

Wunsch nach Spontangeburt

Vaginale Geburt bei Status nach Sectio

Jedes dritte Kind kommt in der Schweiz per Kaiserschnitt auf die Welt. In 40% der Fälle handelt sich um einen wiederholten Kaiserschnitt. Obwohl schon lang nicht mehr nach dem Prinzip „einmal Kaiserschnitt immer Kaiserschnitt“ entschieden wird und trotz verschiedenen internationalen Richtlinien, bleibt die vaginale Geburt nach Kaiserschnitt eine Seltenheit. Dieses Update basiert auf der aktuell vorhandenen Evidenz über das Thema und soll eine unterstützende Hilfe bei der Beratung von Frauen mit Wunsch nach Spontangeburt nach Kaiserschnitt sein.



Dr. med.
Monya Todesco Bernasconi
Aarau

+ En Suisse, un enfant sur trois naît par césarienne. Dans 40% des cas, il s'agit d'une césarienne itérative. Bien que depuis longtemps on ne décide plus selon le principe « une fois césarienne, toujours césarienne » et malgré l'existence de diverses directives internationales, l'accouchement vaginal après césarienne reste une rareté. La présente mise à jour, fondée sur les évidences actuellement disponibles sur le sujet, se veut une aide pour conseiller les femmes avec un désir d'accouchement par voie basse après césarienne.

Aktuelle Trends

Gemäss Bundesamt für Statistik erfolgten 32.7% der Entbindungen im Jahr 2012 per Kaiserschnitt. 1998 waren es 22.7%. Bei den verschiedenen Ursachen dieser Zunahme der Kaiserschnitte ist auch die niedrige Rate an Spontangeburt bei Zustand nach Kaiserschnitt zu erwähnen. Frauen mit Zustand nach Kaiserschnitt haben in den USA eine Wahrscheinlichkeit von 92% in der folgenden Schwangerschaft erneut einen Kaiserschnitt zu erleben (1). In unserer Klinik lag diese Wahrscheinlichkeit im Jahr 2012 bei 82%,

schweizweit bei 96.2% (2). Eine mögliche Erklärung für die tiefe Rate an Spontangeburt nach Kaiserschnitt ist die Angst vor schweren Komplikationen, wie die Uterusruptur, die Hysterektomie, deren legalen Folgen und der primäre Wunsch der Frauen nach erneutem Kaiserschnitt.

Auswahlkriterien für eine erfolgreiche vaginale Geburt bei Zustand nach Kaiserschnitt

Verschiedene Beobachtungsstudien haben bereits die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen vaginalen Geburt untersucht (3, 4). In einem Allgemeinkollektiv bewegen sich die Zahlen zwischen 60 und 80%. Es liegen auch Daten bei Zustand nach mehreren Kaiserschnitten vor.

Macones (5) und Cahill (6) fanden ähnliche Erfolgsraten (75.5% vs 74.6% und 79.8% vs 75.5% resp.) nach einem oder mehreren Kaiserschnitten. Landon (7) fand einen signifikanten Unterschied jedoch in geringem Ausmass (74% vs 66%) zwischen den Gruppen mit vaginaler Geburt nach einem und nach mehreren Kaiserschnitten. Eine persönliche Evaluation der einzelnen Faktoren ist, zusammen mit einer Dokumentation der Diskussion über Risiken und Vorteile, von grosser Bedeutung in der Entscheidung des Entbindungsmodus.

In den vergangenen Jahren wurden mehrere Modelle zur Berechnung der individuellen Wahrscheinlichkeit einer Vaginalgeburt vorgeschlagen. Dazu werden vorgeburtliche, intrapartale Faktoren, oder die Kombination der beiden angewendet. Mit dem Modell von Grobman (8) kann die Beratung während der Schwangerschaft, basierend auf vorgeburtlichen Faktoren stattfinden. Geburtsnahe kann die Voraussage einer vaginalen Geburt mit den Daten der intrapartalen Ereignisse verfeinert werden (9). Tabelle 1 zeigt die günstigen und ungünstigen Faktoren für dieses Modell. Diese sind auch in einem Tool zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen vaginalen Geburt online zu finden. Unter <http://www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbirth.html> kann damit innerhalb weniger Sekunden die patientenspezifische Erfolgchance berechnet werden.

Maternale Komplikationen

Die gelungene Vaginalgeburt nach Kaiserschnitt hat viele Vorteile für die Mutter. Dennoch sind die gefährlichsten Komplikationen beim sekundären Kaiserschnitt zu finden.

TAB. 1 Risikofaktoren für eine erfolgreiche oder erfolglose vaginale Geburt nach Kaiserschnitt	
erhöhter Erfolg	verminderter Erfolg
St.n. vaginale Geburt	höheres mütterliches Alter
frühere erfolgreiche Vaginalgeburt nach Sectio	Adipositas (BMI >30 kg/m ²)
Kaukasierin	nicht Kaukasierin
fehlende medizinische Indikation für die vergangenen Sectio	Terminüberschreitung (≥41 SSW)
reife Zervix	Makrosomie (>4000g)
spontaner Geburtsbeginn	Geburtseinleitung oder medikamentöse Wehenunterstützung
	Präeklampsie, arterielle Hypertonie, Diabetes, Nephropathie
BMI, body mass index. Daten aus Grobman WA, et al. 8	

TAB. 2 Zusammenfassung der Komplikationen nach Geburtsmodus				
	geplante Re-Section %	TOLAC %	TOLAC Outcome	
			VBAC %	erfolgreiche TOLAC %
Uterusruptur	0	0.7	0.1	2.3
Hysterektomie	0.3	0.2	0.1	0.5
Bluttransfusion	1	1.7	1.2	3.2
Organverletzung	0.3	0.4	0.01	1.3
TVT oder LE	0.1	0.04	0.02	0.1
Endometritis	1.8	2.9	1.2	7.7
mütterliche Mortalität	0.04	0.02	0.01	0.04

TOLAC, trial of labor after cesarean delivery; VBAC, vaginal birth after cesarean delivery; TVT, tiefe venöse Thrombose; LE, Lungenembolie
 Daten aus Landon MB, et al. (10)

TAB. 3 Risiko einer Plazenta praevia		
Anzahl Kaiserschnitt	RR	95% CI
1	4.5	3.6–5.5
2	7.4	7.1–7.7
3	6.5	3.6–11.6
≥4	44.9	13.5–149.5

RR relative risk; CI, Confidence Interval; Daten aus Ananth, et al. (18)

Kurzfristig eintretende Komplikationen

Die Uterusruptur ist ohne Zweifel am meisten gefürchtet und muss getrennt von der Narbendehiszenz betrachtet werden. Bei der letzten bleibt die Serosa erhalten und sie ist nicht mit schlechtem Outcome verbunden. In einer Studie des MFM Networks mit rund 18000 Frauen fand sich eine Inzidenz der Uterusruptur von 0.69% bei Versuch einer vaginalen Geburt bei Zustand nach Kaiserschnitt (10). Trotz limitierten Daten scheint das Risiko nach einem Kaiserschnitt in der Frühgeburtszeit höher zu sein (bis 1%). Der Grund könnte bei der allgemein höher durchgeführten Uterotomie sein, mit der konsequenten Narbenbildung im kontraktilen Bereich der Gebärmutter. Genau aus diesem Grund raten die Richtlinien des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) und des Royal College of Obstetricians and Gynecologists von einer vaginalen Geburt bei Zustand nach klassischer oder T-Uterotomie ab (11, 12). Die Anzahl an früher durchgeführten Kaiserschnitten und der Typ des Verschlusses der Uterotomie sind ebenfalls mit einem erhöhten Risiko der Uterusruptur in Zusammenhang gebracht worden. Eine Studie von Macones (13) im 2005 zeigte die gleiche Erfolgsrate bei Zustand nach zwei Sectiones, jedoch ein erhöhtes Risiko für Uterusruptur (1,8% vs. 0.9% nach 2 bzw. 1 Kaiserschnitt). Zu ähnlichen Resultaten kommt eine Meta-Analyse mit 17 Studien vom 2010 (14). Landon (15) hingegen beschreibt eine ähnliche

Rate an Uterusrupturen (0.9% vs. 0.7%). Auf Grund der inkonklusiven Daten und der niedrigen Inzidenz der Uterusruptur, kann die vaginalen Geburt auch nach zwei Kaiserschnitten angeboten werden.

Bujold (16) fand in einer Studie vom 2010 eine 2.7-fach höhere Rate an Uterusruptur nach einschichtigen Naht der Uterotomie im Vergleich mit der zweischichtiger Technik. Auch der kurze zeitliche Intervall (kleiner 18 Monate) zwischen dem Kaiserschnitt und der folgenden Geburt gilt als Risikofaktor. Gemäss Bujold und Gauthier (17) ist das Risiko 3-fach erhöht [odds ratio 3.0; 95% confidence interval: 1.3–7.2]. Der Einsatz von Wehenmitteln im Rahmen einer Einleitung oder bei insuffizienten Wehen ist ebenfalls mit einem erhöhten Rupturrisiko verbunden. Dabei ist es nicht klar, ob die Wehenmittel primär ursächlich sind oder der ungünstige Befund der Zervix. Landon (10) beschreibt ein Risiko von 0.4% bei spontanem Geburtsbeginn, 0.9% bei Oxytocin zur Wehenunterstützung, 1.1% und 1.4% bei Geburtseinleitung mit nur Oxytocin respektiv mit Prostaglandinen und Oxytocin. ACOG rät von einer Einleitung mit Misoprostol ab (10). Hingegen ist die mechanische Zervixreifung eine Einleitungsoption bei unreifer Zervix.

Andere maternale Komplikationen wie Hysterektomie, Bluttransfusionen, Thromboembolien, Endomyometritis usw. sind viel seltener. Der Erfolg der versuchten vaginalen Geburt spielt dabei eine grosse Rolle. Die Daten dazu sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Langfristig eintretende Komplikationen

Mit zunehmender Anzahl an Kaiserschnitten nimmt das Risiko einer Plazenta praevia zu (siehe Tabelle 3). Auch das Risiko einer Plazenta accreta nimmt zu, insbesondere bei vorhandener Plazenta praevia: 3.3% nach einem, 11% nach zwei, 40% nach drei und über 60% nach vier oder mehr Kaiserschnitten (18). Lydon-Rochelle (19) et al haben eine Kohorte von 96,975 Erstgebärenden analysiert. Frauen mit einem Kaiserschnitt in der ersten Schwangerschaft hatten eine OR von 1.3 (95% CI: 1.1–1.5) für vorzeitige Plazentalösung und 1.4 (95% CI: 1.1–1.6) für Plazenta praevia in der zweiten Schwangerschaft verglichen mit Frauen nach vaginaler Geburt.

Potentiell kann es durch eine Verletzung der Gebärmutter beim Kaiserschnitt oder durch die Bildung von postoperativen Adhäsionen zu einer Beeinträchtigung der Fertilität kommen. Es ist aber schwierig diese negative Wirkung mit einer Studie zu beweisen, da noch viele andere Faktoren hier einen Einfluss haben.

Eine andere befürchtete Komplikation ist die Narbenschwangerschaft. Sie wird in den letzten Jahren mit der Zunahme der Kaiserschnitttrate häufiger diagnostiziert (1 von 2000 Schwangerschaften) (20).

Neonatale Komplikationen

Diese gehören auch zur pränatalen Beratung bei Zustand nach Kaiserschnitt. Die perinatale Mortalität bei vaginaler Geburt nach Sectio ist höher als beim geplanten wiederholten Kaiserschnitt. Die OR war 2.05 (95% CI: 1.17–3.57) in einer Meta-Analyse von 11 Studien vom 2002 (21). Eine ähnliche Tendenz ohne Signifikanz zeigte die prospektive MFM Network trial mit einer OR von 1.82 (95% CI: 0.73–4.57) (9). Trotzdem bleibt die perinatale Mortalität mit einer Inzidenz von 0.3/1000 Geburten nach Kaiserschnitt eine sehr seltene Komplikation (22).

Das Risiko des Atemnotsyndroms (ANS) und der persistierenden pulmonalen Hypertonie (PPH) ist bekanntlich höher nach Kaiserschnitt. Levine et al. (23) fanden ein erhöhtes Risiko für ANS

(OR = 2.8, (95% CI: 2.1–3.8) und für PPH (OR = 4.6, CI: 1.9–11) bei Neugeborenen nach Sectio im Vergleich mit den vaginal Geborenen. Es ist wichtig an dieser Stelle noch das erhöhte Risiko für die hypoxisch ischämische Enzephalopathie (0.08% vs 0%, $P < 0.001$) in der Gruppe mit versuchter Vaginalgeburt nach Kaiserschnitt zu erwähnen (10). Etwa die Hälfte dieser Komplikationen trat im Rahmen einer Uterusruptur auf.

Dr. med. Monya Todesco Bernasconi

Chefärztin Geburtshilfe und Perinatalmedizin
Kantonsspital Aarau, 5000 Aarau
monya.todesco@ksa.ch

Take-Home Message

- ◆ Frauen mit Status nach Kaiserschnitt müssen bereits früh in der Schwangerschaft über die möglichen Geburtsmodi und deren Vor- und Nachteile informiert werden
- ◆ Hilfe dabei bietet das Informationsblatt der Gynécologie Suisse und der Schweizerischen Patienten Organisation (24)
- ◆ Diese Diskussion soll geburtsnah nach Berücksichtigung individueller Risikofaktoren ergänzt werden
- ◆ Eine gemeinsam getroffene Entscheidung über die Art der Geburt (unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen, Familienplanung und der vorhandenen Evidenz) ist von grosser Wichtigkeit und soll gut dokumentiert sein.

Message à retenir

- ◆ Les femmes enceintes après césarienne doivent être informées déjà au début de la grossesse sur les modes d'accouchement possibles, leurs avantages et inconvénients
- ◆ Une aide est offerte par les fiches d'information de gynécologie suisse et de l'Organisation Suisse des Patients (24)
- ◆ Cette discussion initiale doit être complétée à l'approche de l'accouchement en considérant les facteurs de risque individuels de chaque patiente
- ◆ Il est important que la décision sur le mode d'accouchement soit prise en commun (en tenant compte des préférences personnelles, du planning familial envisagé et du degré d'évidence amené par les études existantes). Elle doit être bien documentée

Literatur:

1. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2007. Natl Vital Stat Rep. 2010; 5(24):1-85
2. Arbeitsgemeinschaft Schweizerische Frauenkliniken
3. Flamm BL, Newmann LA, Thomas SJ, et al.: Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborative study. Obstet Gynecol. 1990;76:750-754
4. Miller DA, Dia FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. Obstet Gynecol. 1994;84:255-258
5. Macones GA, Cahill AG, Stamilio DM, et al. Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted? Am J Obstet Gynecol. 2006; 195(4):1148-1152
6. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, et al. Vaginal birth after cesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. BJOG. 2010;117(4):422-427
7. Landon MF, Spong CY, Thom E, et al: Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior Caesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:12-20
8. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007;109(4):806-812
9. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? Am J Perinatol. 2009;26(10): 693-701
10. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004; 351(25):2581-2589
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2010;116(2,pt 1):450-463
12. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-45>
13. Macones GA, Cahill A, Pare E, et al. Obstetrics outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? Am J Gynecol Obstet. 2005;192(4):1223-1229
14. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two cesarean sections (VBAC-2)- a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) cesarean sections. BJOG. 2010;117(1):5-19
15. Landon MB, Spong CY, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006;108(1):12-20
16. Bujold E, Goyet M, Marcoux S, et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. Obstet Gynecol. 2010;116(1):43-50
17. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Gynecol. 2010;115(5):1003-1006
18. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(5):1071-1078
19. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, et al.: First-birth Cesarean and placental abruption or previa at second birth. Obstet Gynecol. 2001;97:765-769
20. Rotas MA, Haberman S, Levgr M: Cesarean scar ectopic pregnancies: Etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol. 2006 107:1373-1381
21. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, et al. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA. 2002;287(20):2684-2690
22. Chauhan DP, Martin JN, Jr, Henrichs CE, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(2):408-417
23. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, et al. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol. 2001;97(3):439-442
24. http://sggg.ch/files/fckupload/file/Informationsblätter/Informationsblatt_fuer_Schwangere_nach_vorausgegangenem_Kaiserschnitt.pdf