

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert,
Leitlinie wird zur Zeit überprüft

DGOG Leitlinienprogramm



S1-Leitlinie 015-023: Vaginal-operative Entbindungen

Autorenremium:

Prof. Dr. H. Hopp (Federführung),

Prof. Dr. J. W. Dudenhausen,

Frau Prof. Dr. I. Hösl, Prof. Dr. F. Kainer,

Prof. Dr. K. Ulsenheimer, Prof. Dr. K. Vetter

AWMF Nr.: 015/023
Gültig bis: 05/2016
Evidenzlevel: S1

Vaginal-operative Entbindungen

<http://www.dggg.de/leitlinien>

© DGGG 2013

Ziel

Die instrumentelle Entbindung wird indiziert zur Beseitigung

- einer **akuten fetalen Bedrohung**
- eines **Geburtsstillstandes**
oder aus
- **mütterlicher Indikation** in der Austreibungsperiode

Vorbedingungen und Information der Schwangeren

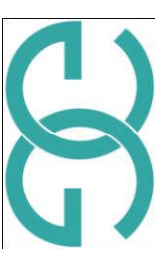
Befunderhebung vor Operationsbeginn

– notwendige Voraussetzungen / zu kontrollierende Parameter:

- Vollständige Eröffnung des Muttermundes
- Höhenstand des Kopfes in Beckenmitte /auf Beckenboden
- Haltung und Einstellung
- Blasensprung
- Ausschluss eines Kopf-Becken-Missverhältnisses
- Leere Harnblase
- Adäquate Analgesie /Anästhesie

Information der Schwangeren

- Information über Gründe und Ablauf der operativen Entbindung
- Mündliches Einverständnis der Schwangeren



Indikationen

Fetale Indikation

Pathologisches CTG, Fetale Hypoxämie, Fetale Azidose

Maternale Indikation

Erschöpfung der Mutter
Kontraindikation zum Mitpressen: kardiopulmonale, zerebrovaskuläre Erkrankungen

Kombinierte Indikation

Protrahierte Austreibungsperiode mit/ohne Haltungs-, Einstellungsanomalie

Vaginal-operative Entbindungen und Höhenstand

DGCG Leitlinienprogramm



Art der Entbindung	Höhenstand	Operation möglich bei
Beckenboden / Beckenausgang	Leitstelle +4 oder sichtbar	- Vorderer oder hinterer Hinterhauptshaltung - Deflexionshaltung - Tief
	+4	- Vorderer oder hinterer Hinterhauptshaltung
Beckenmitte	Leitstelle 0 bis < +2	- Vorderer Hinterhauptshaltung
Beckeneingang	Leitstelle -4 bis < 0	Kontraindikation für vaginal-operative Entbindungen

Additive Risikofaktoren mit erschwerter Entwicklung des Kopfes bei vaginal-operativer Entbindung:

- Höhenstand der knöchernen Leitstelle über +2
- Okzipito-posteriore Einstellung
- Abweichung der Pfeilnaht von der okzipito-anterioeren Position um > 45°

Relative Kontraindikationen

Vakuumextraktion <34 Schwangerschaftswochen
erhöhtes Risiko für Kephalhämatome, intrakranielle Blutungen und
Neugeborenen-Ikterus

Vakuumextraktion von 34 +0 bis 36 +0 SSW
Sicherheit unklar / nur mit Vorsicht einzusetzen

Bekannte fetale Koagulopathie (z.B. Alloimmunthrombozytopenie)

Bekannte fetale Mineralisationsstörung (z.B. Osteogenesis imperfecta)

Wahl des Instrumentes

Vor-/ Nachteile Forzeps vs. Vakuumextraktion

Forzeps: - Geburtsbeendigung am effektivsten

- Risiko häufigerer Geburtswegsverletzungen

Vakuum: Geburtswegsverletzungen seltener

Metallglocke - Risiko für Kephälhämatom und Skalpverletzungen erhöht

Weiche Glocke - Niedrigeres Risiko für kindliche Verletzungen

- Höhere Rate nicht erfolgreich beendeter Operationen (insbesondere bei okzipito-posteriorer und transverser Einstellung sowie Beckenmitten-Position)

Handvakuum - Höhere Rate nicht erfolgreich beendeter Operationen

- Rate an Hyperbilirubinämien geringer

(Cochrane Review 2010)

Dokumentation

Dokumentation des präoperativen Befundes
im Partogramm

Nachvollziehbarer **Operationsbericht**
mit Angaben über

- Indikation
 - Analgesie / Anästhesie
 - Höhenstand
- (knöcherne Leitstelle zur Interspinalenebene in cm)
- Rotation der Pfeilnaht
 - Haltung und Einstellung des kindlichen Kopfes
 - durchgeführte Traktionen
 - Zeitpunkt der Indikation und Zeitpunkt der Geburt
 - aufgetretene Verletzungen

Nachbesprechung

Ängste abbauen durch ausführliche Inf

- **Gründe und Ablauf** der operativen Entbindung
- den **Umgang** mit möglichen Folgen
- die **Wahrscheinlichkeit** von 80% für eine vaginale Geburt in der nachfolgenden Schwangerschaft
- **individuelle Geburtsplanung** bei höhergradigen Dammrissen für nachfolgende Schwangerschaften

Training

Voraussetzungen der selbstständigen Durchführung

einer vaginal-operativen Entbindung:

Ausreichende Erfahrung

mit der vaginalen Geburtsleitung und mit Spontangeburt

Trainieren von vaginal-operativen Entbindungen

am Modell / in Simulationsszenarien mit erfahrenen Geburtshelfern

Durchführen

der ersten vaginal-operativen Entbindungen unter Supervision

Sektio vs. vaginal-operative Entbindung

Vaginal-operative Entbindung

bei akuter fetaler Bedrohung in der Austreibungsperiode bevorzugt

aber:

- **Zurückhaltung bei additiven Risikofaktoren**
für eine erschwerte Entwicklung des Kopfes
- **sofortige Sektio in Grenzsituationen**
und eingeschränkten Reserven des Kindes

Indikation und Durchführung

- vaginal-operativer Entbindungen beim Stand der Leitstelle oberhalb +2
nur von in der Technik ausgebildeten Geburtshelfern

Abbruch und eilige Sektio

- die vaginal-operative Entbindung darf nicht erzwungen werden
(der Kopf folgt dem Zug nicht / keine Tendenz zur Beugung und Drehung des Kopfes)

Juristische Gesichtspunkte

Aufklärungspflicht

- Aufklärungsgespräch sobald sich die Möglichkeit für eine operative Entbindung abzeichnet
- je früher es stattfindet, desto höher ist die Einwilligungsfähigkeit der Patientin
- Aufklärung über alternative operative Entbindungsverfahren mit Vor- und Nachteilen, Risiken und Belastungen
- gemeinsame Entscheidung mit der informierten Patientin
- Beachtung von Patientenautonomie und Fürsorgepflicht

Basisinformation

- über vaginale /abdominale geburtshilfliche Eingriffe während der Schwangerschaft
- besonders vorteilhaft in dringlichen Situationen (verkürztes Aufklärungsgespräch)

Schlussfolgerung

Die instrumentelle Entbindung

- korrekt indiziert und ausgeführt –

bedingt gegenüber der abdominalen Schnittentbindung

- eine geringere Morbidität der Mutter und
- führt nicht zu einer zusätzlichen fetalen Risikoerhöhung