



**Vivantes-Klinikum am Urban
Frauenklinik
CA Dr. G. Nohe**

Äußere Wendung des Feten aus Beckenendlage

Vivantes - Klinikum Am Urban
Klinik für Gynäkologie und
Geburtsmedizin

Gerhard Nohe

Häufigkeit BEL

■ 21 - 24 SSW ca 35 %

■ 32 SSW 10

■ > 37 + 0 SSW 5

Äußere Wende - Warum ?

Durch die Ä.W. sollen mütterliche und fetale Risiken (Mortalität und Morbidität) reduziert werden, die mit Schnittentbindung - (mütterlich) - und vaginaler BEL - Geburt -(kindlich) - durch

-Traumata, Hypoxie, neurologische Spätschäden -
unvermeidlich verbunden sind.

Voraussetzungen zur äußeren Wendung aus Beckenendlage sind:

- Sichere Tragzeit von > 36 SSW (kindliche Lungenreife gegeben)
- Keine Kontraindikationen für Tokolyse, Wehentätigkeit und vaginale Entbindung aus Schädellage
- Laparotomiebereitschaft
 - Nüchternheit > 6 h
 - Operationsbereitschaft (E-E-Zeit < 20 Minuten)
 - Unterschriftliche Einwilligung und Aufklärung für Ä.W. Narkose und Sectio
- Präinterventionelle Diagnostik
 - Normales CTG über 30 Minuten vor dem Manöver
 - Ausschluss von Plazentainsuffizienz und fetaler Bedrohung (Fetometrie, Doppler)
 - Ultraschall: Plazentalokalisation, Fruchtwassermenge, Nabelschnur, Rücken des Kindes

Kontraindikationen für eine äußere Wendung sind:

- **Absolute Kontraindikationen**

- Sectionindikationen wie Plazenta praevia
Wachstumsretardierung.
- Pathologisches CTG
- Dopplersonografische Hinweise auf
Nabelschnurumschlingung sowie pathologische
Flussmuster
- Rezidivierende Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte
- Schwere Präeklampsie, HELLP-Syndrom
- Mehrlingschwangerschaft
- Uterusanomalien
- Vorzeitiger Blasensprung
- Fetale Fehlbildungen – bei BEL öfter als bei SL !

Weitere relative Kontraindikationen Ungünstige Faktoren

- Oligohydramnion
- Ausgeprägte Adipositas
- Vorderwandplazenta
- Vorliegen der Nabelschnur.

Günstige Faktoren für den Wendungserfolg

- Höhere Parität
- Mobiler Steiß / oberhalb Beckeneingang
- Ausreichende Fruchtwassermenge

Score nach Newman

Parameter	Punktwert		
	0	1	2
Parität	0	1	2
Muttermundsweite	> 3 cm	1 - 2 cm	0 cm
Geschätztes Kindsgewicht	< 2500 g	2500 - 3500 g	> 3500 g
Plazentalokalisation	anterior	posterior	lateral/ fundal
Höhenstand des vorangegangenen Steißes	➤ -1 Weniger als 1 QF ü BE	-2 Mehr als 2 QF ü BE	< -3 Mehr als 3 QF ü BE

Empfehlungen: (?)

- Score 1 – 4: Kein Erfolg zu erwarten, eher kein Wendungsversuch durchführen
- Score 5 – 8: Erfolg möglich, Wendungsversuch berechtigt
- Score 9 – 10: Mit hoher Wahrscheinlichkeit Erfolg zu erwarten, Wendung anraten.

Weitere Faktoren, welche den Erfolg beeinflussen, in diesem Score aber nicht berücksichtigt sind:

Fruchtwassermenge (größtes Depot < 2cm)
(AFI < 5 cm)

- Adipositas der Mutter

Typ der Beckenendlage (reine Steiß, Steiß-Fuß- oder Fuß-Lage)

Steiß - Fuß > reine Steißlage > Fußlage

- Dorsoanteriore Lage

Aufklärung



proCompliance

Klinikeindruck/Stempel

Patientendaten/Aufkleber

Geb 6 DE

Dokumentierte Patientenaufklärung
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Äußere Wendung

Die Maßnahme ist für den _____ geplant.
Datum

■ Sehr geehrte werdende Mutter,

die Voruntersuchungen ergaben, dass Ihr Kind noch nicht die günstigste Position für eine spontane Geburt eingenommen hat. Es soll deshalb versucht werden, das Kind von außen in die erforderliche Position zu drehen. Vor der Durchführung wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über den Grund und Erfolgsaussichten der geplanten Maßnahme sprechen. Sie müssen die typischen Risiken sowie die Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und der Behandlung zustimmen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ Warum wird Ihnen die äußere Wendung empfohlen?

Im Verlaufe der Schwangerschaft kann ein Kind im Mutterleib mehrmals spontan seine Position ändern. Meist nimmt es dann bereits einige Zeit vor der Geburt die sogenannte Schädellage ein, bei der das Köpfchen nach unten zeigt (Abb. 1). Diese Lage ist für die Geburt im Allgemeinen die günstigste und die am wenigsten mit Problemen behaftete, weil der größte Körperteil des Kindes – das Köpfchen – die Geburtswege dehnt und für den Durchtritt des übrigen Körpers vorbereitet.

Manchmal liegt das Kind jedoch gegen Ende der Schwangerschaft in einer anderen Lage (z.B. Beckenendlage, Abb. 2). Dann kann der Arzt eine „äußere Wendung“ (auch „sanfte Wende“ genannt) vorschlagen. Dabei wird durch sanften Druck an verschiedenen Stellen auf den Leib der Mutter versucht, das Kind zu einer Drehung zu bewegen und so in die Schädellage zu bringen.

■ Gibt es Alternativmethoden?

Andere Möglichkeiten, mit denen man versuchen kann, das Kind zu drehen, kommen zum Teil aus der alter-

nativen Medizin z.B. Hitzestimulation von Akupunkturpunkten (Moxibustion), bestimmte Bewegungen der Mutter, Homöopathie, Akupunktur, Akupressur, Knie-Elbogengelage oder "indische Brücke". Auch wenn bei diesen Methoden die Wirksamkeit nicht wissenschaftlich erklärbar ist, können sie doch in einigen Fällen zum Erfolg führen. Die Behandlungen, die im Allgemeinen von Hebammen durchgeführt werden, können sich aber über eine gewisse Zeitspanne erstrecken oder mehrmalige Sitzungen erforderlich machen. Die Kosten werden meist **nicht** von den Krankenkassen getragen.

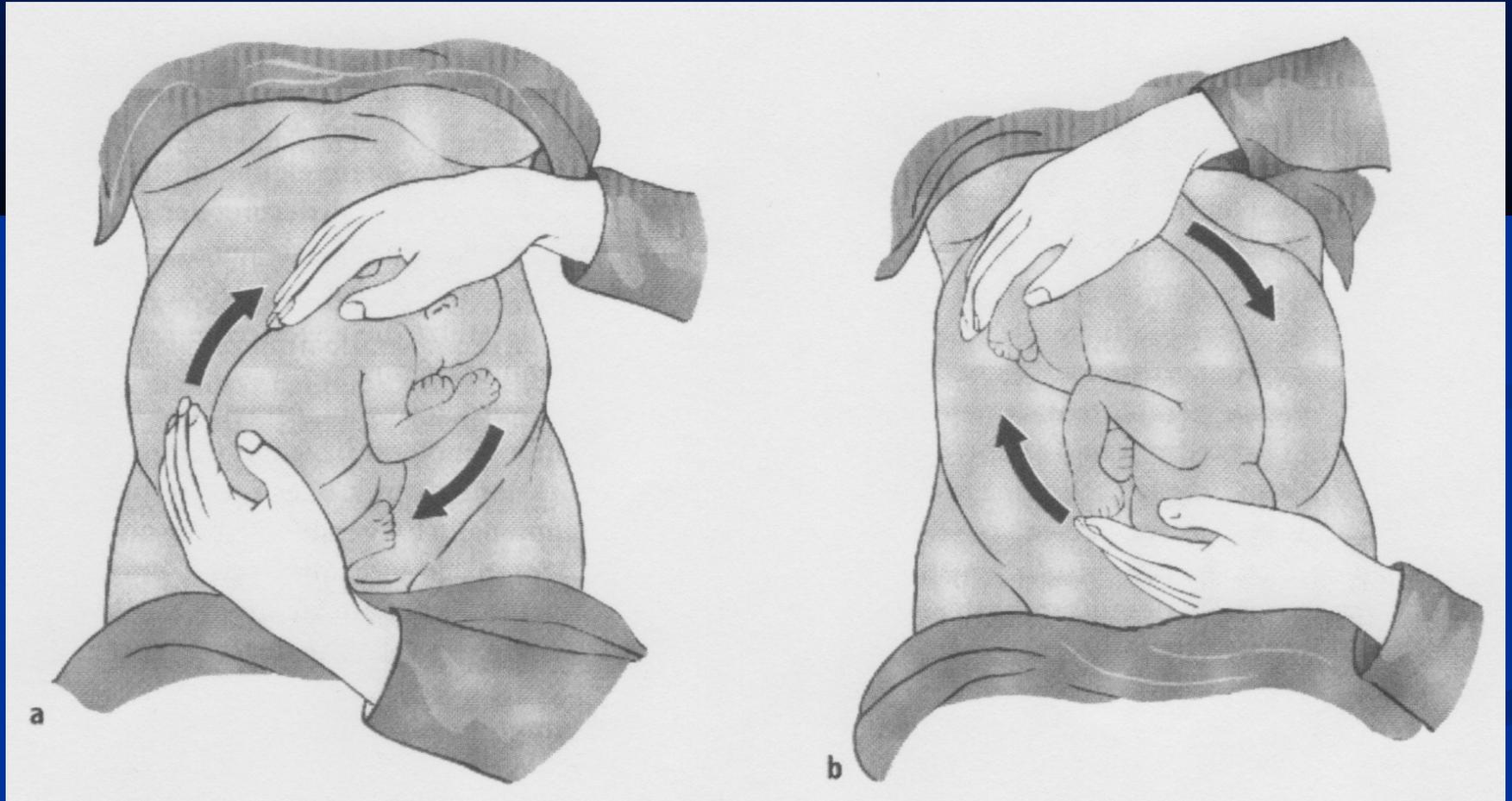
Waren Versuche zur Wendung nicht erfolgreich, oder soll keine Wendung durchgeführt werden, gibt es für die Geburt selbst oft zwei Möglichkeiten: Erstens besteht für alle ungewöhnlichen Kindslagen die Möglichkeit einer Kaiserschnittgeburt. Auch bei einer Beckenendlage raten viele Geburtshelfer generell zu einer Kaiserschnittgeburt. Zweitens kann im Prinzip auch ein Kind aus einer ungünstigen Position heraus (z.B. Beckenendlage) spontan geboren werden. Im Einzelfall können aber die Risiken für das Kind sehr viel größer sein als durch eine Geburt aus der Schädellage.

Die Entscheidung zwischen diesen Alternativen hängt von verschiedenen Kriterien ab (z.B. Art der Position des

Äußere Wende

- Durchführung :
- Planung als ambulanter Eingriff
- Leichte Kopftieflagerung im Kreißbett
- Evtl. Tokolyse : Partusisten 0,5 mg /250 ml NaCl
20ml/h über 30 min
- CTG/HT – Kontrolle – Intervallüberwachung-
- Anschließend sofort Ultraschall und 45 min CTG
 - falls unauff. weitere CTG – Kontrolle nach 30 min
 - falls unauff. Entlassung und Vorstellung beim FA tags daraufmit Sono – u. CTG - Kontrolle

Vorwärts-Rolle > 90 %



Komplikationen

Passagere CTG – Veränderungen 30 %

- leichte variable Dezelerationen

- Veränderungen der Baseline

Vag. Blutungen 1,5 %

Keine Notsectio

Keine Spätfolgen

Äußere Wendung aus Beckenendlage Ergebnisse

Wendungsversuche	928 FKS/KAU	100%
Wendungserfolg	561	60,5%
a. ohne Tokolyse	236	42 %
b. mit Tokolyse	325	58 %
Wendung erfolglos	367	39,5%

Erfolgsquoten bei äußerer Wendung aus Beckenendlage

Autor	Fälle	Tokolyse	SSW	Erfolgsrate
Scaling (1988)	66	Nein	Ab 34. SSW	60,6%
Marchick (1988)	65	Ja	Ab 37. SSW	66%
Fortunato (1988)	67	Ja	Ab 37. SSW	60%
Van-Veelen (1989)	90	Nein	33 - 40. SSW	48%
Morrison (1986)	304	Ja	Ab 37. SSW	68%
Saling (1993)	1000	Ja	Ab 37.SSW	52%
Schlensker (1978)	146	Ja	36. - 41. SSW	55%
Kyante (1977)	23	Ja	Ab 37. SSW	75%
Köppel (1986)	86	Ja	Ab 37. SSW	40,2%
Ketscher	242	Ja	Ab 37. SSW	50%

Äußere Wendung

Rückdrehung nach erfolgreicher Wende

ca 4 %

Entbindungsmodus nach erfolgreicher äußerer Wendung:

Entbindungsmodus:	Nach erfolgreicher Wendung	Schädellagen > 37. SSW
Spontan	69,4	68,5
VE/Forceps	5,7	6,2
Sectio caesarea	24,9	25,3

„Fetal outcome“ nach gelungener äußerer Wendung:

	Nach erfolgreicher Wendung %	Schädellagen >37. SSW %
Apgar < 8 nach 5 min	3,3	3,8
pHArt < 7,10	1,6	2,4

Zusammenfassung I

- Ä.W. eröffnet im Erfolgsfall die Chance auf eine spontane, natürliche Geburt aus Schädellage

Der Verzicht auf Analgetika und Sedativa erhält

die Schmerzempfindung der Frauen und reduziert das Komplikationsrisiko.

Beim primären Wendungsversuch kann auf eine Tokolyse verzichtet werden

Zusammenfassung II

- Keine ernsthaften Komplikationen
- Wichtigste Kriterien :

Fruchtwassermenge

Mobilität des kindlichen Steißes

Fazit:

Die äußere Wendung ist ein für Mutter und Kind bei Beachtung der Vorbedingungen und Kontraindikationen risikoarmes Verfahren.

Das Risiko einer vaginalen BEL – Geburt (Kind) wie das einer Sectio (Mutter) überwiegen das Risiko einer äußeren Wendung bei weitem.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

