

Nicht mehr Kaiserschnitte bei Epiduralanalgesie

r -- Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005 (17. Februar); 352: 655-65
[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Anne Witschi

Kommentar: Gero Drack

Studienziele

In einzelnen Studien war die Häufigkeit von Kaiserschnitten erhöht, wenn eine Epiduralanalgesie in der frühen Eröffnungsphase begonnen wurde. Mit der aktuellen Studie sollte geprüft werden, ob die Epiduralanalgesie selbst oder andere Faktoren für diese Beobachtung verantwortlich sind.

Methoden

Gesunde Erstgebärende, die eine medikamentöse Schmerzlinderung verlangten bevor die Zervixöffnung 4 cm Durchmesser erreicht hatte, wurden in die Studie aufgenommen.

Nach dem Zufall wurden sie offen in zwei Gruppen eingeteilt. Die einen erhielten direkt eine kombinierte spinalepidurale Analgesie mit einmalig 25 µg Fentanyl intrathekal und anschließend nach Bedarf Bupivacain (z.B. Carbostesin ®) und Fentanyl über einen epiduralen Katheter. In der Kontrollgruppe wurde zur Analgesie Hydromorphon verabreicht (Pelladon®; je 1 mg i.m. und 1 mg i.v.), wobei nach Bedarf eine zweite Dosis gegeben werden konnte. Wenn eine analgetische Behandlung auch bei einer Zervixöffnung von mehr als 4 cm noch gewünscht wurde, wurde auch in der Kontrollgruppe mit einer Epiduralanalgesie begonnen. Hauptendpunkt der Studie war die Art der Entbindung.

Ergebnisse

728 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen. Kaiserschnitte wurden in beiden Gruppen ähnlich häufig durchgeführt (18% gegenüber 21% in der Kontrollgruppe). Auch für Vaginalgeburten mit Zange oder Saugglocke fand sich kein signifikanter Unterschied. Die Schmerzunterdrückung war in der Gruppe mit Epiduralanalgesie besser und das Intervall von Beginn der Schmerztherapie bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermunds bzw. bis zur Geburt signifikant kürzer (median etwa 90 Minuten) als in der Kontrollgruppe. Brechreiz und Erbrechen waren häufiger in der Kontrollgruppe. Bei Neugeborenen von Müttern mit systemischer Analgesie lag der APGAR-Wert nach einer Minute häufiger unter 7; im Übrigen fanden sich keine Unterschiede bei den Neugeborenen.

Schlussfolgerungen

In dieser offenen randomisierten Studie führte eine Epiduralanalgesie in der frühen Eröffnungsphase nicht zu mehr Kaiserschnitten, ermöglichte eine bessere Analgesie als ein systemisch verabreichtes Opioid und verkürzte die Geburtsdauer.

Zusammengefasst von Anne Witschi

Diese Studie mit ausgeklügeltem Design bestätigt von der Epiduralanalgesie (EDA) her bekannte Vorteile gegenüber

systemisch verabreichten Opioiden wie die bessere Analgesie, geringere Nebenwirkungen (Nausea, Erbrechen) und das Fehlen eines Einflusses auf die Sectionrate. Neu ist der Befund einer kürzeren Geburtsdauer, vor allem der Eröffnungsperiode (EP). Relevante negative Auswirkungen finden sich weder bei Mutter noch Kind. Also durchwegs positive Aspekte für die Beratungsgespräche?

Jedoch: Wie sicher ist der Befund einer Verkürzung der EP und wie kam er zustande? Die Studienverantwortlichen drücken sich vorsichtig aus («may shorten labor»). Vermutet wird eine indirekte Wirkung auf die Wehen durch die Senkung des mütterlichen, tokolytisch wirksamen Adrenalin bei intrathekalen Opioidgabe. Demnach führt nur die kombinierte Spinal- Epiduralanalgesie zur kürzeren Geburtsdauer. Die Konstanz der EP unter herkömmlicher EDA ist bekannt. Ob die Beschleunigung der Geburt für die Frau Spätfolgen haben könnte (Zervix? Beckenboden?) bleibt offen.

Gero Drack