

3. Patientengut und Methodik

Die vorgelegten Daten entstammen dem Zentralarchiv der Klinik für Geburtsmedizin des Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin.

Die Registrierung der Daten erfolgte retrospektiv aus den Krankenblättern der geburtshilflichen Abteilung. Seit 1980 wird ein spezielles geburtshilfliches Wendungsprotokoll benutzt. Die in den Akten enthaltenen Informationen wurden verschlüsselt in den Computer der EDV-Abteilung der Neuköllner Frauenklinik eingegeben und ausgewertet. Die Auswertung wurde mit dem statistischen Spezialprogramm SPSS-PC (Statistical package for social sciences) durchgeführt.

Patientinnen mit Poleinstellungsanomalien wurden von den betreuenden Fachärzten in die Klinik überwiesen. Nach einem Vorgespräch und einer Ultraschalluntersuchung wurde festgelegt, ob ein äußerer Wendungsversuch durchzuführen war.

Zunächst wurden 1026 Wendungsprotokolle und die zur Verfügung stehenden Daten der Geburtsverläufe von Juli 1991 bis Juni 1999 ausgewertet. Es erfolgte eine Datenübernahme von 1000 Fällen im Zeitraum von 1980 bis Juni 1991, die von Dr. de Almeida ausgewertet worden waren. Eine erneute statistische Berechnung dieser Daten erfolgte nicht, es wurden die Endergebnisse mit aufgeführt, um einen Zeitraum von 19,5 Jahren an der Klinik zu übersehen, so dass ein Gesamtkollektiv von 2026 äußeren Wendungsversuchen retrospektiv betrachtet wurde.

Bei der Erstvorstellung der Patientin mit einer Poleinstellungsanomalie wie Beckenendlage, Schräglage oder Querlage in der Klinik werden zunächst alle möglichen Optionen zum weiteren Vorgehen inklusive Risikoaufklärung dargelegt.

Bei fehlenden Kontraindikationen wird primär der äußere Wendungsversuch angeboten. Bei passenden Voraussetzungen wird die vaginale Entbindung aus Beckenendlage vor allem seit Übernahme der Klinikleitung durch Prof. Dr. K. Vetter (1991) ebenfalls angeboten, da die Beckenendlage per se keine Indikation zur primären Sectio caesarea darstellen sollte. Dem Wunsch vieler Patientinnen nach der primären Sectio caesarea wird natürlich auch entsprochen.

Den nachfolgenden Ergebnissen liegt somit ein selektioniertes Kollektiv zugrunde.

Ausschlusskriterien beziehungsweise Kontraindikationen zur äußeren Wendung werden in folgender Tabelle aufgelistet:

Tabelle 1: Kontraindikationen zur äußeren Wendung

Absolute Kontraindikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Plazenta praevia
	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefsitzende Vorderwandplazenta
	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginale Blutung
	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologisches CTG
Diskutierte (relative) Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Oligohydramnion
	<ul style="list-style-type: none"> • Nabelschnurumschlingung
	<ul style="list-style-type: none"> • Überstreckter kindlicher Kopf
	<ul style="list-style-type: none"> • Blasensprung
	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach Sectio caesarea wegen Missverhältnis
	<ul style="list-style-type: none"> • Uterusfehlbildung, z.B. Uterus bicornis

Vor der äußeren Wendung wird bei den Patientinnen eine Sonographie durchgeführt zur Beurteilung von Plazentasitz, Fruchtwassermenge, Kindsgröße und eventuelle Nabelschnurumschlingungen.

Eine fetale Retardierung sowie der Verdacht auf eine fetale Makrosomie werden nicht als Kontraindikation für die Durchführung der äußeren Wendung angesehen.

Die Patientin wird vor dem Wendungsversuch nach Anamneseerhebung und klinischer Untersuchung über Nutzen und Risiken aufgeklärt, ebenfalls werden nochmals die Alternativen wie vaginale Beckenendlagegeburt und Sectio caesarea erörtert.

Auf eine Analgesie bzw. ein routinemäßig verabreichtes Sedativum wird verzichtet.

Eine 30-minütige Tokolyse mit Fenoterol (250 µg/h) unter fortlaufender CTG-Kontrolle geht dem Wendungsmanöver voran. Es werden gegebenenfalls auch mehrere Wendungsversuche pro Sitzung durchgeführt. In wenigen Fällen wird bei einem Wendungsversuch ohne Erfolg eine zweite Wendungssitzung durchgeführt.

Es erfolgt nach der Wendung eine stationäre Überwachung mit CTG-Kontrollen und ultrasonographischer Lagekontrolle des Kindes. Die Patientinnen blieben bis zum Jahr 2002 über Nacht in der Klinik. Seitdem werden sie bei unauffälligem Verlauf am selben Tag entlassen. Eine Rhesusprophylaxe bei Rhesuskonstellation wird durchgeführt

sowie eine HbF-Zellen-Bestimmung im maternalen Blut mittels Kleihauer-Bethke-Test zum Ausschluss einer signifikanten fetomaternalen Transfusion.

In Tabelle 2 wird das praktizierte organisatorische Vorgehen bis 1999 schematisch beschrieben:

Tabelle 2: organisatorisches Vorgehen zur äußeren Wendung

Aufklärung der Patientin und Durchführung einer Ultraschalluntersuchung ein bis mehrere Tage vor dem Wendungsversuch
Aufnahme am Wendungstag
Ultraschalluntersuchung: Lage, Stellung, Größe des Feten, Plazentalokalisation, FW-Menge
gegebenenfalls bei niedrigem Blutdruck Volumensubstitution (z.B. 500 ml Sterofundin®)
ca. 30 min. CTG in Linksseitenlage bei Beckenhochlagerung auf Wendungsliege
20-30 min. Tokolyse mit Fenoterol (0,25mg/h)
CTG - Transducer abnehmen, Wendungsmanöver. Kardiotokograph läuft weiter zur Dokumentation des Zeitablaufs
Ultraschalluntersuchung zur Erfolgskontrolle sowie zur fetalen Herzfrequenzkontrolle
eventuell erneute Wendungsversuche mit intermittierenden sonographischen Kontrollen
nach Beendigung des Wendungsmanövers mindestens 30 Minuten CTG-Kontrolle
bei rh- negativen Patientinnen: Rhesusprophylaxe innerhalb von 60 Minuten sowie Hbf- Bestimmung
kurzfristige stationäre Überwachung mit zwei weiteren CTG-Kontrollen und Ultraschalluntersuchung zur Lagekontrolle
am folgenden Tag CTG- und Ultraschallkontrolle und bis zur Entbindung 2-tägige CTG-Kontrollen