Die Beckenendlagegeburt am Gebärhocker – eine neue geburtshilfliche Methode

M.		Burger
T.		Weber-Rössler
P.		Safar

A.ö. KH Korneuburg Abt. f. **Frauenheilkunde** und Geburtshilfe (Vorst.: Prim. Dr. P. Safar)

M. Burger, KH Korneuburg Abt. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, A-2100 Korneuburg

Von April 1990 bis Dezember 1993 fanden an unserer geburts-hilflichen Abteilung 2179 Entbindungen statt, davon 95 Geburten aus Beckenendlage (= 4.4%). Von diesen hatten 3 Kinder nicht le-bensfähige Mißbildungen und eines starb intrauterin vor der Auf-nahme. In dieser Studie wird retrospektiv über 91 Geburten aus BEL berichtet.

Von den 91 Müttern waren 68 Primiparae (Tab. 1). davon muß-ten wir 16 Kinder durch Kaiserschnitt entbinden. das entspricht 23.5 % aller Erstgebärenden mit Kind in BEL.

Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 21 Kaiserschnitte bei BEL durchgeführt, das entspricht einer Sectorate von 23 %. 80 % (= 16) der Sectios wurden an Primiparae durchgeführt.

Die Geburtsgewichte entsprachen dem erwarteten Durchschnitt (Tab. 2). Von den 3 Kindern über 4000 g wurde je eines am Hocker, liegend und durch Sectio entbunden.

Tabelle 1. Aufschlüsselung nach Anzahl der Schwan«erschaften

Grav.:

-1990- -1991- -1992- -1993- Gesamt abs. % abs. % abs. % abs. % abs. %

I 13 61,9 21 80,8 17 70,8 17 85 68 74,7

7 33,3 4 15,4 6 25 2 10 19 20,9

1 4,8 1 3,8 1 4,2 1 5 4 4,4

91 100

21 100 26 100 24 100 20 100

Tabelle 2. Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht

-1990- -1991- -1992- -1993- Gesamt abs. % abs. % abs. % abs. % abs. %

Seit 1990 führen wir BEL Geburten am Gebärhocker durch. Die Vorbedingungen sind die gleichen wie bei der klassischen, am Rücken liegenden Position – es bestehen keine zusätzlichen Kontra-indikationen.

Die standardisierte Anordnung (P. Safar) der Beckenendlagegeburt am Gebärhocker auf dem Bett ist folgende:

Hocker am Mittelteil des Bettes; aufgestellte Kopfteil (auf dem der Partner sitzt und die Mutter unterstützt); abgeschobener Fußteil; bereit- oder aufgestellte Fußstützen (es kann dadurch jederzeit in die klassische liegende Position gewechselt werden).

Zusätzlich sind die Routinemaßnahmen wie kontinuierliche CTG-Überwachung, venöser Zugang, Infusomat mit Oxytocin, Gy-nipral in Bereitschaft, Kinderarzt in Bereitschaft obligatorisch.

Hebamme und Arzt überwachen die Gebärende vom Ende des Mittelteiles des Bettes aus. Durch diese Anordnung gibt es für das geburtshilfliche Team keine Nachteile für die effiziente Leitung der Geburt.

Als Methode der Kindesentwicklung verwenden wir nach media-ner Episiotomie die Unterstützung der Spontangeburt durch den Bracht schen Handgriff, falls notwendig klassische Armlösung und Kopfentwicklung nach Veit-Smelli-Mauriceau.

Seit 1990 führten wir BEL Geburten in verschiedenen Positionen durch. Im ersten Jahr entbanden nur 14 % der Mutter in vertikaler Position. Angespornt durch das gute fetal outcome und die positiven Rückmeldungen der Mutter nahmen die Geburten am Hocker kontinuierlich zu, während die am Rücken liegenden bis 0 im Jahr 1993 abnahmen (Tab. 3).

Der Trend seit 1990 – von der klassischen Position hin zum Hocker bei etwa gleichen Prozentsatz an Kaiserschnitten – setzte sich auch heuer weiter fort. In den ersten 5 Monaten 1994 hatten wir 10 BEL Geburten, davon alle am Hocker und keine liegend. Es war 1994 bisher keine Sectio bei BEL notwendig.

In dem gleichen Zeitraum wurden auch die Apgarwerte der Neugeborenen erfaßt.

21 100 26 100 24 100 20 100 91 100
21 100 26 100 24 100 20 100 91 100

Tabelle 4. Aufschlüsselung nach dem Apgar-Score

-1992- -1993- Gesamt abs. % abs. % abs. %

-1990- -1991-Grav.: abs. % abs. %

8-9/10/10 13 61.9 18 69.3 21 87.5 17 85 69 75.8

6-7/8/10 6-7/9/10

5 23.7 5 19.2 0 0

1

11 12.1

4.8 3 11.5 3 12.5 2 10

1

9 9.9

4/6/10 1 4.8 0 0 0 0

1/1/1 1 4.8 0 0 0 0

0 0 1 1.1

0 0 1 1.1

21 100 26 100 24 100 20 100 91 100

Es zeigte sich eine positive Entwicklung der Apgar-Werte mit zunehmenden Prozentsatz der Geburten am Gebärhocker (Tab. 4).

Von den heuer 10 geborenen Kindern aus BEL – alle am Hocker – hatten 7 einen Apgar von 8-9/9-10/10 und 3 einen Score von 7/8/10.

Morbidität und Mortalität

Zwei Kinder nach Sectio mit einem Apgar-Score von 6/9/10 und eines mit Apgar 4/6/10 nach liegender Geburt mußten wegen Anpassungsschwierigkeiten zur Beobachtung an eine neonatologische Abteilung transferiert und nach wenigen Tagen als unauffällig nach Hause entlassen.

Es gab einen neonatologischen Todesfall, der allerdings nicht methodenbedingt war. In liegender Position kam es zu einer vorzeitigen Placentalösung und Nabelschnurvorfal. Bei der so-fortigen

Notsectio wurde ein Kind mit Apgar 1/1/1 entwickelt, das leider am nächsten Tag an der neonatologischen Abteilung verstarb.

Weiters beobachteten wir eine gering höhere Inzidenz von La-bienrissen, was von den Geburten aus Schädellage am Hocker auch schon bekannt war [1].

Die Vorteile dieser neuen Methode sehen wir in: 1. Verbesserung der Geburtsmechanik durch: Aufhebung der Lendenlordose und Streckung des Geburtsweges [2]

Erweiterung des sagittalen Durchmessers und der Beckeneingangs- und -ausgangsebene um bis zu 1.5 cm (Ehrstöm. Borell, Fernström)

Schwerkraft v. Fet und Fruchtwasser (4-5 kg) wirken in gleicher Richtung wie Wehen

„Stehenbleiben“ des Steißes in der Wehenpause

2. Verbesserung der Hämodynamikgeringerer Druck auf Aorta und V cava inf.: besseres mütterliches Herz-Minuten-Volumen und Schlag-volumen, dadurch bessere Uterus- und Placentadurchblutung und geringere Gefahr der kindlichen Asphyxie (Windle) weniger fetomaternal Transfusion (Suhr-Jensen) Verbesserung der mütterlichen Atmung durch Zunahme des Lungenvolumens um 10% in vertikaler Position (Huch)

3. Bessere Akzeptanz der Muttereffektivere Bauchpresse
bessere Entspannung durch Fehlen der Passivität im Liegen und bessere Kooperationsbereitschaft und Wahrnehmung (Kuntner)
Verkürzung der Austreibungsperiode ergibt sich aus 1.-3.

Schutz vor unnötigen und verfrühten iatrogenen Traktions-manöver

Der Arzt/die Ärztin ist nicht verleitet zu früh am Steiß zu ziehen und dadurch die bekannten Komplikationen zu provozieren. Man ist eher bestrebt, den „Steiß am Herausfallen“ hindern zu wollen.

Diese neue Methode der BEL Entbindung am Gebärhocker scheint auch geeignet, das konservative Management der BEL Geburt in einem neuen Licht erscheinen zu lassen. Als wichtiger „Ne-benefekt“ kann die Ausbildung junger Assistenten in der Beckenendlagenentwicklung durch höhere Frequenz verbessert werden. Das fetal outcome wird definitiv mit der Erfahrung des Teams verbessert und bringt dann bezüglich Morbidität und Mortalität die gleichen Ergebnisse wie das primäre operative Vorgehen [3].

Als Zusammenfassung läßt sich unserer Erfahrung nach belegen, daß die BEL Geburt am Gebärhocker in vertikaler Position Mutter, Neugeborenen und geburtshilflichen Team bezüglich fetal outcome, Länge der Austreibungsperiode, Akzeptanz der Frauen, Sicherheit der Kindesentwicklung und Ausbildung junger Kollegen/innen deutliche Vorteile bringt. Wir konnten neben diesen positiven Aspekten keine wesentlichen Nachteile dieser neuen Methode feststellen.

Literatur

1 Wohlschlager H, Stumpner P. Rudelsdorfer R: Entbindung am Gebärhocker – perinatale Morbidität.

Kirchhoff H. Gebärhaltung der Frau: horizontal oder vertikal? Der Frauenarzt (1982); 3: 136.

Sevelde P. Wagenbichler P et al.: Becken-endlage bei Erstgebärenden – vag. Geburt od. primäre Sectio? Gebfra (1993): 53: 400. Weitere Literaturhinweise beim Verfasser

Burger/Weber-Rössler/Safar

Die Beckenendlagegeburt am Gebärhocker – Eine neue geburtshilfliche Methode