

Könnte die Schnittentbindung zum bevorzugten Entbindungsmodus in der Zukunft werden?

I. Wachter

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der TU Dresden

Die vaginale Geburt, ein von der Natur vorgegebenes Ereignis und deshalb nach Einschätzung vieler zweifelsfrei der zunächst einzige und richtige Weg, ein Kind zu gebären, wird nicht nur von einer Vielzahl der Patientinnen, sondern auch vom Gros der Ärzteschaft kritiklos favorisiert. Eine niedrige Sectorate gilt selbst in Perinatalerhebungen noch als Qualitätsmerkmal, obwohl amerikanische Studien eindeutig belegen, dass Haftpflichtfälle um so häufiger behandelt werden, je niedriger die Sectorate ist. Vielerorts ist man immer noch bemüht, selbst wohldurchdachte Indikationen zur abdominalen Schnittentbindung zu hinterfragen, wenn sie nicht im klassischen Indikationskatalog zur Sectio caesarea aufgeführt sind: Die Sectio caesarea als Ausweg, wenn das Kind und/oder die Mutter in Gefahr sind, wenn geburtstechnisch oder geburtsmechanisch nichts anderes übrig bleibt.

Die Komplikationsraten der abdominalen Schnittentbindung sind im Peri-Med-Aufklärungsbogen allesamt penibel aufgelistet, aber nirgendwo findet die Patientin Hinweise darauf, welche Vorteile die Entscheidung zur Sectio für die Mutter und für das Kind in sich birgt; im Aufklärungstext für die vaginale Geburt findet man keine Hinweise darauf, dass das Kind bei der spontanen und operativ vaginalen Entbindung sehr wohl Gefahren ausgesetzt ist. Im Gegenteil: Es ist vom „vorsichtigen Ziehen“ mit der Saugglocke und einem „leichten Ziehen“ beim Forceps der Rede. Die Aussage, dass „der Dammschnitt eine Überdehnung des Beckenbodens vermindert“ ist allenfalls ansatzweise richtig. Bei einem Höhenstand des kindlichen Köpfchens: Leitstelle Beckenausgang, größte Zirkumferenz ± 0 nach de Lee kann die paravaginale Aufhängung und der M. levator ani bereits in erhebliche Mitleidenschaft gezogen sein. Die Episiotomie kann nur noch der Schonung des externen Sphinkters und der schnelleren Kopfentwicklung dienen. Von irreparablen Schäden des Beckenbodens ist nirgendwo die Rede.

Die Frage, inwieweit „die Schnittentbindung ein bevorzugter Entbindungsmodus in der Zukunft werden wird“, werden die Frauen als die Betroffenen selbst beantworten, wenn sachlich und wertfrei die primäre Sectio caesarea mit allen Vor- und Nachteilen sowie Gefahren für Mutter und Kind der vaginalen Geburt, ebenfalls mit allen Vor- und Nachteilen sowie Gefahren für Mutter und Kind als gleichwertige Alternative gegenübergestellt wird. Dieser Informationstransfer sollte für jede gesunde Schwangere am Termin nach unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf gelten, deren Kind in Schädellage liegt und bei der geburtshilflich alles in Ordnung ist. Die individuelle Entscheidung der werdenden Mutter ist von ärztlicher Seite zu akzeptieren.

Stellt man die Vor- und Nachteile der vaginalen Geburt denen der primären Sectio caesarea gegenüber, so ergibt sich folgende Auflistung:

Vorteile der vaginalen Geburt

Für das Kind:

- keine

Für die Mutter:

- das Urerleben: Stolz und Freude, als Gebärende dem Anspruch der Natur gerecht geworden zu sein und nicht versagt zu haben.
- im Idealfall: geringe körperliche Beeinträchtigung post partum, schnelle Erholung.

Nachteile der vaginalen Geburt

Für das Kind:

- Geburtsstress für das Kind. In 10 % aller vaginalen Geburten ist pädiatrischer Beistand post partum erforderlich. In der Hälfte der Fälle sind Atemstörungen unterschiedlichen Ausmaßes zu

behandeln, in der anderen Hälfte geburtstraumatische Läsionen (Kephalhämatom, Klavikulafraktur, Plexuslähmung etc.), wobei bleibende Schäden selten sind.

Für die Mutter:

- Risiko muskulärer, neuromuskulärer und bindegewebsbezogener Schäden des Beckenbodens unterschiedlichen Ausmaßes (9)
- Stressharninkontinenz: Prävalenz nach vaginaler Entbindung 3 – 32 % (verschiedene Literaturangaben, 8, 9).
Wisser konnte mit der 3D-Sonographie des Beckenbodens nachweisen, dass die vaginale Geburt in 16,6 % mit einem Absinken der lateralen Vaginalwände unter das Niveau der suburethral gelegenen Vagina assoziiert ist, dem sogenannten paravaginalen Defekt. Der Nachweis des paravaginalen Defekts erhöht das Risiko für die Entwicklung einer Harninkontinenz um den Faktor 6. Defekte des vorderen Beckenbodenkompartiments lassen sich bereits ab einer Muttermundseröffnung > 8 cm. nachweisen. (15, 16)
- Die Prävalenz der fäkalen Inkontinenz (alvi et flatu) liegt nach vaginalen Geburten bei 4 – 6 %. Auf die hohe Prävalenz des okkulten Sphinktertraumas (35 % bei Erstgebärenden, 44 % bei Mehrgebärenden) wird von Sultan hingewiesen (12).
- Notwendigkeit nachfolgender Eingriffe (Deszensusoperationen, Harninkontinenzoperation, Rezidivinkontinenzoperationen) im späteren Lebensalter mit methodenbedingten Komplikationsraten.
- Störungen der Befindlichkeit beim Sitzen/Gehen und Dyspareunie sowie Störungen der Sexualfunktion.
Nach Episiotomie dauert es durchschnittlich 1 Monat, bis problemloses Sitzen und Gehen möglich sind.
20 % der Betroffenen haben nach 6 Monaten immer noch Beschwerden beim Verkehr (1). In der Studie von Signorello berichten ein Viertel der Erstgebärenden 6 Monate post partum über deutlich reduzierte sexuelle Erlebnisfähigkeit, verminderte Orgasmusfähigkeit und reduzierte sexuelle Befriedigung im Vergleich zur Situation vor der Geburt (10).
- Hoher Personalaufwand bei der Betreuung einer vaginalen Geburt – vor allem bei der Entbindung einer Erstgebärenden.

Das Schmerzerleben unter der Geburt sollte nicht in der Liste der Nachteile erscheinen, da der Geburtsschmerz prinzipiell durch die frühzeitige Anlage einer Periduralanästhesie wirksam behoben werden kann.

Vorteile der primären Sectio caesarea

Für das Kind:

- Das Kind wird keinem Geburtsstress ausgesetzt:
keine Abscherungen, keine geburtstraumatisch bedingten Fazialispareesen, Klavikulafrakturen, Kephalhämatome, Verhinderung der Schulterdystokie, der Plexuslähmung

Für die Mutter

- Schonung des Beckenbodens (5, 6)
- Prophylaxe der Harninkontinenz, da die Entstehung eines paravaginalen Defekts verhindert wird.
- Die Vita sexualis bleibt ungestört.
- Der Eingriff ist programmierbar, die primäre Sectio ist die kostengünstigste Art der Entbindung (2).
- Psychische Entlastung der Mutter bei Angst vor vaginaler Geburt.

Nachteile der primären Sectio

Für das Kind

- minimales Risiko der Flüssigkeitslunge: blande Adaptationsstörung, wobei die Flüssigkeit innerhalb der ersten 24 Stunden physiologischerweise resorbiert wird.
- minimales Risiko der Schnittverletzung

Für die Mutter

- die Schwangere wird um das Erlebnis der Geburt, um das „Urerleben“ gebracht
- im Vergleich zur spontanen Geburt längere Verweildauer

- Sectioassoziierte Probleme:
 - Z. n. Sectio in der nächsten Schwangerschaft
 - Möglicherweise Plazentationsstörung in der nächsten Schwangerschaft (Plazenta praevia, accreta).
 - Adhäsiones. Ileus.
 - Blutung, evtl. Hysterektomie
 - Rupturgefahr: Die Inzidenz einer Uterusruptur liegt bei tiefem Querschnitt bei 0,2 – 1,5 %.

Die Sectioletalität wird nach den neuesten Erhebungen von Welsch (Einzelfallanalyse der Bayerischen Perinatalerhebung BPE) mit 1 Todesfall auf 26000 primäre und sekundäre Sectiones bei präoperativ gesunden Frauen angegeben und ist um den Faktor 2,3 höher im Vergleich zur vaginalen Geburt (Welsch, persönliche Mitteilung, 13, 14).

An erster Stelle der Todesursachen steht die Blutung. In den letzten 6 Jahren gab es lt. Welsch keinen mütterlichen Todesfall durch Ruptur im Zustand nach Sectio und keinen Sepsistodesfall bei vorher gesunden Frauen.

Mit der Einführung der Regionalanästhesie als einem Anästhesieverfahren zur Sectio hat sich die anästhesiebezogene Müttersterblichkeit drastisch geändert (4, 11). Das berechnete Risiko für die Allgemeinnarkose bei Sectio ist 16,7fach größer als bei der Regionalanästhesie, Grund genug, im Regelfall – erst recht bei der geplanten Sectio - die Regionalverfahren einzusetzen. In einer von Paech durchgeführten, prospektiven Studie an 10995 Fällen wurde kein mütterlicher Todesfall bedingt durch die Regionalanästhesie gesehen (7).

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass die Morbidität und Mortalität bei der Sectio caesarea sehr wohl von der Geschicklichkeit, Sorgfalt und Erfahrung des Operateurs und des Anästhesisten abhängt, somit also eine weitere Risikominimierung bei gut trainiertem Team möglich ist. Es ist aber auch die Aufgabe des erfahrenen Geburtshelfers, vor Wehenbeginn Zustände zu erkennen, die möglicherweise mit protrahiertem Geburtsverlauf und dem Risiko der sekundären Sectio verbunden sind, wie z. B.:

- grünes Fruchtwasser mit Zusatzkriterien (CTG-Veränderungen)
- unreifer Muttermundsbefund bei Einleitung und zögerliches Ansprechen auf Prostaglandin-Gel, vor allem bei der Erstgebärenden
- großes Kind nach klinischem Eindruck. Die falsche Gewichtsschätzung nach Ultraschall am Termin ist jedem Geburtshelfer hinreichend bekannt.
- Adipositas: bei einem BMI > 40 vor der Gravidität besteht die Wahrscheinlichkeit, dass in 77 % eine primäre oder sekundäre Sectio durchgeführt werden wird (3).

Die sekundäre Sectio caesarea ist in jedem Fall das schlechtere Entbindungsverfahren. Die Patientin ist enttäuscht, dem „Urerleben“ einer vaginalen Geburt beraubt worden zu sein. Eine Schädigung des Beckenbodens infolge weit fortgeschrittener Geburt ist nicht ausgeschlossen, möglicherweise ist bereits eine kindliche Asphyxie oder Infektion eingetreten. Unter ungünstigen Bedingungen wird eine Notsectio erforderlich. In dieser Situation entscheidet der Anästhesist zwischen Allgemeinnarkose und Spinalanästhesie. Im Fall der Allgemeinanästhesie trägt die Patientin, wie oben beschrieben, ein relativ hohes Risiko. Kindsentwicklungen bei sekundärer Sectio sind auch nicht immer ganz einfach, wenn das Kind in Beckenmitte eingekeilt oder die Beugung des Kopfes erschwert ist. Bei vollständig eröffnetem Muttermund gerät die Uterotomie evtl. zu tief oder wird zu hoch angesetzt. Dies sind Situationen, die bei einer primären Sectio gar nicht eingetreten wären, also im dem Maße gar nicht diskutabel sind. Abgesehen davon ist die sekundäre Sectio die teuerste Art der Entbindung (Sach- und Personalkosten).

Es wird meiner Einschätzung nach auch künftig viele werdende Mütter geben, die das natürliche Geburtserlebnis trotz aller negativen Auswirkungen auf die spätere Lebensqualität in den Vordergrund stellen. Dennoch werden sich zunehmend mehr Frauen über den Zugang zu den Medien eingehend über die Vor- und Nachteile jeder Entbindungsmethode informieren. Die Stellung der Frau mit der ausschließlichen Realisierung der Mutterschaft hat sich in unserer Gesellschaft geändert, der Anspruch auf die langfristige Unversehrtheit der Gesundheit wird an Bedeutung gewinnen. Deshalb muss jeder Frau das Recht eingeräumt werden, bei normaler

geburtshilflicher Ausgangssituation nach eingehendem Gespräch mit ihrem Arzt selbst zu entscheiden, wie sie entbunden werden will.

Die derzeit vielfach geübte Restriktion, dem Wunsch der Patientin nach primärer Sectio nachzukommen, wird sich dann ändern, wenn im ärztlichen Bewusstsein die oben genannten Zusammenhänge einen anderen Stellenwert einnehmen.

1. Abraham S, Child A, Ferry J, Vizzard J, Mira M
Recovery after childbirth: a preliminary prospective study; *Med. J. Aust.* (1990), 152 (1): 9 – 12
2. Feige A
Sectio caesarea: Wirtschaftliche Aspekte; aus: *Sectio caesarea*
Hrsg. A Huch, R Chaoui, R Huch; Uni-Med Verlag Bremen; 1. Auflage (2001), 36-39
3. Hänseroth K, Wachter I, Distler W
Einfluss der Adipositas auf den Geburtsverlauf
Abstract zum Vortrag: 54 Kongress der DGGG, Düsseldorf Sept. 2002
4. Hawkins J L, Koonin, L M, Palmer, S K, Gibbs C P
Anesthesia-related Deaths during Obstetric Delivery in the United States, 1979 – 1990
Anesthesiology (1997); 86: 277 - 84
5. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D
The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery
BJOG (2000); 107 (12): 1460 – 70
6. Ochsenbein N, Kurmanavicius J, Huch R, Huch A, Wisser J
Volume sonography of the pelvic floor in nulliparous women and after elective cesarean section
Acta. Obstet. Gynecol. Scand. (2001) 80: 611 – 615
7. Paech M J, Godkin R, Webster S
Complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective analysis of 10995 cases.
Int. J. Obstetric Anaesth. (1998) 7, 5 – 11
8. Petri E, Schüßler B, Vetter K, Placht A, Wisser J
Postpartale Harn- und Stuhlinkontinenz
Gynäkol. Prax. 23 (1999) 47 – 54
9. Schüßler B, Baeßler K
Prophylaxe von Inkontinenz und Prolaps: Ein Merkmal zukünftiger mütterlicher geburtshilflicher Qualität?
Geburtsh. Frauenheilk. 58 (1998) 588 – 596
10. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke J T
Postpartum sexual function and its relationship to perianal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women
Am. J. Obstet. Gynecol. 184 (5); (2001), 881 – 90
11. Strasser K, von Aken H
Anästhesie zur Sectio
Gynäkologe (1997) 30 : 850 – 54
12. Sultan A H
Effects of vaginal delivery on the anal sphincter; aus: *Sectio caesarea*
Hrsg: A. Huch, R. Chaoui, R Huch; Uni-Med Verlag Bremen; 1. Auflage (2001) 78 – 79
13. Welsch H
Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea
Gynäkologe (1997) 30: 742 – 56
14. Welsch H
Sectio caesarea: Sectiomortalität und –letalität in Bayern 1983 – 99; aus: *Sectio caesarea*
Hrsg: A Huch, R Chaoui, R Huch; Uni-Med Verlag Bremen; 1. Auflage (2001), 47 – 54
15. Wisser J, Schär G, Kurmanavicius J, Huch R, Huch A
Use of 3D Ultrasound as a new approach to assess obstetrical trauma to the pelvic floor
Ultraschall in Med. 20 (1999) 15-18

16. Wisser J
Sonomorphologische Veränderungen des anterioren Beckenbodenkompartiments nach vaginaler Geburt
aus: Sectio caesarea
Hrsg: A Huch, R Chaoui, R Huch; Uni-Med Verlag Bremen; 1. Auflage (2001) 75 - 78