

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Helmer H

Überlegungen zur Geburtseinleitung um den Termin

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 34 (3)
(Ausgabe für Österreich), 16-18*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)

Überlegungen zur Geburtseinleitung um den Termin

H. Helmer

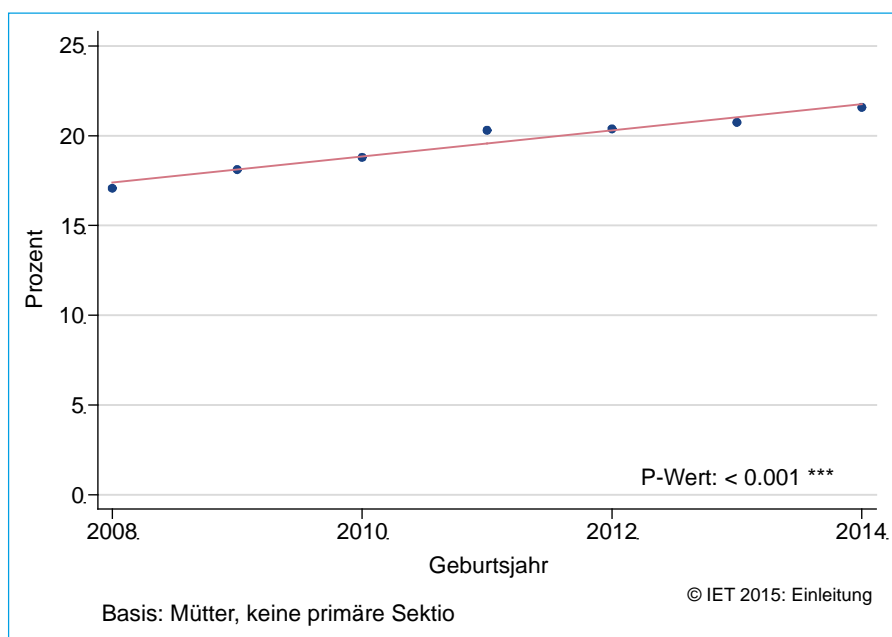
In Österreich wurde im Jahr 2014 bei 21,4 % der Lebendgeburten eine Einleitung der Geburt durchgeführt (Abb. 1) [1]. Seit 2008 nimmt die Zahl der eingeleiteten Geburten signifikant zu – ein Trend, der auch international zu beobachten ist, so wurden in den USA 2012 über 24 % der Geburten eingeleitet.

Unter der Geburtseinleitung versteht man eine Intervention unter Verwendung medikamentöser oder mechanischer Hilfsmittel mit dem Ziel, die Zervix zu reifen und regelmäßige Wehen hervorzurufen, um die Schwangerschaft zu beenden und eine vaginale Geburt zu erreichen. Im Allgemeinen sollte für eine Geburtseinleitung eine medizinische Indikation vorliegen, insbesondere wenn das Gestationsalter unter der SSW

39+0 liegt. Häufige Gründe für eine Einleitung sind Übertragung, vorzeitiger Blasenprung, Diabetes, Präeklampsie etc., aber letztlich jede Situation, bei der aus geburts-hilflicher Sicht die vaginale Geburt eine Verbesserung des mütterlichen und/oder kindlichen Zustands bedeutet.

Einleitung und Sectiorate

Die Ansicht, eine Geburtseinleitung gehe sicher mit einem erhöhten Risiko eines Kaiserschnittes einher, ist besonders bei medizinischen Laien, aber auch bei Geburtshelfern und Hebammen verbreitet. Objektive Beobachtungen zeigen jedoch, dass dem nicht so ist. In der größten Zusammenfassung prospektiver Studien wurde nachge-



1. Prozent der Geburtseinleitungen bei Lebendgeburten. Aus [1] mit freundlicher Genehmigung des Instituts für klinische Epidemiologie (IET) der Tirol Kliniken GmbH.

wiesen, dass eine Einleitung bei Übertragung – im Schnitt bei SSW 41+0 – im Gegensatz zu einem abwartenden Vorgehen die Sectiorate signifikant reduziert [2]. Darüber hinaus wurde die perinatale Mortalität durch das aktive Vorgehen der Einleitung deutlich reduziert.

Einleitung und mütterliches Alter

Von zunehmender Bedeutung für das geburtshilfliche Vorgehen ist das maternale Alter. Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt hat in den Industrienationen seit 30 Jahren stetig zugenommen. In Österreich werden Erstgebärende im Schnitt mit 29 Jahren entbunden. 2014 war fast ein Viertel der Mütter (22,7 %) 35 Jahre und älter, dieser Anteil hat seit 2008 um 2,1 % statistisch signifikant zugenommen. Es wurde relativ klar nachgewiesen, dass die Risiken von perinataler Mortalität, hypertensiven Erkrankungen, Gestationsdiabetes, Placenta praevia und Plazentalösungen in dieser Altersgruppe höher sind [3]. Eine Geburtseinleitung vor dem Geburtstermin könnte daher das kumulative Mortalitätsrisiko senken, da dieses bei 38 Schwangerschaftswochen am geringsten ist. Eine rezente Untersuchung dazu hatte zum Ziel, bei Müttern mit 35–39 Jahren durch eine Einleitung in SSW 39+0 bis 39+6 die Sectiorate zu reduzieren sowie peri- und neonatale Parameter zu untersuchen [4]. In dieser Studie wurden weder Sectiorate noch kindliche Outcomeparameter durch die Einleitung beeinflusst.

Besser nachgewiesen ist der Vorteil einer Geburtseinleitung bei Schwangeren mit ≥ 40 Jahren. Die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Geburtseinleitung [5] empfiehlt wegen einer Odds Ratio von $> 1,5$ für einen intrauterinen Fruchttod im Vergleich zu jüngeren Müttern daher, dass bei einem mütterlichen Alter von > 40 Jahren ab der SSW 39+0 in Übereinstimmung mit der Empfehlung des RCOG [6] eine Geburtseinleitung angeboten werden kann. Die Leitlinie der AWMF, die für den gesamten deutschsprachigen Raum gültig ist, spricht sich zwar nicht für eine Empfehlung einer Einleitung bei dieser Altersgruppe ab Gestationsalter 40+0 aus, diese ist aber nach Meinung der Ärzteschaft der Frauenklinik Wien geboten und wird in der hauseigenen Leitlinie auch so gehandhabt.

Einleitung und Makrosomie

Die Vermutung einer durch sonographische Messungen ermittelten Makrosomie gibt in der geburtshilflichen Routine immer wieder Anlass zu Diskussionen. Bisher gab es wegen der notorischen Unzuverlässigkeit der fetalen Gewichtsschätzung um den Termin die Empfehlung, eine vermutete Makrosomie nicht als Indikation zur Einleitung zu sehen. Eine rezente, große Studie setzte sich zum Ziel, bei Schwangeren in SSW 37+0 bis 38+6 und einem geschätzten Gewicht über der 95. Perzentile durch Einleitung die Schulterdystokierate sowie weitere kindliche Verletzungen zu reduzieren [7]. 822 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen, die Rate an Schulterdystokien war in der Einleitungsgruppe signifikant geringer (8 vs. 25). Daher wurde durch die Cochrane Collaboration eine neue Metaanalyse zu diesem Thema publiziert, die ebenso eine Reduktion der Schulterdystokien und Frakturen, jedoch keinen Unterschied an Verletzungen des Plexus brachialis in der Einleitungsgruppe nachweist. Über diesen Umstand sowie die Möglichkeit einer häufigeren Rate an Dammverletzungen bei einer Geburtseinleitung bei Makrosomieverdacht soll bei der Patientenaufklärung hingewiesen werden.

Neues Prostaglandin zur Einleitung

Die Einführung vaginaler Freisetzungssysteme mit Dinoproston (Propess[®]) und zuletzt Misoprostol (Misodel[®]) erweitert die Möglichkeiten der Geburtseinleitung, bringt aber auch ein gewisses Maß an Verunsicherung aufgrund der Ähnlichkeit der Präparate. Besonders zu berücksichtigen ist die stärkere Wirkung von Misodel[®] auf die Weheninduktion, was zwar zu einer Reduktion der Geburtsdauer um ca. 30 % führt, ohne die Sectiofrequenz zu beeinflussen, jedoch die Rate an Tachysystolien erhöht, die auch pathologische kindliche Herzfrequenzmuster zur Folge haben.

Es gilt daher, das richtige Medikament den richtigen Patientinnen zukommen zu lassen. In Anlehnung an das Vorgehen an der Universitätsfrauenklinik Basel machen wir an der Frauenklinik der Medizinischen Universität Wien/AKH die Wahl des Prostaglandins zur Einleitung abhängig vom Bishop-Score sowie der Parität der Pa-

tientin. Bei unreifer Zervix (z. B. modifizierter Bishop-Score < 6) und Nullipara bzw. Primipara führen wir die Einleitung mittels Misodel[®] bzw. bei höherer Parität und höherem Bishop-Score mit Propess[®] oder Prostint[®] E2 Vaginaltabletten durch. Aufgrund der längeren Halbwertszeit und der stärkeren Wirkung des Inhaltsstoffs Misoprostol soll Misodel[®] bereits zu Beginn der Wehentätigkeit, jedenfalls früher im Vergleich zu Propess[®] entfernt werden, um eine Überstimulation zu vermeiden. Einleitungen bei dehnbarem und erweitertem Muttermund werden wegen der besseren Steuerbarkeit nach wie vor mit Oxytocin durchgeführt.

Mechanische Einleitung mittels Ballonsystem

Prostaglandine sind zwar effektiv zur Zervixreifung und Weheninduktion, weisen aber auch häufiger Fälle uteriner Überstimulierung auf. Daher besteht eine Alternative in der Verwendung des transzervikalen Ballonkatheters, der mittlerweile eine Renaissance erfahren hat [8]. Die Rate uteriner Überstimulierungen ist signifikant niedriger, der Oxytocinbedarf bei Verwendung von Ballonsystemen jedoch deutlich höher. Zur Verfügung stehen der Foley-Katheter, der jedoch nicht für die Geburtseinleitung zugelassen ist, sowie der für die Geburtseinleitung zugelassene Doppelballonkatheter (Cook[®] Cervical Ripening Balloon). Internationale Leitlinien empfehlen die Anwendung des Ballonkatheters zur Geburtseinleitung bei unreifer Zervix sowie auch nach vorangegangener Sectio als Alternative zu Prostaglandinen [9].

Zusammenfassung

Die Anzahl der Geburtseinleitung nimmt in Österreich wie in anderen Industrieländern zu, dieser Trend wird sich wahrscheinlich in den kommenden Jahren fortsetzen. Das hat bei der Einleitungsindikation „Übertragung“ einen wahrscheinlich reduzierenden Effekt auf die Sectiorate.

Entsprechend der klaren Datenlage können Frauen mit einem Alter von 40 Jahren

und höher ab SSW 39+0 das Angebot einer Einleitung erhalten, ab SSW 40+0 sollte die Einleitung empfohlen werden. Bei vermuteter Makrosomie sollte die Möglichkeit der Vermeidung einer Schulterdystokie – insbesondere in SSW 37+0 bis 38+6 – der Schwangeren übermittelt werden.

Der Einsatz des neuen vaginalen Einleitungssystems Misodel[®] bringt möglicherweise bei niedrigem Bishop-Score Vorteile. Überstimulationen bei der Geburtseinleitung lassen sich am ehesten durch den Einsatz von zervikalen Ballonsystemen vermeiden.

LITERATUR:

1. Oberaigner W, Leitner H, gemeinsam mit dem Fachbeirat des Geburtenregister Österreichs. Geburtenregister Österreich 2014. Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH, Innsbruck, Oktober 2015.
2. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, et al. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2012; (6): CD004945.
3. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. Obstet Gynecol 2004; 104: 727–33.
4. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M, et al. Randomized trial of labor induction in women 35 years of age or older. N Engl J Med 2016; 374: 813–22.
5. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. AWMF-Register 015/065 – S1-Leitlinie: Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung (Stand: 02/2014).
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Dhanjal MK, Kenyon A. Induction of labour at term in older mothers. RCOG Scientific Paper No 34; 2013.
7. Boulvain M, Senat MV, Perrotin F, et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. Lancet 2015; 385: 2600–5.
8. Rath W, Kehl S. Renaissance des transzervikalen Ballonkatheters zur Zervixreifung und Geburtseinleitung. Geburtshilfe Frauenheilkd 2015; 75: 1130–9.
9. ACOG Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. ACOG Practice Bulletin Nr. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol 2009; 114: 386–97.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Hanns Helmer
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien/AKH
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: hanns.helmer@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

