieser Betrachtungsweise – Versager bezogen auf die Einleitungsversuche – die Versagerquote nach dem Geburtstermin im Vergleich

zur Betrachtung bezogen auf das Gesamtkollektiv gleich bleibt, muß vor dem Geburtstermin in V3 der Fälle mit einem Versager der Prostin-einleitung gerechnet werden. Die Ergebnisse der Prostin-einleitung bei Schwangeren mit und ohne Pathologie bei Ter-minüberschreitung haben wir ebenso untersucht. und sind zu fol-genden Ergebnissen gekommen: Schwangere mit Terminüber-schreitung ohne Pathologie konnten in 83,6 % , Schwangere mit Ter-minüberschreitung mit Pathologie in 82,6 % erfolgreich eingeleitet werden. Da der Erfolg der Einleitung beider Gruppen prozentuell nur minimal differiert, kann man sagen, daß die Versagerquote der Prostin-einleitung bei normaler und pathologischer Schwangerschaft bei Terminüberschreitung annähernd gleich hoch ist.

Unter den 71 pathologischen Schwangerschaften haben wir folgende beobachtet:

Aus den angegebenen Zählen ist ersichtlich, daß beim Blasensprung kein Versager gefunden werden konnte. Die höchste Versagerquote lag bei Gestose, fetalem Distreß Infektion und Wachstumsretardation. Betrachtet man nun die Versager der Prostin-einleitung bei pathologischer Schwangerschaft bezogen auf die Einleitungsversuche, fanden wir bei eben denselben wie oben angeführten Pathologien die höchste Versagerquote. wenn auch in höherer Prozentzahl, bedingt durch eingangs erwähnte Mehrzahl der Einleitungsversuche. Daraus kann man schließen, daß bei Pathologien eine vermehrte Anzahl von Einleitungsversuchen notwendig ist. um zu einem erfolgreichen Ergebnis zu kommen.

Bei der Aufschlüsselung der Versager der Prostin-einleitung be-zogen auf die Einleitungsversuche stellten wir fest, daß beim 1. Versuch 69% der Pathologien sowie 76% der Gesunden er-folgreich eingeleitet werden konnten. ab dem 3. Versuch jedoch nur mehr 22 % der Pathologien und 33 % der Gesunden erfolgreich eingeleitet werden konnten: d. h. mit zunehmenden Einleitungs-versuchen steigt die Anzahl der Versager sowohl bei Pathologien als auch bei Gesunden signifikant an.

Ebenso haben wir die Einleitbarkeit in Zusammenhang mit dem Bishop Score untersucht, wobei sich folgende Ergebnisse zeigten: Die höchste Versagerquote fanden wir mit 36% bei der unreifen Portio, während sie bei Bishop Score größer als 7 nur noch 9 % be-trug.

Entsprechend der Literatur fanden wir bei Erstgebärenden eine deutlich höhere Versagerquote als bei den Zweit- und Drittge-bärenden. Auffallend ist, daß bei Vielgebärenden die Versagerquote wieder ansteigt.

Diskussion

Die Ergebnisse unserer retrospektiven Studie sind annähernd gleich mit jenen in der Literatur angegeben, vor allem den Zusammenhang Zervixbefund-, Parität- und Prostin-einleitung betreffend. Wenn man nun die von uns bestimmte Definition des Prostin-ver-sagers wähl-t, so kann festgestellt werden, daß bei Pathologien mit Ausnahme des vorzeitigen Blasensprunges eine vermehrte Anzahl von Einleitungsversuchen notwendig ist, um zu einem erfolgreichen Ergebnis zu kommen; mit zunehmender Anzahl der Einleitungsversuche steigt auch die Zahl der Versager. Letzteres trifft aber auch auf gesunde Schwangere zu. Wir haben versucht, praxisbezogene Ergebnisse beruhend auf einer praxisbezogenen Definition zu erar-beiten. Würde man hingegen nach zweimaliger intravaginaler Pro-stinapplikation innerhalb von 4-6 Stunden die progressive Mut-termundseröffnung erwarten, und dementsprechend den Versager definieren, käme es zu einer wesentlich höherer Versagerquote, sowohl bei gesunden, als auch bei pathologischen Schwanger-schaften.

Eine Aufschlüsselung der Versager unserer Definition entsprechend, nach Einleitungsversuchen (237 auf 200 Schwangere) ergab, daß vor dem Geburtstermin – das betrifft vorwiegend die Pathologien – in einem Drittel der Fälle mit einem Versager der Prostineinleitung gerechnet werden muß. Diese Erkenntnis kann als Erklärung des subjektiven Befundes der hohen Versagerquote bei Prostineinleitung an unserer Abteilung angenommen werden.

Zusammenfassung

Der Erfolg der Prostineinleitung ist abhängig vom Zervixbefund – je unreifer die Portio Bishop Score 0-3 desto höher die Versagerquote.

Das Erreichen des Geburtstermines hat auf die Versagerquote nur einen geringen Einfluß.

Die Versagerquote bei normalen und pathologischen Schwangerschaften bei Terminüberschreitung ist gleich hoch.

Mit Ausnahme des Blasensprunges haben die untersuchten Pathologien keinen Einfluß auf die Versagerquote.

Die Versagerquote ist abhängig von der Parität.

Mit zunehmenden Einleitungsversuchen steigt die Anzahl der Versager sowohl bei Pathologien als auch bei Gesunden an.

Bei Pathologien ist eine vermehrte Anzahl von Einleitungsversuchen notwendig, um zu einem erfolgreichen Ergebnis zu kommen.

Literatur

Bredow V, Straube W: Das fetal outcome nach zervixbefundorientierter differenzierter Geburtseinleitung mit Prostaglandin E2 in Beziehung zum Zervixstatus. Zentblatt für Gynäkologie 1993; 153: 530-536. Goeschen K: Behandlung mit Prostaglandinen in Geburtshilfe und Gynäkologie. Ferd. Enke Verlag Stuttgart 1989.

Husslein P: Die Bedeutung von Oxytocin und Prostaglandinen für den Geburtsmechanismus beim Menschen. Wien Klin. Wschr. 1984; 96: 155.

Haller U, Kubli F, Husslein P: Prostaglandine in Geburtshilfe und Gynäkologie. Springer Berlin 1988.

Rath W, Gerland W, Osmers R: Schwangerschaftsbeendigung im 2. und 3. Trimenon mit Prostaglandinen in Abhängigkeit vom Zervixstatus. Zent. Bl. Gynäkol 1991; 113; 519.