

SGGG-Kongress 2015: Präsentation neuer Guidelines

Sectio Caesarea

Im Jahre 2010 gebar in der Schweiz eine von drei Frauen durch Kaiserschnitt. Die Gründe dafür sind nicht eindeutig belegt, wie aus einer wissenschaftlichen Analyse des BAG, die auf einer Motion von Ständerätin Maury Pasquier erfolgte, hervorgeht. In der Folge erarbeitete die Qualitätskommission der SGGG eine Richtlinie zu diesem Thema, die von Frau Prof. Dr. med. Irene Hösl, Basel präsentiert wurde. Die Grundlage bildeten Literaturrecherchen (Pubmed) und internationale Guidelines.

Indikationen für eine Sectio:

Es wurden grosse Variationen zwischen den verschiedenen Fachgesellschaften festgestellt.

- Absolute Indikation: 10–30% – Eindeutige Senkung der maternalen/neonatalen Morbidität/Mortalität durch CS
- Relative Indikation: 70–90% – Abwägen zwischen geburtsmedizinischen Risiken bei vaginaler Geburt im Vergleich zur CS
- Mütterlicher Wunsch: ca 1–3%

TAB. 1 Absolute Sectio-Indikation (geplant oder ungeplant)	
NICE	RCOG
	Nabelschnurprolaps, wenn nicht unmittelbar Spontangeburt bevorsteht
Placenta praevia totalis oder partialis	Placenta praevia, Tiefsitz <2cm, vasa praevia
V, a. Placentationsstörung	
Genitaler Primoinfekt HSV 3. Trimester	Primoinfekt HSV 3. Trimester
HIV, falls keine antiretrovirale Therapie durchgeführt wurde oder unter HAART eine Viruslast von >400 Kopien/ml resp. unter ART >50 Resp Koinfektion mit Hepatitis C	
	SGA mit pathologischem Dopplerbefund

TAB. 2 Relative Indikationen	
NICE	RCOG
Mehrlinge, falls Zwilling I nicht in Kopflage	
Beckenendlage nach gescheiterter Wendung oder bei Kontraindikationen	Beckenendlage mit Kontraindikationen
	Status nach 1 bzw 2 Sectiones

TAB. 3 CS auf mütterlichen Wunsch			
NICE	ACOG	RANZCOG	SGGG
Angst vor Vaginalgeburt nach Aufklärung	Fehlen jeglicher maternalen oder fetale Indikationen	Keine identifizierbaren medizinischen oder geburtshilflichen Kontraindikation für eine vaginale Geburt	Die in der Schweiz übliche Definition der Sectio auf Wunsch entspricht den Formulierungen der ACOG



Definitionen

Antepartum ist definiert als geplant, intrapartum als ungeplant. Der Begriff „primär/sekundär“ ist inkonsistent genutzt und wird ersetzt. Nachfolgend sind die absoluten Indikationen für eine SC nach den NICE oder RCOG Guidelines aufgelistet.

Aufklärung und Einwilligung

Die SGGG stellt als Basisaufklärung die Informationsbroschüre über die Geburt und das Aufklärungsprogramm über den Kaiserschnitt zur Verfügung. Im Übrigen erfolgt das individualisierte konkrete Aufklärungsgespräch, bei dem der Arzt über die spezifische Situation informiert und Fragen der Schwangeren beantwortet. Der Arzt ist für die genügende Aufklärung und Einwilligung beweispflichtig. Die rechtmässige Einwilligung liegt nur dann vor, wenn der Arzt rechtzeitig aufklärt. Bei elektiver Sectio hat die Aufklärung mit genügender Bedenkfrist vor dem Eingriff zu erfolgen. Die SGGG hat in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Patientenorganisation ein Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt verfasst.

Einteilung nach Robson Kriterien

Die erwähnten Einteilungen erlauben keine einfachen Vergleiche zwischen verschiedenen Spitälern oder im internationalen Vergleich, da die Begriffe unterschiedlich ausgelegt werden können. 2001 wurde durch Robson ein 10 Gruppenklassifikationssystem vorgeschlagen, das die Gruppen klar definiert, einfach anzuwenden ist und Begriffe gegenseitig ausschliesst. (Tabelle 4).

Kurzfristige maternale und neonatale Risiken der Sectio

Unabhängig vom Geburtsmodus birgt eine Geburt potentielle Risiken für Mutter und Kind. Die National Institutes of Health haben evidenzbasierte Daten zu den Risiken und Vorteilen der Sectio und der vaginalen Geburt publiziert, wobei es schwierig ist, die Morbiditätsrisiken nach Geburtsmodus zu isolieren. Eine kürzlich erschienene Metaanalyse (Azam S et al Curr Opin Obstet Gynecol 2014; 26: 461–468) konnte keinen signifikanten Unterschied in der maternalen Mortalität zeigen.

Langfristige maternale Risiken

Trotz reduzierter perioperativer Risiken bei der CS nimmt die maternale Mortalität langfristig zu, wenn man die Konsequenzen der ersten CS in Bezug auf die Periode der Fertilität und danach betrachtet.

Placentationsstörungen: Das Risiko für eine abnorm adhäsive Placenta (accreta-percreta, placenta praevida) hängt von der Anzahl CS und dem Abstand des letzten chirurgischen Eingriffs/Curettage, CS ab. Bei Schwangeren mit Status nach CS, die eine sonographisch bestätigte tief liegende Placenta haben, sollte bei 32-34 SSW ein Doppler-Ultraschall zur Abklärung einer Placenta accreta vorgenommen werden, bei Verdacht auf Placenta percreta kann ein MRI zusätzliche Informationen liefern.

Langzeit pädiatrische Risiken

Auswirkungen der Geburtsart auf die Prävalenz von Asthma, allergischen Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronisch inflammatorische Darmerkrankungen, Magenkrebs, aber auch Autismus werden diskutiert. Als pathogenetische Mechanismen wird eine Beeinflussung des Immunsystems des Kindes durch eine abnorme bakterielle Besiedelung des Darmtrakts infolge fehlenden Kontakts mit dem mütterlichen vaginal-perianalen Mikrobiom, eine veränderte Aktivierung des Immunsystems durch verminderten antenatalen Stress und eine veränderte epigenetisch regulierte Genexpression gesehen. Die Kausalität ist für alle diskutierten Krankheiten noch offen.

Prävention der sekundären CS

Die beiden häufigsten Indikationen für eine erstmalige CS sind Geburtstillstand und suspektes CTG. Neuere Daten deuten darauf hin, dass die Muttermundseröffnung im Vergleich zu historischen Daten langsamer abläuft. Bis zu einer Muttermundweite von 6 cm kann der Verlauf langsamer sein (< 1 cm/h) und die aktive Phase erst danach einsetzen. Eine prolongierte Latenzphase (> 20 h bei Erstgebärenden und > 14 h bei Mehrgebärenden) sollte keine Indikation für eine Sectio sein. Eine Sectio bei Geburtstillstand in der Eröffnungsperiode (> 6 cm) sollte bei den Schwangeren dann durchgeführt werden, wenn bei eröffneter Fruchtblase und regelmässigen Wehen unter Oxytocingabe während 4h ein gleicher Befund erhoben wird.

Die Interpretation des CTG hat sich durch bessere technische Möglichkeiten und Standardisierung ebenfalls geändert. Bei unauffälligem CTG kann ein normaler Verlauf abgewartet werden und es ist unter Monitoring mit einem unauffälligen neonatalen Outcome zu rechnen. Bei pathologischem CTG müssen unverzüglich entsprechende Massnahmen ergriffen werden, da bei entsprechenden CTG Mustern und einem pathologischen pH mit Enzephalopathie oder Zerebralparese gerechnet werden muss.

TAB. 4 Klassifikation der CS	
Robson-Gruppe	Patientenkollektiv
1	Nullipara, Einling, Schädellage, > = 37 SSW, spontane Wehentätigkeit
2	Nullipara, Einling, Schädellage, > = 37 SSW, eingeleitet oder Sectio vor Beginn Wehen Tätigkeit
2a	Nullipara, Einling, Schädellage, > = 37 SSW, eingeleitet
2b	Nullipara, Einling, Schädellage, > = 37 SSW, Sectio vor Beginn Wehen Tätigkeit
3	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, > = 37 SSW, spontane Wehen Tätigkeit
4	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, > = 37 SSW, spontane Wehen Tätigkeit
4a	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, > = 37 SSW, eingeleitet
4b	Multipara (frühere Sectio ausgeschlossen), Einling, Schädellage, > = 37 SSW, Sectio vor Beginn Wehen Tätigkeit
5	Frühere Sectio, Einling, Schädellage, > = 37 SSW
6	Nullipara, BEL
7	Multipara, BEL (inklusive frühere Sectio)
8	Mehrrings-Schwangerschaft, (inklusive frühere Sectiones)
9	Lageanomalien (inklusive frühere Sectiones)
10	Frühgeburt < 37 SSW, Einling, Schädellage, (inklusive frühere Sectiones)

Eine der effektivsten Strategien zur Vermeidung perinataler Ereignisse ist die kontinuierliche Betreuung der Gebärenden. Entsprechende Metaanalysen haben gezeigt, dass eine 1:1 Betreuung die Zufriedenheit der Frauen mit dem Geburtserleben deutlich verbessert und die Rate an Sectiones reduziert.

Guideline für das Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung

Die Erstellung von qualitativ hochstehenden evidenzbasierten Leitlinien ist eine Riesenarbeit, die seit 2014 (offizieller Beginn) zur Zusammenarbeit zwischen der SGGG, der DGGG und der OEGGG geführt hat, orientierte der Präsident der Qualitätskom-

TAB. 5 Dringlichkeit der Sectio			
Grad	Begriff	Definition	Entscheid-Entbindungszeit
1	Notfall (=Blitzsectio oder Notsectio)	Lebensbedrohlicher Notfall, für Mutter/Kind. Beisp. schwere Bradykardie, Uterusruptur	So schnell wie möglich
2	Dringend	Maternale oder fetale Beeinträchtigung, die nicht direkt lebensbedrohlich ist, z.B. Geburtstillstand, mit maternaler oder fetaler Beeinträchtigung	60 Minuten
3	Ungeplant, nicht dringlich (Sectio „ohne Eile“)	Keine Beeinträchtigung von Mutter/Kind aber Sectioindikation gegeben (z.B. Geburtstillstand oder maternale oder fetale Beeinträchtigung)	Nach Absprache, bei Geburtstillstand in der Regel innerhalb von 2 Stunden
4	geplant	Geplanter Eingriff	Mindestens am Vortag im OP Programm eingeplant

mission **Prof. Dr. med. Daniel Surbek**, Bern, der die Guideline „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ präsentierte.

Bei einer Überschreitung des errechneten Geburtstermins spielt pathophysiologisch die verbleibende Plazentafunktion bzw deren Reservekapazität eine Rolle. Ausreichend belegt ist, dass eine verminderte Fruchtwassermenge ein Hinweis auf eine Plazentainsuffizienz darstellt. Die Abnahme der Fruchtwassermenge ist unter anderem auf eine Abnahme der fetalen Urinproduktion zurückzuführen.

Die Terminüberschreitung ist ein Prognosefaktor für schlechtes neonatales Outcome. So ergibt sich nach Ausschluss von Risiken wie Diabetes, Hypertonie, Eklampsie, präexistente Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen eine deutliche Erhöhung des fetalen Risikos für einen IUFT zwischen SSW 37+0 bis 41+6 für alle Altersgruppen, besonders aber für Mütter > 35 Jahre.

Das Risiko für einen IUFT für mütterlichen BMI zu Beginn der Schwangerschaft, mütterliches Alter, Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und Primiparität (Daten aus Flenady et al 2011) sind in der Tab. 7 wiedergegeben.

Empfehlungen zum klinischen Management für risikoarme Schwangerschaften

Bei komplikationslosen Schwangerschaften besteht zwischen den Schwangerschaftswochen 37+0 bis 39+6 kein Anlass zur Empfehlung einer Geburtseinleitung. Bei einem mütterlichen Alter von über 40 Jahren kann ab SSW 39+0 in Übereinstimmung mit der Empfehlung der RCOG eine Geburtseinleitung angeboten werden.

- Schwangerschaftswochen 40+0 bis 40+6: Mit Erreichen des errechneten Geburtstermins sollte noch einmal überprüft werden, ob tatsächlich eine risikoarme Schwangerschaft vorliegt. Hierzu ist eine Ultraschallkontrolle mit fetaler Gewichtsschätzung und Fruchtwassermengenbestimmung zum Ausschluss einer Oligohydramnie oder der bisher nicht erkannten IUWR geeignet. Ergeben sich keine Gründe für eine Schwangerschaftsbeendigung kann bis zur SSW 40+6 zugewartet werden. Unabhängig davon ist eine Schwangerschaftsbeendigung dann indiziert, wenn aktuelle Ergebnisse der Überwachung von Mutter und Kind eine Gefährdung anzeigen.
- Schwangerschaftswochen 41+0 bis 41+6: Eine Aktualisierte Metaanalyse (Gülmezoglu 2012) zeigt, dass sich mit der Einleitung ab Woche 41+0 die perinatale Mortalität signifikant verringert (RR 0.31; 0.12–0.81), das Risiko für ein Mekoniumaspirationssyndrom signifikant verringert (RR 0.50; 0.34–0.73), das Risiko für eine Geburtsgewicht über 4000g signifikant vermindert wird (RR 0.73; 0.64–0.84) und die Sectiorate signifikant vermindert wird (RR 0.89; 0.81–0.97). Die Autoren der Leitlinie empfehlen deshalb ab SSW 41+0 eine Geburtseinleitung anzubieten; sie spätestens ab SSW 41+3 zu empfehlen.
- Ab SSW 42+0: Ab SSW ≥ 42+0 ist eine Einleitung oder Beendigung der Schwangerschaft per Sectio auch ohne das Vorliegen anderer Risikofaktoren indiziert.
- Überwachung nach SSW 40 0/7a alle 3 Tage
 - CTG: NST (RUHE-CTG)



- Ultraschall: Fruchtwassermenge (AFI >5 oder max. Depot > 3), Doppler: Cerebro-placentare Ratio (CPR)?, Placentamorphologie
- Amnioskopie und Wehenbelastungstest obsolet).

Als Take Home Message fasst der Referent zusammen:

- Terminalsicherung, Risikoschwangerschaft ausschliessen
- Perinatale Morbidität und > Mortalität SSW > 41 0/7 erhöht, gesamthaft aber kleines Risiko
- Bei 41 0/7 Einleitung anbieten oder empfehlen (abhängig von Präferenzen der Schwangeren)
- Zusatzrisiken Alter, BMI und Nikotinabusus berücksichtigen
- Überwachung bei niedrigem Risiko:
 - US (AFI und Gewichtsschätzung) bei 40 0/7 (Ausschluss Oligohydramnie und IUWR), CTG
 - Evtl Doppler (cerebro-placentäre Ratio)?

TAB. 6 Maternale Morbidität: Placenta praevia und Placenta accreta und Anzahl Sectiones			
Anzahl CS	Placenta praevia (n)	Anteil Placenta accreta bei Pl. praevia (n, %)	Anteil Pl. accreta ohne Pl. praevia (n, %)
1	398	13 (3.3)	2 (0.03)
2	211	23 (11)	26 (0.2)
3	72	29 (40)	7 (0.1)
4	33	20 (61)	11 (0.8)
5	6	4 (67)	2 (0.8)
≥ 6	3	2 (67)	4 (4.7)

TAB. 7 Risikofaktoren für einen IUFT	
	OR (95% CI)
BMI < 25	1.0
BMI 25–30	1.2 (1.09–1.38)
BMI > 30	1.6 (1.35–1.95)
Alter < 35 Jahre	1.0
Alter 35–39 Jahre	1.5 (1.22–1.73)
Alter ≥ 40 Jahre	2.3 (1.54–3.41)
Nikotinabusus	1.4 (1.27–1.46)
Primiparität	1.4 (1.42–1.33)

Eliminierung von Masern und Röteln in der Schweiz

Die nationale Strategie zur Eliminierung von Masern (2011–2015) hat zum Ziel $\geq 95\%$ der 2 Jahre alten Kinder mit 2 Dosen der MMR (Masern, Mumps, Röteln) Vakzine zu impfen, wie Frau **Nadine Eckert**, Bundesamt für Gesundheit, Bern, informierte. Damit soll die Lücke bei Kindern/Erwachsenen (>1963) mit Nachholimpfung geschlossen werden. Eine weitere Massnahme ist die schnelle Kontrolle von Masern-Ausbrüchen. Während bei den Zweijährigen in der Zeitperiode von 1999 bis 2003 im Mittel nur 80% eine erste Dosis erhielten, konnte sie in der Zeitperiode zwischen 2011 und 2013 auf über 90% gesteigert werden. Die 16-Jährigen erhielten im Mittel zu 95% eine erste Impfdosis. Eine zweite Dosis erhielten bei den Zweijährigen in der Zeit zwischen 2011–2013 nur im Mittel 85%, bei den 16 Jährigen waren es im Mittel 90%.



Die letzte Rubella-Embryopathie erfolgte in der Schweiz im Jahre 1996, die letzte kongenitale Rubella-Infektion im Jahre 2007 und die letzte Infektion mit Rubella während der Schwangerschaft im Jahre 2009.

2012: Bereit für die Nachholimpfung? Unter 1423 jungen Erwachsenen bejahen dies 21%, 22% sind eher dafür, 29% eher dagegen und 24 % sagen nein (4% ohne Antwort). Dies die Ergebnisse der Masern Baseline Studie im Jahre 2012.

Die Kampagne fordert: Wer Masern hat, muss zu Hause bleiben. Bei der ärztlichen Konsultation soll die Impfkarte mitgebracht werden, der MMR-Vakzine Status geprüft und falls <2 Dosen oder unbekannt soll eine Nachholimpfung erfolgen. Nachholimpfung nach der Schwangerschaft! Familienmitglieder sollen geimpft werden.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: SGGG Jahreskongress 2015 Lugano.