

Einmal Sectio, immer Sectio?

k -- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR et al. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001 (5.Juli); 345: 3-8

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Brida von Castelberg

Studienziele

In den USA wird bei 60% der Frauen, bei denen ein Kaiserschnitt durchgeführt worden ist, bei einer erneuten Schwangerschaft der Versuch einer vaginalen Geburt unternommen. Hier wurde untersucht, ob dies häufiger mit Uterusrupturen verbunden ist.

Methoden

Mit Hilfe des Geburtenregisters wurden im Staat Washington 20'095 Frauen ermittelt, deren erstes Kind zwischen 1987 und 1996 mit einem Kaiserschnitt zur Welt gebracht worden war und die im gleichen Zeitabschnitt ein zweites Kind geboren hatten. Bei 35% erfolgte die zweite Geburt ebenfalls per Kaiserschnitt; von den vaginalen Geburten war der grösste Teil spontan, rund ein Sechstel wurde medikamentös eingeleitet. Innerhalb dieser verschiedenen Gruppen wurde die Häufigkeit von Uterusrupturen ermittelt.

Ergebnisse

Auf 1'000 Frauen, die alle einen Kaiserschnitt gehabt hatten, konnte die folgende Häufigkeit einer Uterusruptur errechnet werden: 1,6 bei erneutem Kaiserschnitt (11 Frauen betroffen), 5,2 bei vaginaler Spontangeburt (56 Frauen), 7,7 bei ohne Prostaglandin eingeleiteter Geburt (15 Frauen) und 24,5 bei Geburtseinleitung mit Prostaglandinen (9 Frauen).

Schlussfolgerungen

Nach einem Kaiserschnitt stellt eine nachfolgende Geburt per vias naturales ein erhöhtes Risiko einer Uterusruptur dar; dieses Risiko ist am höchsten, wenn die vaginale Geburt nicht spontan stattfindet, sondern eingeleitet wird. (BW)

Die gross angelegte retrospektive Analyse zeigt ein erhöhtes Risiko von Uterusrupturen bei angestrebter Spontangeburt nach vorangegangener Sectio caesarea. Die Zahlen rechtfertigen keineswegs eine primäre Resectio, jedoch ist eine intensive Überwachung während der Geburt erforderlich. Die deutlich erhöhte Rupturgefahr bei Einleitung mit Prostaglandinen spricht dafür, diese Einleitungsart bei Status nach Kaiserschnitt nicht anzuwenden. Denkbar wäre auch eine etwas differenzierte Vorgehensweise beim einzelnen Fall, wenn zusätzliche Risikofaktoren vorliegen wie z.B. grosses Kind oder Lage der Plazenta auf der Uterotomiestelle.

Brida von Castelberg