Schweiz Med Forum 2004;4:1294–1295

Gynäkologie: Kann man es 2004 noch wagen, natürlich zu entbinden?

David Stucki, Viviane di Bernardo

«Herr Doktor, ich möchte, dass Sie meine Schwangerschaft begleiten, und ich möchte mit einem Kaiserschnitt entbinden.» Sind die werdenden Mütter von heute verweichlicht? Ist es eine Modeerscheinung? Unbestreitbar ist die Anzahl der Schnittentbindungen in den letzten fünf Jahren in der Schweiz erheblich angestiegen [1]. Ihr Anteil hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt und liegt jetzt zwischen 20 und 30% – je nach Entbindungsort. Wir wollen im folgenden mit kritischem Auge die Gründe hierfür untersuchen und auch die langfristigen Folgen nicht ausser acht lassen.

Fortschritte bei der Technik der Schnittentbindung

Da in den meisten Fällen keine Vollnarkose mehr erforderlich ist, sinkt unter Lokal- oder Regionalanästhesie das Risiko, das für die Mutter mit der Intubation und für den Fötus mit der Plazentapassage von Anästhetika verbunden ist. Die Thrombembolieprophylaxe und die prophylaktische Gabe von Antibiotika während des Eingriffs verringern ebenfalls die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind. Durch die Vereinfachung der Operationstechnik dauert der Eingriff weniger lang, so dass das Risiko für Infektionen und Hämorrhagien sinkt. Diese Bemerkungen gelten allerdings nur für geplante Eingriffe. Wenn die Entscheidung zur Sectio während der Entbindung oder in einer Notfallsituation getroffen wird, ist die Komplikationsrate höher.

Bedeutung für das Kind

Jahr für Jahr werden uns mehr und mehr Leitlinien und Empfehlungen für die medizinische Praxis vorgelegt, die auf Publikationen, Fachzeitschriften und Studien basieren und uns in unserer täglichen Arbeit anleiten und häufig auch beeinflussen. Was das Neugeborene angeht, so versuchen diverse Arbeiten nachzuweisen, dass eine elektive Sectio nicht mehr oder sogar weniger Risiken für das Kind birgt als eine vaginale Geburt. Das betrifft insbesondere das Infektionsrisiko und die Gefahr der Mekoniumaspiration [2, 4]. Es ist auch richtig, dass fötale Mortalität und Morbidität vorwiegend nach operativen vaginalen Entbindungen und Notfallkaiserschnitten auftreten. Der elektive Kaiserschnitt scheint als Entbindungsmethode sicherer für das Kind und von deutlich weniger ungewissem Ausgang zu sein als der Versuch einer vaginalen Geburt.

Rechtliche Aspekte und gewandelte Einstellung der Öffentlichkeit

Informationen für die interessierte Öffentlichkeit, die auf Internetseiten oder im Fernsehen präsentiert werden, stellen den Kaiserschnitt als relativ einfache und sicher beherrschte Routineoperation dar. In der Schweiz und ihren Nachbarländern liegt die Geburtenrate bei weniger als zwei Kindern. Das Durchschnittsalter Erstgebärender steigt stetig [3] – und die Frauen sind nicht mehr bereit zu leiden, wenn es auch anders geht. Die erste Entbindung mit 35–40 Jahren oder sogar noch später ist heute keine Seltenheit mehr. Dieses Kind ist ein um so grösseres Geschenk, als es oft das einzige bleibt. Mit der Häufigkeit von Schnittentbindungen steigt natürlich auch die Zahl der Frauen, die einen solchen Eingriff hinter sich haben [3]. Die Konsequenzen eines Kaiserschnitts für nachfolgende Schwangerschaften liegen auf der Hand. Angesichts der wachsenden Bedeutung des Medizinrechts in unserem Fach muss der betreuende Gynäkologe die werdende Mutter über die Risiken informieren, die mit den verschiedenen Entbindungsarten verbunden sind. Die Schwangere spricht das Thema im übrigen häufig von sich aus an und hat oft bereits eigene Vorstellungen von der Geburt. Jeder Frauenarzt strebt natürlich danach, Probleme zu minimieren, insbesondere in potentiell risikobehafteten Situationen. Die Steissgeburt ist hierfür ein typisches Beispiel. In mehreren beunruhigenden Veröffentlichungen ist über Risiken für Mutter und Fötus durch eine Uterusruptur nach vorausgegangener Schnittentbindung berichtet worden. Der Ansatz, in diesen Fällen eine vaginale Entbindung zu versuchen, wird somit in Frage gestellt. Der medizinrechtliche Rahmen verpflichtet uns also, die Patientinnen über die Chancen einer Vaginalgeburt aufzuklären – und über die Risiken, die sie (und wir) eingehen, falls eine Uterusruptur auftritt. Dies gilt um so mehr für junge Gynäkologen, die oft mit den Verfahren einer operativen vaginalen Entbindung und mit besonderen geburtshelferischen Techniken weniger vertraut sind.

Langfristige Folgen

Zahlreiche Arbeiten haben sich mit den langfristigen Folgen der vaginalen Geburt, insbesondere der Zangengeburt, befasst. Der Kaiserschnitt scheint eine protektive Wirkung zu besitzen und langfristige Folgeerscheinungen auf ein Minimum zu reduzieren. Das gilt insbesondere für die Harn- und Stuhlinkontinenz sowie den Genitalprolaps. Die Patientinnen sorgen sich in zunehmendem Masse um diese Aspekte, die vor wenigen Jahren noch weitgehend tabuisiert waren. Sie sind sensibilisiert für die Gefahr von Läsionen des Perineums und deren Auswirkungen auf ihre Lebensqualität.

Kommentar

Die allgegenwärtigen rechtlichen Sachzwänge, die auf Studien und Artikeln basierenden Leitlinien und die Wünsche der Patientinnen beeinflussen die Einstellung des Frauenarztes zur Entbindung. Niemand wird je einem Arzt vorwerfen, einen Kaiserschnitt zuviel gemacht zu haben, sehr wohl aber, einen Eingriff nicht durchgeführt zu haben. Ausserdem ist damit das Problem in 20 bis 30 Minuten erledigt, im Vergleich zu den endlosen Stunden des Wartens, stets in den Startlöchern und in Erwartung eines Donnerschlags aus heiterem Himmel. Selbst wenn der Kaiserschnitt in bestimmten Fällen als sicherere Alternative erscheint, darf nicht vergessen werden, dass es sich trotz allem um einen operativen Eingriff mit anästhesiebedingten, Infektions- und Thrombembolierisiken handelt, die zwar nicht gross, aber dennoch vorhanden sind und den Krankenhausaufenthalt nach der Entbindung verlängern. Weiterhin sind die Probleme zu bedenken, die mit einer Placenta praevia, accreta oder Uterusruptur auch für nachfolgende Schwangerschaften verbunden sind. Transitorische Tachypnoe, respiratorisches Distress-Syndrom und persistierende pulmonale Hypertonie treten häufiger bei Kindern auf, die mit einer elektiven Sectio entbunden wurden. Aber 2004 hat ja die Patientin ihr Wörtchen mitzureden: *«Vergessen Sie nicht, Herr Doktor, ich möchte einen Wunschkaiserschnitt.»*

Übersetzung TranScript

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. David Stucki
Clinique de gynécologie
Hôpital cantonal
CH-1700 Fribourg

Literatur

1 Rozenberg P. L'élévation du taux de césariennes. Un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:279–89.
2 Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Am J Obstet Gynecol 2004;190:314–8.
3 Bailit Jl. Rising caesarean rates: are patients sicker? Am J Obstet Gynecol 2004;191:800–3.
4 Towner D. Effect of mode of delivery in nulliparous women on nonatal intracranial injury. N Engl J Med 1999;341:1709–14.

Forum Med Suisse 2004;4:1294–1295

Gynécologie: ose-t-on encore accoucher naturellement en 2004?

David Stucki, Viviane di Bernardo

«Monsieur le Docteur, je viens vous confier la surveillance de ma grossesse et je désire la terminer par une césarienne programmée.» Les futures parturientes seraient-elles devenues plus douillettes? S'agit-il d'un effet de mode? Il est évident que le recours à la césarienne a augmenté significativement ces 5 dernières années en Suisse [1]. Son taux a doublé ces 10 dernières années et s'établit entre 20 à 30% selon les lieux de naissances. D'un œil inquisiteur, nous allons analyser les raisons de cette attitude, tout en n'oubliant pas les conséquences à long terme.

Amélioration de la technique de césarienne

L'anesthésie locorégionale permet d'éviter une anesthésie générale dans la majorité des cas, diminuant les risques maternels liés à l'intubation et les risques fœtaux liés au passage placentaire des agents anesthésiques. La prophylaxie thromboembolique et l'administration d'une prophylaxie antibiotique durant l'intervention contribuent également à diminuer la morbidité et mortalité fœto-maternelles. La simplification de la technique opératoire, en diminuant le temps d'intervention, a une influence sur le risque infectieux et hémorragique, rendu moindre. Toutefois, ces remarques ne s'adressent qu'à des interventions programmées. Les complications sont plus importantes lorsque la décision de césarienne doit être prise en cours de travail ou en urgence.

Le point de vue de l'enfant

Années après années, notre pratique médicale s'enrichit de «guidelines» sur la base de publications, de revues de la littérature et d'études qui guident et modifient souvent notre pratique. Du côté du nouveau-né, divers travaux tentent à montrer qu'une césarienne élective ne comporte pas plus de risques pour l'enfant, voire même moins qu'un accouchement par voie basse. Ceci concerne tout particulièrement les risques infectieux et l'aspiration de liquide méconial [2, 4]. Il est vrai que la mortalité et la morbidité fœtale la plus importante sont liées aux accouchements instrumentés et aux accouchements par césarienne d'urgence. La césarienne élective semble donc être un mode d'accouchement plus sûr pour l'enfant et dont l'issue est nettement moins incertaine qu'une tentative d'accouchement par voie basse.

L'aspect juridique et les changements de mentalité de la population

L'information grand public, disponible sur des sites Internet ou médiatisée par retransmission télévisée, présente la césarienne comme un acte opératoire banal, relativement simple et bien maîtrisé. En Suisse, comme dans les pays avoisinants, le taux de natalité est inférieur à 2 enfants. Les primipares, dont l'âge moyen s'élève progressivement [3], ne veulent plus souffrir lorsqu'il y a une échappatoire. Il n'est pas rare de nos jours d'attendre son premier enfant entre 35 et 40 ans et même plus. Cet enfant devient encore plus précieux car il sera souvent unique. Les status post césariennes, en relation avec le taux croissant de ce mode d'accouchement, augmentent également [3]. Les conséquences, pratiquer de nouveau une césarienne pour les grossesses ultérieures, sont évidentes. Dans un contexte médico-légal de plus en plus présent dans notre spécialité, l'obstétricien doit informer la future parturiente sur les risques des différents modes d'accouchements. Cette dernière aborde d'ailleurs souvent le sujet en ayant une propre conception de la délivrance. Tout obstétricien tentera de minimiser les problèmes, surtout en face de certaines situations potentiellement à risques. L'accouchement par siège en est un exemple typique. La parution de plusieurs articles inquiétants sur les risques fœto-maternels liés à la survenue d'une rupture utérine après césarienne précédente, remet en question la tentative de voie basse lors de tels accouchements. Le risque médico-légal nous a ainsi amené à informer les patientes sur les chances de voie basse et les risques liés qu'elles acceptent (et que nous prenons) en cas de rupture utérine. Ceci est d'autant plus vrai que les jeunes obstétriciens sont moins rompus aux techniques d'accouchements instrumentés ou aux manœuvres obstétricales particulières.

Les conséquences à long terme

Dans de nombreux travaux, les spécialistes se sont penchés sur les conséquences à long terme de l'accouchement par voie basse et en particulier de l'accouchement par forceps. La césa-

rienne semble avoir un effet protecteur et minimiser les conséquences à long terme, notamment d'incontinence urinaire, de prolapsus génital ou d'incontinence anale. Les patientes se sentent de plus en plus concernées par ce sujet encore relativement tabou il y a quelques années. Elles sont plus sensibilisées au sujet de telles lésions du périnée et de leurs conséquences sur leur qualité de vie future.

Commentaire

Le lourd climat juridique toujours présent, les «guidelines» émanant d'études et de travaux et le désir de la patiente influencent l'attitude de l'obstétricien face à la délivrance. On ne reprochera jamais au médecin d'avoir fait une césarienne de trop, mais assurément de ne l'avoir pas effectuée. De plus, le problème se règle en 20 à 30 minutes par rapport à d'innombrables heures d'attente, le pied dans un starting-block en attendant le coup de tonnerre dans un ciel bleu. Même si la césarienne semble dans certains cas une méthode plus sûre, il ne faut pas oublier qu'il s'agit encore d'un acte opératoire avec des risques anesthésiques, infectieux et thromboemboliques qui, même s'ils ne sont pas importants, restent présents et prolongent le séjour hospitalier en post-partum. Les problèmes liés à un placenta *praevia accreta* ou à une rupture utérine sont à considérer pour les grossesses ultérieures. Les tachypnées transitoires, le SDR et l'hypertension pulmonaire persistante sont plus fréquentes chez l'enfant lors d'une césarienne élective. Mais voilà, en 2004, la patiente a son mot à dire: *«N'oubliez pas Docteur, je désire une césarienne programmée.»*

Correspondance:
Prof. David Stucki
Clinique de gynécologie
Hôpital cantonal
CH-1700 Fribourg

Références

1 Rozenberg P. L'élévation du taux de césariennes. Un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:279–89.
2 Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Am J Obstet Gynecol 2004;190, 314–8.
3 Bailit Jl. Rising caesarean rates: are patients sicker? Am J Obstet Gynecol 2004;191,800–3.
4 Towner D. Effect of mode of delivery in nulliparous women on nonatal intracranial injury. N Engl J Med 1999;341: 1709–14.