



FrauenHeilKunde – INFO

Newsletter Perinatalmedizin

Ausgabe: Juni 2021

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Newsletter möchten wir Sie über Neuigkeiten aus dem Bereich der Perinatalmedizin informieren, so zum Beispiel über Handlungsempfehlungen für Geburten. Während sich viele bereits lang etablierte Leitlinien mit Problemsituationen befassen, wurde jetzt erstmals eine S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin bei einer Einlingschwangerschaft in Schädellage veröffentlicht.

Ist aus verschiedenen Gründen doch eine Unter-

stützung im Rahmen der Geburt nötig, gibt es mit der S2k-Leitlinie zur Geburtseinleitung nun eine evidenzbasierte Orientierungshilfe für Hebammen und ärztliche Geburtshelfer.

Wir möchten Ihnen außerdem die aktuellen Daten der CRONOS-Studie vorstellen und Sie über das Vorgehen bei Rhesus-negativen Müttern informieren.

In der Hoffnung, Sie mit diesem Newsletter in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, verbleibe ich mit kollegialem Gruß

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Key Facts der S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“

Eine Geburt beschreibt einen Schlüsselmoment im Leben der Mutter, des Kindes und auch des anderen werdenden Elternteils. Wohlergehen und Sicherheit für Mutter und Kind stehen im Zentrum einer guten Geburtshilfe. Dies wird in der aktuellen S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ festgehalten, die für Gebärende gilt und für deren Kinder, die am Termin als Einling aus Schädellage geboren werden. Die Leitlinie beruht auf den Empfehlungen der National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence (NICE)-Leitlinie „Intrapartum care for healthy women and babies“ und wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) veröffentlicht.

Das Ziel der Leitlinie ist eine Zusammenfassung des aktuellen Wissens über den Ablauf einer vaginalen Geburt am Termin mit dem Fokus auf die verschiedenen Geburtsphasen. Es gilt hierbei, pathologische Entwicklungen und Zustände abzugrenzen, sowie die Notwendigkeit aber auch Vermeidung von Interventionen einzuschätzen.

In der Regel erfolgt die Betreuung der Frauen unter einer vaginalen Geburt durch ein Team aus Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern. In Einzelfällen können – falls notwendig – Kinderärzte und Anästhesisten hinzugezogen werden. Ziel ist es, die Frauen-, Kinder- und Familiengesundheit zu fördern.

Alle Frauen sollten ausführlich beraten und aufgeklärt werden, wobei eine selbstbestimmte Geburt, die Reduktion von Angst, eine Zufriedenheit mit dem Geburtserleben unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen und unter Einhaltung der rechtlichen Vorgaben im Fokus stehen.

Generell gilt, dass Frauen und deren Familien in alle Entscheidungsprozesse einbezogen werden sollten, die sich im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt ergeben. Grundsätzlich sollen die werdenden Mütter über alle möglichen Maßnahmen inklusive Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung, Erfolgsaussichten aber auch über zu erwartende Folgen und Risiken verständlich informiert werden. Gleichzeitig haben Frauen aber auch das Recht, auf diese Informationen zu verzichten.

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

Inhalt der Beratung in der Schwangerschaft sollten mögliche unterschiedliche Geburtsorte sowie die verschiedenen Geburtsmodi, Analgesie und Betreuungsmöglichkeiten sein.

Bezüglich des Monitorings unter der Geburt sollte die bestmögliche körperliche und emotionale Gesundheit für die Mutter und ihr Kind das Ziel sein. Dies bedeutet, dass eine ausreichende Sauerstoffversorgung des Kindes gewährleistet sein muss, alle medizinischen Standards eingehalten werden sollten sowie die Bedürfnisse und Wünsche der Frau berücksichtigt werden sollten. Bei Niedrig-Risiko-Geburten ist eine intermittierende Auskultation bezüglich der fetalen Herzöne möglich. Diese ist jedoch an einige Voraussetzungen wie eine kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung, das Fehlen jeglicher Risiken und Erfahrung in der Methode geknüpft. Wenn diese Voraussetzungen nicht vorhanden sind – und das ist in den meisten Geburtskliniken aktuell der Fall – ist ein CTG-Monitoring erforderlich. Als Risikofaktoren sind unter anderem eine erhöhte maternale Temperatur, grünes Fruchtwasser, vaginale Blutung und eine Oxytocingabe genannt.

Ab der späten Eröffnungsphase soll eine kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung stattfinden. Allgemein gilt, dass bei regelrechtem Geburtsverlauf keine Interventionen oder kein aktives Management empfohlen ist. Zeigt sich ein protrahiertes Verlaufs, soll unter Berücksichtigung von Parität, Muttermundöffnung, Wehentätigkeit sowie psychischem Zustand der Gebärenden eine Amniotomie,

Analgesie sowie eine vaginale Untersuchung nach zwei Stunden angeboten werden. Zudem ist bei unzureichender Wehentätigkeit eine Beratung zur Oxytocingabe indiziert.

Die Austrittsphase beginnt mit vollständiger Muttermundöffnung. Hierbei wird die passive von der aktiven Austrittsphase unterschieden. Kennzeichen der passiven Austrittsphase sind ein fehlender Pressdrang, wobei durch regelmäßige Kontraktionen der vorangehende Kindsteil tiefertritt. Abzugrenzen hiervon ist die aktive Phase, bei der das Kind sichtbar ist und ein reflektorischer Pressdrang besteht oder die Gebärende aktiv mitpresst. In der Austrittsphase soll eine Reevaluation der Situation im stündlichen Abstand erfolgen, wobei in der passiven Phase bei kindlichem und mütterlichem Wohlbefinden bei fehlendem Geburtsfortschritt nicht zwingend Maßnahmen ergriffen werden müssen. In der aktiven Austrittsphase hingegen spricht man von einem protrahierten Verlauf bei ausbleibendem Tiefertreten des Köpfchens bei Erstgebärenden über zwei und Mehrgebärenden über eine Stunde. In diesem Fall sollen Maßnahmen wie beispielsweise eine Amniotomie, Oxytocingaben sowie eine engmaschige geburtsmedizinische Reevaluation ergriffen werden. Außerdem soll die Gebärende über alternative Geburtsmodi wie eine vaginal-operative Entbindung oder eine Sectio caesarea aufgeklärt werden. Ein Geburtsstillstand ist definiert als Überschreiten der aktiven Phase bei Erstgebärenden von drei Stunden und über zwei Stunden bei Mehrgebärenden und soll zu einer zügigen Geburtsbeendigung führen.

Key Facts der S2k-Leitlinie „Geburtseinleitung“

Geburtseinleitungen werden heutzutage bei ca. 20 bis 25 Prozent aller Schwangerschaften durchgeführt und stellen damit eine häufig eingesetzte Maßnahme in der Geburtshilfe dar. Die Indikationen zur Geburtseinleitung nehmen insgesamt zu, da die Risiken und Komplikationen bei vorliegenden Risikokonstellationen am Ende der Schwangerschaft steigen. Wichtig bei jeder Geburtseinleitung ist jedoch die richtige Indikationsstellung, die Abwägung des individuellen Risiko-/Nutzenverhältnisses sowie ein standardisiertes Management der Geburtseinleitung. Ziel der aktuellen S2k-Leitlinie ist es daher, diese Punkte evidenzbasiert zu vereinheitlichen und somit das beste Outcome für die Schwangere und ihr Kind zu erzielen.

Häufige Indikationen zur Geburtseinleitung sind beispielsweise eine Terminüberschreitung oder Übertragung, ein vorzeitiger Blasensprung, ein (insulinpflichtiger) Gestationsdiabetes, ein Oligohydramnion oder ein Polyhydramnion, eine vorliegende Gestationshypertonie, eine chronische Hypertonie oder eine Präeklampsie, Geminigraviditäten sowie eine intrahepatische Schwangerschaftscholestase, ein SGA/IUGR-Fet oder ein LGA-Fetus.

Besonders empfehlenswert ist eine sequentielle Geburtseinleitung. Hierbei wird zunächst eine mechanische Einleitung empfohlen, zum Beispiel durch einen Ballonkatheter, gefolgt von einer medikamentösen Methode, zum Beispiel durch ein orales Prostaglandin. Misoprostol ist bei unreifem Zervixbefund das wirksamste Medikament zur Geburtseinleitung mit einer höheren Rate vaginaler Geburten bei geringerer Sectio-Rate. Vor der Anwendung muss die Schwangere bis zum Erhalt einer neuen Zulassung jedoch über den Off-Label-Use aufgeklärt werden. Bei reifem Muttermundbefund ist eine Einleitung durch eine Amniotomie, gefolgt von einer zügigen Oxytocingabe effektiv.

Eine weitere etablierte mechanische Methode stellt die Epollösung dar, die der Schwangeren ab dem Entbindungstermin angeboten werden kann. Der sogenannte Wehen-Cocktail (Rizinusöl) hingegen sollte aufgrund seiner möglichen Nebenwirkungen wie Diarrhoe und uteriner Überstimulation nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden.

Fortsetzung des Artikels von Seite 2

Insgesamt sollte die Geburtseinleitung unter regelmäßigen CTG-Kontrollen erfolgen, um das Wohl von Mutter und Kind stetig überprüfen zu können. Daher muss insbesondere die medikamentöse Einleitung im stationären Setting erfolgen.

Auch bei Zustand nach Sectio caesarea in der vorherigen Schwangerschaft kann eine Geburtseinleitung erfolgen. Die Erfolgsraten für eine vaginale Geburt nach einem Kaiserschnitt liegt bei ca. 75 Prozent. Zu beachten ist,

dass eine Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt mit mechanischen Verfahren, wie zum Beispiel dem Ballonkatheter, Prostaglandin E2 oder Oxytocin durchgeführt werden sollte. Somit ist die Rate an Uterusrupturen sehr gering.

Schlussendlich wird eine Einleitung nur dann empfohlen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass durch diesen Eingriff ein besseres Geburtsergebnis für Mutter und Kind erreicht wird als bei abwartendem Verhalten.

Aktuelle Daten der CRONOS-Studie

Erst kürzlich haben Medien darüber berichtet, dass sich die Fälle von Schwangeren mit schwerem Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion häufen. Das deckt sich mit den Daten einer deutschlandweiten Registerstudie, die das Forschungsnetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) bereits im April 2020 initiierte. Die „COVID-19 Related Obstetric and Neonatal Outcome Study“ (CRONOS) hilft dabei, die Auswirkungen einer SARS-CoV-2-Infektion in der Schwangerschaft auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen zu untersuchen. Das Ziel der Studie ist es, Ärztinnen und Ärzten auf der Grundlage von in Deutschland generierten Daten Empfehlungen zur Behandlung betroffener Patientinnen zu geben. 155 deutsche Geburtskliniken sowie das Universitätsklinikum Linz (Österreich) nehmen an der Studie teil und haben inzwischen die Daten von mehr als 2.400 Frauen mit nachgewiesener Infektion mit SARS-CoV-2 in der Schwangerschaft erfasst. Aktuell wird das Register um zusätzliche Komponenten erweitert, um sowohl die psychischen Auswirkungen von COVID-19 zu beurteilen, aber auch um Daten zur Impfung während der Schwangerschaft und zu den langfristigen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion zu sammeln. Wir möchten in der nebenstehenden schematischen Darstellung kurz die aktuellen Studiendaten präsentieren, alle weiteren Informationen zur Studie sind auf www.dgpm-online.org und im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00021208) erhältlich.

Abbildung 1: Überblick über die aktuellen Daten der CRONOS-Studie; Quelle: www.dgpm-online.org/gesellschaft/covid-19; Stand: 18. Juni 2021



Vorgehen bei Rhesus-negativen Müttern

Erwartet eine Rhesus-negative Frau ein Rhesus-positives Kind, kann das mütterliche Blut Anti-D-Antikörper bilden, die vor allem im Rahmen einer zweiten Schwangerschaft in den Blutkreislauf des Ungeborenen gelangen und seine Entwicklung schwer beeinträchtigen

können bis hin zu letalen Verläufen. Aus diesem Grund erhalten alle Rhesus-negativen Schwangeren zwischen der 28. und 30. Schwangerschaftswoche eine Anti-D-Prophylaxe, die aus menschlichem Spenderblut hergestellt wird.

Fortsetzung des Artikels von Seite 3

In unserer aktuellen klinischen Routine wird bei Kindern von Rhesus-negativen Müttern innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Blutgruppe bestimmt. Ist der Rhesusfaktor des Kindes negativ, so ist keine Rhesusprophylaxe erforderlich. Ist der Rhesusfaktor des Kindes positiv, so wird eine Rhesusprophylaxe (Rhopylac® 300 µg i. m.) appliziert und nach weiteren 24 Stunden der HbF-Zellen-Gehalt im mütterlichen Blut bestimmt. Ist der Anteil der HbF-Zellen unter 0,4 Prozent, so besteht kein weiterer Handlungsbedarf. Liegt er darüber, so erfolgt eine erneute Gabe von Rhophylac® 300 µg. So wird gewährleistet, dass die Dosierung der Rhesusprophylaxe, die bei jeder Patientin individuell sein kann, ausreichend ist. Abschließend wird im Rahmen der U2 der Bilirubinwert beim Kind als Hinweis für eine mögliche Hämolyse kontrolliert.

Im Sommer vergangenen Jahres hat nun der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, dass die

vorgeburtliche Rhesusfaktorbestimmung aus mütterlichem Blut zur Kassenleistung wird. Die medizinisch unnötige Gabe von Blutprodukten an Rhesus-negative Schwangere könnte so in etwa 40 Prozent der Fälle vermieden werden. Ähnlich wie bei den mittlerweile gut etablierten nicht-invasiven Pränataltests, bei denen über das maternale Blut zellfreie kindliche DNA (cfDNA) auf Chromosomenstörungen untersucht wird, kann der fetale Rhesusfaktor ab der 12. Schwangerschaftswoche bei Einlingsgraviditäten mithilfe von cfDNA bestimmt werden. Somit gilt für die Durchführung des Tests auch die Aufklärungs- und Beratungsverpflichtung nach den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes. Der Beschluss des G-BA ist Ende November 2020 in Kraft getreten. Im Anschluss hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, um die Vergütung festzulegen, was bedeutet, dass eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen in den nächsten Wochen erwartet werden kann.

Personalia

Neue Mitarbeiter:



Dr. med. Viola Denzinger,
seit 04/2021

Veranstaltungen

Perinatalsymposium 2021

20. Oktober 2021, weitere Informationen folgen

Gyn-Onko-Update 2021

8. Dezember 2021, weitere Informationen folgen

Impressum

Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik

Universitätsstr. 21/23
91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33553

Fax: 09131 85-33456

fk-direktion@uk-erlangen.de

www.frauenklinik.uk-erlangen.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,
91012 Erlangen

Wenn Sie zukünftig keine Zusendung des Newsletters wünschen, dann bitten wir um eine kurze Rückmeldung an fk-direktion@uk-erlangen.de.