

Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung

Federführender Autor:

PD Dr. Erich Weiss

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

PD Dr. Harald Abele (Tübingen),
Dr. Clemens Bartz (Saarbrücken),
Prof. Dr. Thorsten Fischer (Salzburg),
Dr. Maximilian Franz (Wien),
Prof. Ulrich Gembruch (Bonn),
PD Dr. Markus Gonser (Wiesbaden),
Prof. Dr. Kurt Heim (Kirchdorf),
Prof. Dr. Franz Kainer (Nürnberg),
Frau Dr. Annegret Kiefer (Heiligenstadt),
Dr. Klaus König (Steinbach),
Dr. Babette Ramsauer (Berlin),
PD Dr. Frank Reister (Ulm),

Prof. Dr. KTM Schneider (München),
Prof. Dr. Daniel Surbek (Bern),
Prof. Dr. Klaus Vetter (Berlin),
Prof. Friedrich Wolff (Köln),
PD Dr. Erich Weiss (Böblingen)

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Arbeitsgemeinschaft für Materno-fetale-Medizin (AGMFM)

Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit in der
Entwicklungszusammenarbeit (FIDE)

Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)

Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (BLFG)

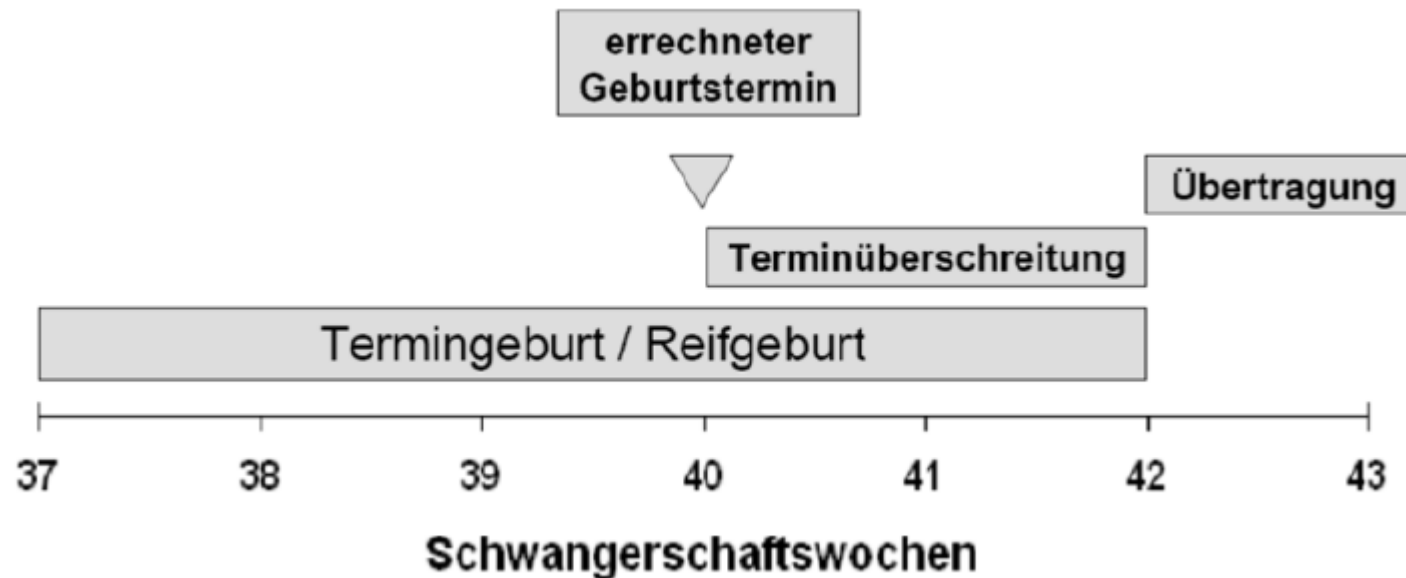
Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Terminüberschreitung: 281 bis 293 Tage bzw. 40+1 bis 41+6 SSW

Terminübertragung: ab 294 Tagen bzw. 42+0 SSW



Patientenzielgruppe: Risikoarme Einlingsschwangerschaften ohne spezifische Schwangerschaftsrisiken

Anwenderzielgruppe: Niedergelassene Fachärzte
Ärzte in Geburtskliniken

USA 2003-2005:

Terminüberschreitung 33-36%

Übertragung 6,3%

Tendenzielle frühere Entbindungen

Deutschland 2011:

Terminüberschreitung 37,1%

Übertragung 0,61%

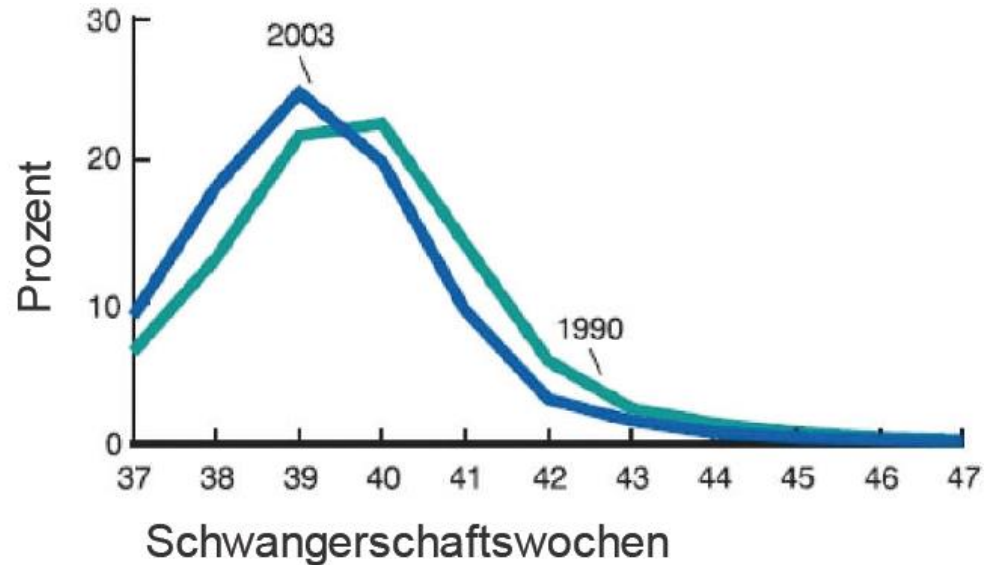


Abb. 2 modifiziert aus Martin et al [Martin 2005]: Prozentuale Verteilung der Geburten 37+0 -47+0 SSW in den USA in den Jahren 1990 und 2003.

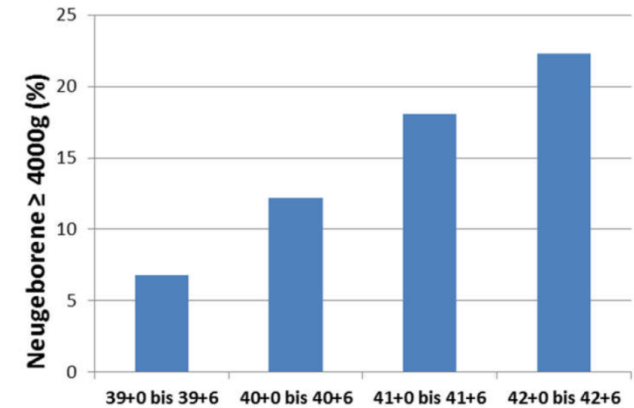
- Flächendeckende Ersttrimester Sonographie -> Messung der Scheitel-Steiß-Länge -> exaktere Bestimmung des Gestationsalters
- Vermehrte Geburtseinleitung
- Vermehrt elektive Kaiserschnitte



- Primigravidität
- Niedriger sozioökonomischer Status
- BMI>35
- Störung der Geburtseinleitungsmechanismen durch kindliche Fehlbildungen und fetale Stoffwechseldefekte
- Männlicher Fet
- Wiederholungsrisiko 30 bis 40%
- Späte Entbindung in vorhergehender Schwangerschaft

Bei erhaltener Plazentafunktion:

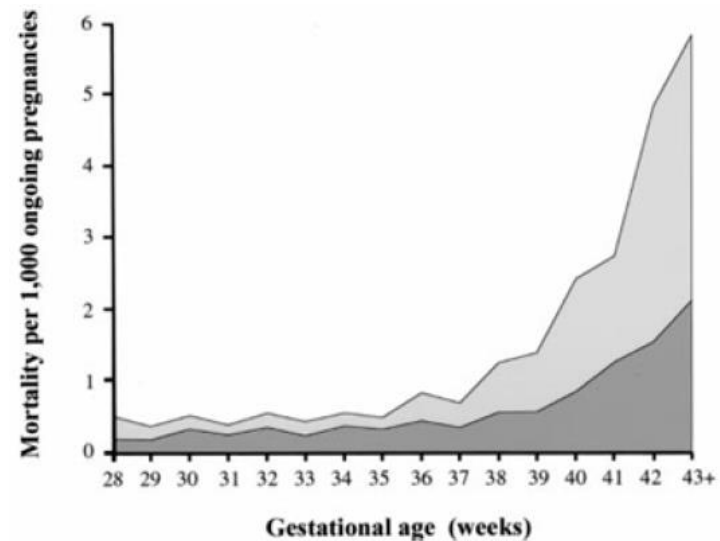
- Neugeborene über 4000g (20-25% häufiger)
- Protrahierter Geburtsverlauf
- Häufigere vaginal-operative Entbindung
- Mehr maternale Geburtsverletzungen
- Häufigere Schulterdystokie
- Häufigere Geburtsverletzungen der Neugeborenen



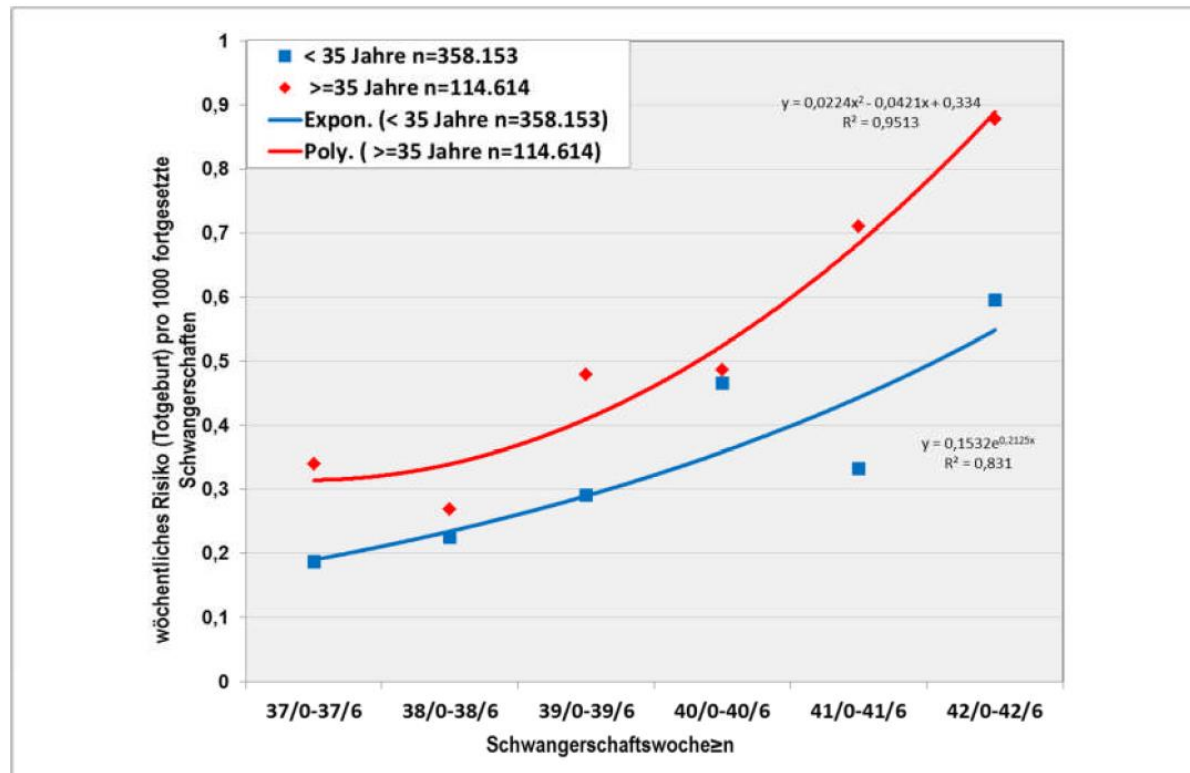
Bei eingeschränkter Plazentafunktion:

- Erhöhte perinatale Morbidität
- Oligohydramnion
- Nabelschnurkompression
- Mekonimuhaltiges Fruchtwasser, Mekoniumaspirationssyndrom
- Asphyxie
- Fruchttod

- Kontinuierlich ansteigendes Risiko ab 38+0 SSW
- Erhöhte Morbidität in der neonatalen Periode führt zu erhöhter Mortalität postneonatal
- Limitierender Faktor ist die Reservekapazität der Plazenta
- Erhöhtes IUFT-Risiko ab 37+0 SSW



- Maternales Alter (über 35 Jahre maternales Alter, ab der 39+0 SSW mehr als doppelt so hohes Risiko)



- BMI > 30
- Nikotinabusus
- Primiparität

	OR (95% CI)
BMI < 25	1
BMI 25-30	1,2 (1,09-1,38)
BMI > 30	1,6 (1,35-1,95)
Alter < 35 Jahre	1
Alter 35 - 39 Jahre	1,5 (1,22-1,73)
Alter > 39 Jahre	2,3 (1,54-3,41)
Nikotinabusus	1,4 (1,27-1,46)
Primiparität	1,4 (1,33-1,42)

- Kontinuierlich ansteigendes Risiko
- Häufigere Aspiration, Nabelschnurkomplikation, Asphyxie (prä-, sub- und postpartal), Pneumonie, Sepsis, neurologische Geburtstraumata, periphere Nervenschädigung, Frakturen

Perinatal Outcome	Postterm Group (%) N=77956	Term Group (%) N=34140	OR	95% CI
Aspiration	994 (1.3)	239 (0.7)	1.75	1.52-2.20
NS-Kompl.	174 (0.2)	40 (0.1)	1.87	1.33-2.64
Asyphyxie vor Entb.	618 (0.8)	135 (0.4)	1.90	1.58-2.30
Asphyxie sub partu	137 (0.2)	28 (0.1)	2.00	1.33-3.01
Asphyxie neonatal	1805 (2.4)	518 (1.6)	1.47	1.33-1.62
Peripherer Nervenschaden	118 (0.2)	27 (0.1)	1.91	1.26-2.90
Totgeburt	175 (0.22)	61 (0.18)	1.24	0.93-1.66
Tod (1d-7d)	114 (0.15)	31 (0.09)	1.60	1.07-2.37

Ab 40+0 SSW:

- mehr primäre Sektionen bei auffälligen CTGs und zephalopelvinem Missverhältnis (18 auf 34%)
- mehr vaginal-operative Entbindungen (8,5 auf 15,5%)
- mehr maternale Weichteilverletzungen unter Geburt
- mehr Infektionen
- protrahierter Geburtsverlauf

	40+0 - 40+6 SSW	41+0 - 41+6 SSW	42+0 - 42+6 SSW
Outcome	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Primäre Sectio	0.95 (0.89-1.01)	1.28 (1.20-1.36)	1.77 (1.59-1.98)
I° Sectio (FHF)	1.81 (1.49-2.19)	2.00 (1.63-2.46)	2.11 (1.60-2.80)
I° Sectio (CPD)	1.64 (1.40-1.94)	2.06 (1.74-2.45)	1.93 (1.52-2.46)
Vaginal-operativ	1.15 (1.09-1.22)	1.29 (1.20-1.37)	1.64 (1.45-2.21)
DR III oder IV	1.15 (1.06-1.24)	1.58 (1.44-1.73)	1.88 (1.61-2.21)
pp-Nachblutung	1.06 (0.99-1.15)	1.21 (1.10-1.32)	1.27 (1.08-1.50)
Chorioamnionitis	1.32 (1.21-1.44)	1.60 (1.45-1.77)	1.71 (1.44-2.02)
Endomyometritis	1.08 (0.88-1.33)	1.46 (1.14-1.87)	1.76 (1.09-2.84)
Protrahierter Geburtsverlauf (>24h)	1.12 (1.03-1.22)	1.85 (1.70-2.02)	4.13 (3.67-4.64)

- Risikoadaptiertes und individualisiertes Vorgehen
- Risikoschwangerschaften selektieren
- Sofern keine Risikoerhöhung vergesellschaftet, möglichst auf diagnostische und therapeutische Interventionen verzichten
- Werdende Eltern in Entscheidungsfindung einbeziehen
- Geburtseinleitung bedingte Probleme minimieren
- Minimierung fetaler Mortalität
- Prospektives Management zur Vermeidung kindlicher und mütterlicher Morbidität

- Ganzheitliche Aufklärung bzgl. Risikofaktoren (BMI>30, Alter, Parität, Nikotinabusus)
- Morbiditätsrisiken von Mutter und Kind in Abhängigkeit der Terminüberschreitung besprechen
- Verlauf/Zeitraumen besprechen
- Erläuterung, dass Kaiserschnitttrate durch Geburtseinleitung nicht steigt!

- Frühzeitige exakte Feststellung des Gestationsalters mittels Scheitel-Steiß-Länge im ersten Trimenon
- Terminkorrektur zum errechneten Termin sofern Diskrepanz > 5 Tage
- Kombination aus Sonographie und Klinik um mögliche fetale Makrosomie zu erkennen
- Kein Oxytocinbelastungstest zur Plazentakontrolle
- Messung des Fruchtwassers: Fruchtwasserindex bzw. Fruchtwasser-Depots zum Ausschluss eines Oligohydramnions (wichtig: kein Nabelschnurinhalte in Messung)

37+0 bis 39+6 SSW:

- Kein Einleitungsbedarf bei komplikationslosen Schwangerschaften
- Angebot einer Einleitung bei mütterlichem Alter über 40 Jahre ab 39+0 SSW

40+0 bis 40+6 SSW:

- Reevaluation auf tatsächlich risikoarme Schwangerschaft mittels Fetometrie+Fruchtwassermengenbestimmung
- Schwangerschaftsbeendigung falls Mutter oder Kind eine Gefährdung anzeigen
- Ab 40+0 alle 2 Tage CTG bei risikoarmen Schwangerschaften

41+0 bis 41+6 SSW:

- Anbieten einer Geburtseinleitung ab 41+0 SSW, da dadurch verringerte perinatale Mortalität, verringertes Risiko für Mekoniumaspirationssyndrom, Minderung des Risikos eines Geburtsgewichtes über 4000g, Minderung Sektiorate
- Empfehlen einer Geburtseinleitung ab spätestens 41+3 SSW
- Risikoadaptiertes Handeln
- Beratung einer zwingenden Einleitung/Sektio ab 42+0 SSW

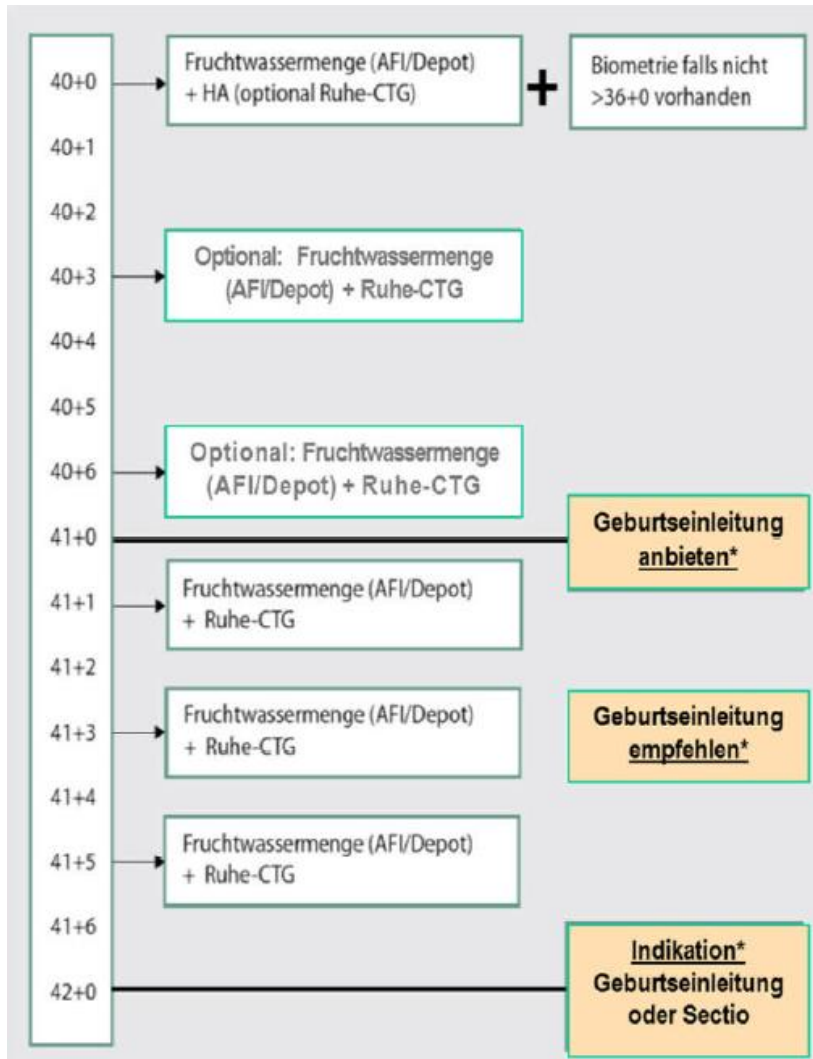
Ab 42+0 SSW:

- Einleitung oder Sektio auch ohne Vorliegen anderer Risikofaktoren, da peripartale Morbidität und neonatale Mortalität erhöht

Empfehlung nach SSW (3)



DGGG Leitlinienprogramm



- Immer individualisierte und situationsangepasste Behandlung!!!

- * Risikofaktoren beachten:
 - BMI > 30
 - Nikotinabusus
 - Primiparität
 - Mutter ab 35 Jahren