(idw)

idw - Informationsdienst Wissenschaft
Nachrichten, Termine, Experten

Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Dr. Susanna Kramarz, Pressestelle DGGG-Kongress 2012

10.10.2012

http://idw-online.de/de/news500789

Forschungs- / Wissenstransfer, Forschungsergebnisse
Medizin
überregional

Kaiserschnitt oder natürliche Geburt – keine schwierige Entscheidung?

Ein Kaiserschnitt scheint heutzutage ein sehr risikoarmer Eingriff zu sein - allerdings wurden die postoperativen Probleme für Mutter und Neugeborenes lange Zeit vernachlässigt. Dies betonte Prof. Dr. med. Frank Louwen, Frankfurt, auf dem 59 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in München.

Der Kaiserschnitt ermöglicht eine rasche Entbindung, wenn eine vaginale Geburt wegen einer geburtsunmöglichen Lage des Kindes indiziert oder mit einem hohen Verletzungsrisiko für das Kind verbunden ist, wenn bei der Mutter eine geburtsrelevante Erkrankung vorliegt oder wenn unter der Geburt eintretende Komplikationen eine natürliche Geburt ausschließen.
In der Phase nach der Geburt treten bei Patientinnen mit einem Kaiserschnitt im Gegensatz zu Müttern nach einer natürlichen Geburt typische postoperative Probleme und auch gehäuft Komplikationen auf, so Prof. Frank Louwen, Leiter der Abteilung für Geburtsmedizin an der Universitätsfrauenklinik Frankfurt/Main und Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Da für einen Kaiserschnitt die Bauchdecke eröffnet werden muss, sind Schmerzen in der ersten Phase nach der Entbindung operationsbedingt. Da sich in der Schwangerschaft das Gerinnungssystem der Frau verändert, hat eine Wöchnerin auch nach einer natürlichen Geburt ein erhöhtes Risiko für zum Teil lebensbedrohliche Gerinnungskomplikationen wie Thrombosen oder Lungenembolien. Das Risiko für diese schweren Erkrankungen ist nach einem Kaiserschnitt besonders erhöht. Die Sterblichkeitsrate einer gesunden Mutter ist gegenüber einer natürlichen Geburt nur noch um den Faktor 1,7 erhöht; die Wahrscheinlichkeiten für Thrombosen, Embolien, Blutungskomplikationen, anästhesiologische Komplikationen, aber auch für Gebärmutterentfernungen als letzte, lebensrettende Maßnahme bei geburtsbedingten Komplikationen ist nach Kaiserschnitt signifikant erhöht, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für operationsbedingte Komplikationen in den letzten Jahrzehnten bedeutend gesunken ist. Beckenbodensenkungen können durch einen Kaiserschnitt nicht verhindert werden, da sie mit der Schwangerschaft selbst im Zusammenhang stehen. Allerdings scheint eine verlängerte Geburtsdauer in der Phase, in der das Kind durch den Gebärkanal tritt (Austreibungsperiode), mit späteren Beckenboden- und Inkontinenzkomplikationen einher zu gehen.

Die Folgen eines Kaiserschnitts für das Neugeborene wurden lange Zeit vernachlässigt. Nicht selten entstand sogar der Eindruck, das Kind profitiere von einem Kaiserschnitt, so dass für die Mutter der Kaiserschnitt trotz der bekannten erhöhten mütterlichen Morbidität und Mortalität als Alternative im Sinne des Neugeborenen diskutabel erschien. Neue Untersuchungen insbesondere auch der nachbetreuenden Kinderärzte haben verdeutlicht, dass bei einem Kaiserschnitt gegenüber einer natürlichen Geburt sowohl die Kurzzeit- als auch die Langzeitmorbidität der Neugeborenen erhöht ist. Nach einer Sectio caesarea sind Anpassungsstörungen und beatmungspflichtige Komplikationen signifikant erhöht. Die Komplikationsrate ist umso höher, je früher vor der 40. Schwangerschaftswoche der Kaiserschnitt durchgeführt wird. Der geplante Kaiserschnitt in der 38. Schwangerschaftswoche – wie er noch vor kurzem angeboten wurde – ist mit einer signifikant höheren Rate an Komplikationen des Neugeborenen verbunden, die sogar zu einer intensivmedizinischen Behandlung veranlassen, verglichen mit natürlichen Geburten oder mit einem Kaiserschnitt in der 40.

Schwangerschaftswoche.

Im Wochenbett sind ebenfalls sowohl die Rückbildung der Gebärmutter als auch die Stillphase durch einen Kaiserschnitt gestört. So resultiert nach einem Kaiserschnitt ein Bedarf an kontraktionsfördernden Medikamenten; resultierende Blutungskomplikationen treten gehäuft auf, die Schmerzen nach einem Kaiserschnitt müssen zudem medikamentös effektiv behandelt werden, auch weil Schmerzen die Ausschüttung des Hormons Oxytocin hemmen, das für das Stillen notwendig gebraucht wird. Wird ein Kaiserschnitt ohne natürlichen Geburtsbeginn durchgeführt, so steigt das Risiko eines primären Oxytocinmangels.
Besonders bedeutsam sind aber die Ergebnisse von epidemiologischen Studien aus den vergangenen 5 Jahren. Sie verdeutlichen, dass ein Kaiserschnitt auch bedeutsame Einfluss auf das weitere Leben des Neugeborenen und insbesondere auf immunitätsbedingte Erkrankungen hat. Kinder nach Kaiserschnitt scheinen signifikant häufiger an Asthma, Allergien, Diabetes mellitus und Zöliakie (Überempfindlichkeit auf Weizenbestandteile in der Nahrung) zu erkranken. Der genaue Mechanismus dieser erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit im Jugendalter ist noch nicht aufgeklärt, dennoch haben diese Befunde direkte Konsequenzen für die Aufklärung von Patientinnen insbesondere bei Wunsch nach einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation.
Besondere Bedeutung kommt aber dem Risiko für alle folgenden Schwangerschaften zu, das aus einem Kaiserschnitt resultiert. Dementsprechend ist von einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation dringend abzuraten, wenn weiterer Kinderwunsch besteht so Prof. Frank Louwen. Ein voraus gegangener Kaiserschnitt birgt nicht nur das Risiko, dass Verletzungen aus der Gebärmutternarbe bei Folgeschwangerschaften entstehen könnten. Wesentlich bedeutsamer für die mütterliche Morbidität und Mortalität sind die sogenannten Plazentationsstörungen. Darunter wird sowohl der „falsche Sitz“ eines Mutterkuchens direkt vor dem Muttermund verstanden, die sogenannte Plazenta prävia. Sie hat nicht nur das sehr stark erhöhte Risiko für Frühgeburtlichkeit in der Folgeschwangerschaft, sondern für Mutter und Kind lebensbedrohliche Blutungen. Direkt mit der Anzahl vorausgegangener Kaiserschnitte sind auch Mutterkuchenkomplikationen verbunden, die durch ein tiefes Einwachsen des Mutterkuchens in die Gebärmutterwand entstenhen (Plazenta accreta/increta). Häufig kann hier nur die Gebärmutterentfernung lebensrettend für die Mutter sein; selbst bei optimalen Bedingungen kommt es bei diesen operativen Eingriffe immer wieder zu Todesfällen, die nicht verhindert werden können.

Dennoch sind Folge-Kaiserschnitte keine Einzelfälle, sondern ein häufiges Phänomen. Denn die durchschnittliche Geburtenzahl von 1,3 Kindern pro Frau in Deutschland bedeutet nicht, dass es fast nur noch Einzelkinder gäbe. Richtig ist, dass etwa 20% aller Frauen heute kinderlos bleiben, und dass die Geburtenrate unter Frauen, die Kinder bekommen, bei 1,6 liegt, in den alten Bundesländern sogar bei 1,9. Das bedeutet, dass eine Frau, die ihr erstes Kind bekommt, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch weitere Kinder bekommen wird. Unter optimalen Bedingungen können auch nach einem vorangegangen Kaiserschnitt durch eine vaginale Entbindung die Folgekomplikationen häufig reduziert werden.

Nach diesen Erörterungen zurück zur Hypothese – „Kaiserschnitt oder natürliche Geburt – keine schwierige Entscheidung“

Ein Kaiserschnitt ist immer dann eine gute und geeignete Geburtsmethode, wenn die Gesundheit von Mutter und Kind durch eine natürliche Entbindung gefährdet sind. Dabei ist die operative Methode des Kaiserschnittes insbesondere unter regionalanästhesiologischer Schmerzausschaltung (PDA), Spinalanästhesie) mit geringer mütterlicher direkter Komplikationsrate im Vergleich zu früheren Jahrzehnten verbunden. Lachgas, das derzeit in der angloamerikanischen Literatur wieder diskutiert wird, kann Sauerstoffmangel verursachen. Er stellt in Deutschland keine sinnvolle Option dar.
Wenn eine Schwangere ohne eine medizinische Indikation einen Kaiserschnitt wünscht, zum Beispiel weil sie Angst vor den Geburtsschmerzen hat, dann sollte sie wissen, dass der Eingriff selbst zwar in der Klinik sicher durchgeführt werden kann. Aber sie muss auch wissen, dass sie damit Risiken für das Kind sowohl direkt nach der Geburt als auch für das spätere Leben, für sich selbst und für weitere Schwangerschaften in Kauf nimmt. Insbesondere ist auch der Geburtszeitpunkt bei geplantem Kaiserschnitt mit den sich daraus ergebenden Komplikationsraten relevant. Die Aufklärung der werdenden Mütter muss diese Erkenntnisse berücksichtigen.

Literatur:

Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. Am J Obstet Gynecol. 2012
Roberta De Luca, MDa, Michel Boulvain, MD, PhDb, Olivier Irion, MDb, Michel Berner, MDa and Riccardo Erennio Pfister, MD, PhDa Incidence of Early Neonatal Mortality and Morbidity After Late-Preterm and Term Cesarean Delivery PEDIATRICS Vol. 123 No. 6 June 2009, pp. e1064-e1071
Alan T.N. et al., NICHD Maternal–Fetal Medicine Units Network Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes NEJM 360:111-120 jan 8, 2009 No 2
DGGG-Leitlinie: Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt AWMF 015/021 (S1) http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-4-5-entbindung-nach-sectio-2010.pdf

© DGGG 2012

Ihr Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Frank Louwen
Leiter des Schwerpunktes Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Leiter Perinatalzentrum Level 1
Klinikum der J.W.Goethe-Universität Frankfurt am Main, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M
E-Mail: louwen@em.uni-frankfurt.de

URL zur Pressemitteilung: http://www.dggg2012.de/