

Vaginale Geburt nach Kaiserschnitt

Autor(en): **Gross, Mechthild M.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949679>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Einmal Kaiserschnitt immer Kaiserschnitt...? Laufend werden wir in unserem Hebammenalltag mit dieser Frage konfrontiert. Wie gehen wir damit um, wie beraten und unterstützen wir die Frauen auf dem Weg einer folgenden Schwangerschaft und Geburt? Zum Glück wurde der 1916 ausgesprochene Satz zwischenzeitlich relativiert, und die von Mechthild



Gross aufgeführten Studien belegen, dass dies nicht mehr sein muss. In vielen Spitälern wird heute nach einem Kaiserschnitt die Spontangeburt angestrebt.

Aber was ist bei zwei Kaiserschnitten? Der berührende Bericht auf Seite 9 macht deutlich, wie die Betreuung unter der Geburt auch nach zwei Kaiserschnitten aussehen kann. Zwischen den Zeilen lese ich von der riesigen Verantwortung, die diese Hebammen zusammen mit der Frau und deren Partner zu tragen bereit waren, im Wissen, dass sie bei Komplikationen auf keinerlei schulmedizinisches Verständnis gestossen wären. Wieder einmal zeigt ein Einzelfall, dass Regeln nie für alle gelten und dass wir in unserer Hebammenarbeit viel mehr brauchen als das reine Medizinwissen. Viele Faktoren werden leider in der schulmedizinischen Betrachtungsweise ausser Acht gelassen. Faktoren, die ebenso wichtig sind um den jeweils richtigen Weg zu finden. Statistische Studien können höchstens eine Entscheidungshilfe sein, nie aber alleinentscheidend für eine einzelne Familie.

Claudia Deubers Wunsch für Mütter und ihre Kinder und Familien spricht mir aus dem Herzen: «Ganz gleich was für eine Vorgeschichte eine Mutter mitbringt, sie möge uneingeschränkte Unterstützung bekommen, auf jene Art zu gebären, wie sie das für sich als richtig hält – ungeachtet (wechselnder!) gesellschaftlicher Normen und Ängste oder medizinischer Möglichkeiten.» Mehr noch wünsche ich mir Hebammen, gerade auch in Spitälern, die bereit sind hinzuschauen, hinzuhören, alle Faktoren – nicht nur die medizinischen – zu beachten und diese gegenüber den Ärzten vertreten. Und ich wünsche mir wieder mehr Frauen, die bereit sind, zusammen mit den Hebammen diesen individuellen Weg zu gehen, im Wissen darum, dass Gebären viel mehr ist als ein medizinischer Akt.

Susanne Clauss, Hebamme

Aktuelle Evidenz

Vaginale Geburt

Bei zunehmenden Kaiserschnittraten stellt sich für immer mehr Frauen und ihre Betreuenden die Frage, ob eine Folgegeburt nach Sectio spontan erfolgen darf bzw. kann. Der offenen und differenzierten Beratung durch die Fachpersonen steht heute eine eindruckliche Menge an evidenzbasierten Fakten zur Seite. Sie zeigen, dass der alte Spruch «Einmal ein Kaiserschnitt, immer ein Kaiserschnitt» überholt ist.

Mechthild M. Gross

1. Früher galt «Einmal ein Kaiserschnitt, immer ein Kaiserschnitt»

Das alte Sprichwort «Einmal ein Kaiserschnitt, immer ein Kaiserschnitt» stammt von 1916. Geprägt wurde es von Edwin Cragin. Zu Beginn des 20. Jh. wurden Kaiserschnitte durchgeführt, um das Leben erschöpfter, dehydrierter, ketotischer und sterbender Gebärender zu retten. Wehen unterstützende Massnahmen waren kaum entwickelt. Operationen waren gefährlich. Cragin sah, dass Frauen, die einen Kaiserschnitt überlebt hatten, in einer Folgeschwangerschaft nicht für eine Vaginalgeburt geeignet waren.

Viele Untersuchungen haben sich mit Vor- und Nachteilen der vaginalen Geburt nach Sectio befasst. Die Metaanalyse von Rosen und Mitarbeitern (1991) schloss 31 zwischen 1982 und 1989 publizierte Studien und insgesamt über 11 000 Frauen ein. Die Autoren evaluierten Versuche einer vaginalen Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt (trial of labour) hinsichtlich Morbidität und Mortalität bei Mutter und Kind. Für den elektiven Wiederholungskaiserschnitt (Re-Sectio) liessen sich hinsichtlich Uterusruptur und perinatalem Tod im Vergleich mit der versuchten Spontangeburt keine Vorteile erkennen. Rosen und seine Kollegen plädierten daher, dass mehr Frauen nach einem vorausgegangenem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt in der Folgegeburtssituation versuchen sollten.

Ein Jahrzehnt später haben Mozurkewich und die Hebamme Eileen Hutton in einer weiteren Metaanalyse die versuchte Spontangeburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt mit der elektiven Re-Sectio verglichen. 15 Studien zwischen 1989 und 1999 und über 47 000 Frauen nach vorangehender Kaiserschnittgeburt waren darin eingeschlossen. Die Untersuchung ergab, dass Uterusrupturen bei versuchter Spontangeburt häufiger sind als bei elektiven Re-Sectiones, ebenso wie fetale oder neonatale Todesfälle sowie Apgar Scores > 7 nach 5 Minuten.

Eine Metaanalyse mit italienischen Autoren untersuchte Studien aus der Zeit von 2000 bis 2007. Sieben Studien mit insgesamt 24 329 Frauen wurden hinsichtlich erfolgreichen bzw. abgebrochenen vaginalen Geburten nach Sectio und elektiver Re-Sectio verglichen. Mütterliche Morbidität, Bluttransfusionen und Hysterektomien waren bei den Frauen, welche eine vaginale Geburt versucht hatten und bei denen, die eine elektive Re-Sectio gewählt hatten, vergleichbar. Die Autoren schlossen daraus, dass das erhöhte Risiko für Uterusrupturen und Nahtdehiszenz bei versuchter Spontangeburt gegenüber elektiver Re-Sectio aufgewogen wird durch geringere mütterliche Morbidität, seltenere Uterusrupturen und weniger Hysterektomien, wenn die versuchte vaginale Geburt erfolgreich endet. Demzufolge ist anzustreben, Faktoren zu identifizieren, die mit erfolglos versuchten vaginalen Geburten nach vorausgegangenem Kaiserschnitt assoziiert sind und entsprechend diejenigen Frauen auszuwählen, welche für



Priv.-Doz. Dr. Mechthild M. Gross, Hebamme, Leitung AG Hebammenwissenschaft und Leitung Hebammenstudiengang (MSc), Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Medizinischen Hochschule Hannover.

nach Kaiserschnitt

eine Spontangeburt nach Kaiserschnitt in Frage kommen.

Während die angloamerikanische Literatur auf der vaginalen Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt (vaginal birth after cesarean: VBAC) fokussiert, wird im deutschsprachigen Gebiet bei Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt der Ausdruck «Status nach Sectio» üblich. Im Befund- und Anamnesekatalog des deutschen Mutterpasses ist der Terminus in einer Liste von 52 Faktoren aufgeführt. Berechnet für das Bundesland Niedersachsen und das Jahr 2008 ist Status nach Sectio der vierthäufigste anamnestische Faktor aller Geburten und Nummer 1 bei den Mehrgebärenden. Die Geburtsrate Niedersachsens von um die 60000 macht üblicherweise ein Zehntel der gesamten Geburtsrate Deutschlands aus. Die Rate der erfolgreichen Spontangeburt nach vorausgehender Sectio ist bis ins Jahr 2008 auf 31,6% abgesunken, die Kaiserschnitttrate auf 30,8% angestiegen. Mit stetig steigender Kaiserschnitttrate sind zunehmend mehr Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt zu erwarten, die einen entsprechenden Behandlungsbedarf an die Hebammen richten werden.

Cragin EB. Conservatism in obstetrics. NY Med J. 1916; 104: 1–3.

Mozurkewich EL., Hutton E. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183: 1187–97.

Rosen MG., Dickinson JC., Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991; 77: 465–70.

Rossi AC., D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. AJOG 2008; 199: 224–31.

2. Vaginale Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt: Erfolgsrate von 73%

Nur wenige geburtshilfliche Parameter werden als nationale Statistiken veröffentlicht. Mehrere Studien nennen eine Erfolgsrate von 73% für vaginale Geburten nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. The Maternal Fetal Medi-



Fotos: Judith Fahner



cine Networks publizierte 2005 eine Arbeit, die sich auf eine prospektive 4-Jahres-Multizenterstudie von 1999–2002 bezog. 14 529 Frauen versuchten eine Spontangeburt nach vorausgegangener Sectio, bei 73,6% verlief diese erfolgreich. Erfolgsprädiktoren waren eine frühere Vaginalgeburt, keine Dystokie-Indikation, spontaner Geburtsbeginn, Geburtsgewicht < 4000g, weisse Rasse (Landon 2005).

Eine kalifornische Kohortenstudie untersuchte bei 41 450 Frauen eine versuchte vaginale Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. Die Erfolgsquote für Frauen mit geringem Risiko betrug 73,76% versus 50,31% bei Frauen mit hohem Risiko. Die Frauen in der Hochrisikogruppe hatten eine frühere Schwangerschaft mit mindestens einer mütterlichen, fetalen oder Plazentakomplikation erlebt (Gregory 2008).

Die oben zitierte Metaanalyse (Rossi 2008) spricht ebenfalls von einer Erfolgsrate von 73%. Sie stützt sich auf sieben Studien zwischen 2000 und 2007, mit einer Totalanzahl von 24 349 versuchten Spontangeburten.

David et al. (2009) untersuchten die Erfolgsrate von über 6000 Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt, die bei der zweiten Schwangerschaft vaginal in einem

Geburtshaus gebären wollten, und kam ebenfalls auf 73,5% erfolgreiche Spontangeburten.

David M., Gross MM., Wiemer A., Pachaly J., Vetter K. Prior cesarean section – an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. *EJOGRB* 2009; 142: 106–110.

Gregory KD., Korst LM., Fridman M., et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 452.e1-452.e12.

Landon MB, et al. The MFMU Cesarean Registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193: 1016–234.

3. Richtlinien für die vaginale Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt

Die tägliche Praxis wird durch Richtlinien und Empfehlungen angeleitet. Die aktuellen Richtlinien aus vier ausgewählten Ländern (USA, CAN, UK, D), zwischen 2004 und 2008 publiziert, kommen bezüglich Evidenz zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen.

a) Kandidatinnen für eine Spontangeburt
Alle Richtlinien empfehlen, dass einer

Frau mit nur einer vorangehenden, horizontal und im unteren Uterinsegment geschnittenen Sectio nach eingehender Diskussion die Wahl zum Versuch einer Spontangeburt offeriert werden sollte.

Die britische Green-top Richtlinie besagt, dass auch Frauen mit zwei vorangehenden horizontal und tief geschnittenen Kaiserschnitten, im Falle einer komplikationslosen Schwangerschaft am Termin, für einen geplanten Versuch geeignet sein können, sofern keine allfälligen Kontraindikationen bestehen und die Frauen ausführlich durch einen geburtshilflichen Chefarzt informiert werden. Die deutsche Richtlinie unterstreicht, dass eine frühere Sectioindikation keine Kopf-Becken-Disproportion beinhaltet haben dürfe.

Gemäss der ACOG-Richtlinie (USA) dürfen keine zusätzlichen Uterusnarben oder früheren Risse vorhanden sein. Ein Arzt oder Anästhesist muss während der ganzen Geburt in der Nähe sein.

Frauen, mit komplikationsloser Schwangerschaft sollen im UK und in Deutschland die Möglichkeit bekommen, eine geplante Spontangeburt zu überlegen. Die deutsche Richtlinie unterstreicht die Wichtigkeit eines spontanen Geburtsbeginns, wenn der Versuch zum Erfolg führen soll. Ausserdem sei eine vorangehende Vaginalgeburt ein

günstiger Indikator für das Gelingen des Versuchs. Die US-Richtlinie hingegen hebt hervor, dass die Frau klinisch adäquate Beckenmasse haben müsse.

b) Kontraindikationen für eine Spontangeburt

Kontraindikationen für den Versuch einer vaginalen Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt finden sich in sämtlichen Richtlinien. Alle definieren Uterusläsionen und den «klassischen oder T-förmigen» Schnitt einer früheren Sectio als Kontraindikation für den Versuch einer Spontangeburt.

Gemäss der Richtlinie der US-Gynäkologen und Geburtshelfer sollte eine Frau mit zwei vorangehenden Sectios und ohne Vaginalgeburt keine Spontangeburt versuchen. Bei zwei früheren Sectios und mindestens einer Vaginalgeburt gehört die versuchte Spontangeburt zu den Optionen. Narbendehiszenz reiht sich ebenfalls unter den Kontraindikationen ein, ebenso eine frühere Uterusruptur sowie medizinische oder geburts-hilfliche Komplikationen – dies gilt sowohl für die USA als für Kanada.

Drei oder mehr frühere Kaiserschnittgeburten sind für das UK und Deutschland eine Kontraindikation. Das Fortbestehen der Indikation für eine frühere Sectio zählt in Deutschland zu den Kontraindikationen. Und wenn die technischen Möglichkeiten, eine Notsectio durchzuführen, fehlen und die Frau nicht gewillt ist, eine Spontangeburt zu versuchen, sollte man davon absehen.

German Society of Obstetrics and Gynecology (DGGG). Supervision of pregnant women and induction of labour for women status post Caesarean Section guideline. 2008.

Guidelines and Audit Committee of the RCOG. Birth after previous Caesarean Section. Green-top Guideline 2007; 45.

SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89: 319–31.

ACOG Practice Bulletin Nr. 54. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2004; 104: 203–12.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. NICE Clinical Practice Algorithm. RCOG Press. 2004.

4. Prädiktoren

a) Prädiktoren einer erfolgreichen Spontangeburt nach vorangehender Sectio

- Vorangehende Spontangeburt (Harper 2008, Landon 2005)
- Spontaner Geburtsbeginn ohne Einleitung (Erfolgsrate 80%, Landon 2008)
- Beckenendlage als Grund für die vorangegangene Sectio anstelle von Geburtstillstand oder Dystokie (Dodd 2006)

- BMI < 30 (Landon 2005)
- Weisse Ethnie (Landon 2005)
- Dilatation \geq 8 cm vor früherem Kaiserschnitt (Kwon 2009)

b) Prädiktoren einer erfolglosen Spontangeburt nach vorangehender Sectio

Während das Uterusrupturrisiko während des Gebärens 0,7–0,98% beträgt, steigt dieses Risiko in der Situation des Status nach Sectio auf 2–3% an (Harper 2008, Stamilio 2007). Eine große australische Kohortenstudie konnte zeigen, dass das Risiko für eine Uterusruptur auf 0,38% sinkt, wenn der vorangegangene Kaiserschnitt am wehenbehafteten Uterus durchgeführt worden war (Algert 2008).

Weitere Risiken sind

- Vorbestehender Diabetes mellitus (Dharan 2009), Bluthochdruck, Präeklampsie (Srinivas 2007)
- Intervall zwischen den Schwangerschaften < 6 Monate (Stamilio 2007)
- Alkohol- und Zigarettenabusus (Rossi 2008, Harper 2008)
- Geburtseinleitung im Vergleich zu spontanem Geburtsbeginn (Harper 2008, Ogbonmwan 2009)

5. Intervall zwischen den Schwangerschaften und Spontangeburt nach vorangehender Sectio

Studien haben hinsichtlich des Schwangerschaftsintervalls unterschiedliche Längen, Faktoren und Studienteilnehmerinnen berücksichtigt. Dies erschwerte bis vor kurzem die Vergleichbarkeit dieser Studien. So ergab ein Vergleich zwischen Frauen, deren Schwangerschaftsintervall < 19 Monate betragen hatte und solchen, deren Intervall > 19 Monate betragen hatte, keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Rate vaginaler Geburten und Uterusrupturen (Huang 2002). Ein zunehmendes Risiko einer Uterusruptur bestand bei einem kurzen Intervall zwischen den Schwangerschaften (Bujold 2002, Shipp 2001, Esposito 2000). In einer retrospektiven multizentrischen Kohortenstudie (n = 13331, 1995–2000) mit mindestens einem vorangehenden Kaiserschnitt und versuchter nachfolgender Spontangeburt wurden die folgenden Intervalle untersucht: < sechs Monate (M), 6–11 M, 12–17 M, 18–59 M und > 60 Monate. Ein Intervall von weniger als sechs Monaten zwischen zwei Schwangerschaften war mit einem grösseren Risiko für eine Uterusruptur assoziiert. Ein längeres Intervall zog kein erhöhtes Krankheitsrisiko nach sich (Stamilio 2007).

Bujold E., Mehta SH., Bujold C., Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 1199–202.

Esposito MA., Menihan CA., Malee MP. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1180–3.

Huang WH., Nakashima DK., Rumney PJ., Keegan KA., Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after Cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002; 99: 41–4.

Shipp TA., Zelop CM., Repke JT., Cohen A., Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. Obstet Gynecol 2001; 97: 175–7.

Stamilio DM., DeFranco E., Paré E., Odibo O., Peipert JF., Allsworth JE., Stevens E., Macones GA. Short Interpregnancy Interval. Obstet Gynecol 2007; 110: 1075–82.

6. Spontangeburt nach zwei Kaiserschnittgeburten

Ein systematischer Review verglich die Spontangeburt nach einer versus nach zwei Sectiones mit der Re-Sectio. Eingeschlossen waren 20 Studien. Die Erfolgsrate der Spontangeburt nach zwei Sectiones betrug 71,1%. Die Raten von Uterusrupturen betragen 1,36%, von Hysterektomien 0,55%, von Bluttransfusionen 2,01%. In 7,78% kam es zur Überweisung in die Neonatologie und in 0,09% zur neonatalen Asphyxie oder zum neonatalen Tod.

Gegenüber der Option einer erneuten Re-Sectio sind die Risiken für eine vaginale Geburt nach zwei Kaiserschnitten vergleichbar, sodass Frauen, welche eine Spontangeburt wünschten, entsprechend informiert werden sollten (Tahseen 2009).

Tahseen S., Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG; 2009 Sep 14 (Epub ahead of print).

7. Mit wem sollten Frauen mit Spontangeburten nach Kaiserschnitt verglichen werden?

Von O'Driscoll wissen wir, dass sich Erstgebärende sehr von Mehrgebärenden unterscheiden (O'Driscoll 1980). Arulkumaran legte diesem Unterschied ein morphologisches Korrelat zugrunde (Arulkumaran 1984). Deshalb ist eine Einordnung von Frauen mit Spontangeburt unter Studienbedingungen heikel. Eine unserer Studien wurde in der Revisionsphase dafür kritisiert, dass wir Frauen mit früheren Kaiserschnittgeburten unter die Erstgebärenden eingereiht haben (Gross in Revision). Der Reviewer war der Ansicht, dass diese Frauen nicht zu den Erstgebärenden zählen. Frauen nach einer elektiven Sectio bei Beckenendlage

könnten wie Erstgebärende reagieren, nicht jedoch Frauen, deren spontan begonnene Geburt mit einer Sectio beendet werden musste.

In einer weiteren Studie präsentierten wir Resultate von 364 Kandidatinnen für eine Spontangeburt nach einem Kaiserschnitt und verglichen diese mit Zweitgebärenden (David 2009). Die Erfolgsrate für die Spontangeburt nach Sectio betrug 73,5%. Das Risiko für Sectio und Geburtsstillstand während der Eröffnungs- und Austreibungsphase war 8-fach erhöht in der Sectio-Gruppe. Es kam zu wenigen Notfallüberweisungen. Jedoch kamen diese dreimal häufiger in der Gruppe der versuchten vaginalen Geburt nach Kaiserschnitt vor. Es kam zu keinen Uterusrupturen, Laparotomien oder nachgeburtlichen Hysterektomien (David 2009).

Als ich diese Ergebnisse auf der kanadischen Hebammenkonferenz 2008 vorstellte, erfolgte eine weitere interessante Reaktion zum Vergleichskollektiv: Eine Hebamme fragte, warum wir die Frauen nicht mit der Gruppe der Erstgebärenden verglichen hätten.

Diese Gegenüberstellung zeigt sehr anschaulich, dass Frauen offensichtlich in keine der beiden Gruppen «passen». Sie gehören weder zu den Erstgebärenden noch zu den Mehrgebärenden und sollten als separate Kategorie erfasst werden, also: Erstgebärende, Frauen mit vaginalem Geburtsversuch nach vorausgegangenem Kaiserschnitt, Mehrgebärende. Nur so lassen sich die selbstgenerierten Schwierigkeiten des Vergleichskollektivs vermeiden.

Arulkumaran S., Gibb DMF, Lun KC., Heng SH., Ratnam SS., 1984. The effect of parity on uterine activity in labour. Br J Obstet Gynaecol 91: 843–8.

David M., Gross MM., Wiemer A., Pachaly J., Vetter K. Prior cesarean section – an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. EJOGRB 2009; 142: 106–110.

Gross MM., Hecker H., Frömke C., Hillemanns P. The timing of amniotomy, oxytocin and epidural and its association to labor duration and mode of birth (in revision).

O'Driscoll K., Meagher D., 1980. Active Management of Labor. The Dublin Experience. London: Mosby-Year Book 1st edition.

8. Wie erleben die Frauen eine Spontangeburt nach vorausgegangener Kaiserschnittbindung?

Der Überblick bliebe unvollständig, wenn nicht die betroffenen Frauen zu Wort kämen. Die Eindrücke von fünf (von mir während des Gebärens betreu-

ten) Frauen mit vaginaler Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt liegen vor. Für alle Frauen war es die zweite Geburt. Die Erstgeburt war ein Kaiserschnitt im Zeitrahmen 2003–2007 gewesen, der zwischen der 33. und 40. SSW durchgeführt worden war. Zwei Frauen bekamen ihr Kind in der Frühgeburtperiode. Bei drei Frauen kam es zu einem ungeplanten Kaiserschnitt nach spontanem Geburtsbeginn am Termin. Aus den Geburtsberichten lassen sich die folgenden Empfehlungen für die Betreuung einer vaginalen Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt ableiten:

1. Bereits der spontane Geburtsbeginn ist wesentlicher Bestandteil der Geburtserfahrung in der «neuen» Geburtssituation.
2. Die Umstände, die zur vorangehenden Sectio geführt haben, müssen eingehend studiert werden. Ein Kaiserschnitt in der Frühgeburtphase ist von einem ungeplanten oder notfallmässig durchgeführten Kaiserschnitt während des Gebärens zu unterscheiden.
3. Die Frauen, die ungeplant einen Kaiserschnitt erhalten hatten, benötigen während der Wehenarbeit kontinuierliche und schrittweise Ermutigung.

Diese Beobachtungen basieren auf Erfahrung und weniger auf Forschung. Sie unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Bisher verfügen wir über zu wenige Informationen, welchen Einfluss die erste Geburtserfahrung auf die Entscheidung und Willensstärke ausübt, noch einmal eine Spontangeburt zu erleben.

Eine Frau erlebte 2003 einen Kaiserschnitt, das Neugeborene wog 1500g. Im Mai 2008, nach einer zweiten Schwangerschaft von 40 Wochen und nachfolgender Spontangeburt sagte sie: *«Ich erlebte die Geburt als etwas unglaublich Schönes und Intensives. Sie dauerte ewig, aber auch darum erscheint sie im Rückblick so intensiv. Ich sehe noch immer alles glasklar vor mir: Wie ich mit den Wehen im Stehen am besten umgehen konnte, was mein Mann machte, was die Hebamme gesagt hat, alles. Der Schmerz war das Äusserste, was ich je ertragen habe, aber ich war vorher auch nicht wirklich entspannt und unbeschwert. Unser Kind steht mir definitiv näher, weil er diese Nähe braucht, aber auch, weil ich alles ganz von Anfang an erleben konnte. Unser erstes Kind benötigte von Anfang weniger Körperkontakt und Nähe. Manchmal denke ich, das kommt daher, weil er von Anfang an allein (in der Kinderklinik) war...»*

9. Die schweigende Stimme der Neugeborenen

Ganz offensichtlich teilen uns auch die Neugeborenen ihre Meinung zur Spontangeburt nach vorangehendem Kaiserschnitt mit. Wie eine neue Studie zeigt, leiden Neugeborene nach einer elektiven Re-Sectio im Vergleich mit spontan Geborenen signifikant häufiger unter Atemwegserkrankungen, müssen öfter auf die Intensiv-Neonatalogie verlegt werden und länger im Spital bleiben (Kamath 2009). Wegen der höheren Raten an Atemwegskomplikationen wird von einer Sectio vor der abgeschlossenen 39. SSW seit längerem abgeraten. Tita et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen elektiver Re-Sectio am Termin bzw. vor der 39. SSW, und dem neonatalen Outcome. Primäre Outcomes waren: neonataler Tod, Atemwegskomplikationen, behandelte Hypoglykämie, Neugeborenenensepsis, Überweisung in die Intensiv-Neonatalogie. Im Vergleich mit Sectio in der 39. SSW war das Risiko für primäres Outcome bei einer Sectio in der 37. SSW um den Faktor 2.1 erhöht, bei einer Sectio in der 38. SSW um den Faktor 1.5 (Tita 2009).

Kamath BD., Todd JK., Glazner JE., Lezotte D., Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. Obstet Gynecol 2009; 113: 1231–1238.

Tita AT. et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. N Engl J Med. 2009; 360: 111–120.

10. Soll die vaginale Geburt nach vorangehendem Kaiserschnitt empfohlen werden?

Frauen mit risikoarmer Schwangerschaft und vorangehendem Kaiserschnitt und ihre Kinder profitieren vom Angebot einer Spontangeburt mit einer Erfolgsrate von 73%. Bei Schwangerschaften mit einem Risiko sollten das Interesse der Frau und des Kindes in die Entscheidungsfindung einfließen. Insbesondere ist hier zu berücksichtigen, dass das Uterusrupturrisiko auf 0,38% sinkt, wenn der erste Kaiserschnitt am wehenbehafteten Uterus erfolgt.

Forschungsmethodologien sollten die spezifische Rolle der Kategorie «Spontangeburt nach Sectio» berücksichtigen, was nicht zuletzt eine ethische Frage ist. ◀

Der Beitrag beruht auf dem Vortrag «More VBACs in the Future», gehalten am 9. Weltkongress für Perinatalmedizin, Berlin, 24. bis 28. Oktober 2009. Übersetzung aus dem Englischen: Gerlinde Michel.