

14. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe

Vom Still-Blitz zur Podiumsdiskussion IVF



Geburtshilfe befasst sich mit der natürlichsten Sache der Welt. Trotzdem hat man in den letzten Jahren in der Gynäkologie technisch hochgerüstet und ist Vorreiter in vielen Bereichen wie zum Beispiel bei den endoskopischen Operationen. Diese führt nun nicht jeder praktisch tätige Gynäkologe aus, sollte aber wissen, was auf seine Patientinnen zukommt, wenn er sie zum Spezialisten schickt. Neue Erkenntnisse, Tipps und Fakten aus allen Gebieten der Frauenheilkunde gab es bereits zum 14. Mal bei einem von PD Dr. Kurt Biedermann, Chur, und Dr. Ueli Nägeli aus Bilten präsierten Symposium.

Näfels im Glarnerland ist aus allen Richtungen gut erreichbar, von Jahr zu Jahr hat das dort stattfindende „Ostschweizer Symposium für Praktische Gynäkologie und Geburtshilfe“ mehr Teilnehmer. Das liegt aber nicht am Veranstaltungsort, sondern am bunten und praxisrelevanten Programm. Die Vorträge berücksichtigten zudem auch von den Teilnehmern im Vorjahr gewünschte Themen wie zum Beispiel: Was tun bei Stillproblemen, hilft das MRI bei der Beckenendlage weiter, wann Sectio beim makrosomen Kind, kann die Endometrioseoperation beim Kinderwunsch helfen, welche Prävention ist in der Schwangerschaft sinnvoll. Die Podiumsdiskussion in diesem Jahr lieferte zahlreiche Argumente, warum eine Gesamtrevision des Gesetzes zur Präimplantationsdiagnostik wünschenswert wäre.

Stillen erfordert Ruhe

Stillen liefert die von der Natur vorgesehene optimale Ernährung für das Neugeborene, oft aber gibt es mit dieser „natürlichsten Sache“ der Welt Probleme. Dr. Stefan Fink, Spiez, war der erste männliche Stillberater in der Schweiz und weiss, was die meisten Mütter dringend brauchen, wenn es nicht so auf Anhieb klappt: „Ruhe und Beratung“.

Schmerzender Milcheinschuss und wunde Brustwarzen sind im Wochenbett ein Problem und werden meist noch auf der Geburtsstation gelöst. Wird eine falsche Anlegetechnik korrigiert und beim Kind das Zungenbändchen gelöst, so heilen die wunden Mamillen erfahrungsgemäss rasch ab. Bei wunden Brustwarzen wird gerne auch mit Laser therapiert, das helfe vielen Frauen sehr gut auch an der Episiotomie-Naht, bestätigte Fink.

Auch daheim sollte eine engmaschige Unterstützung durch eine versierte Hebamme/Stillberaterin erfolgen und Unterstützung für die Familienarbeit organisiert werden, damit sich Mutter und Kind in die neue Situation einfinden können, forderte Fink. Kommt es zu einem Milchstau, muss unbedingt so lange behandelt werden, bis keine Symptome mehr vorhanden sind. Das Baby sollte ca. alle zwei Stunden an der betroffenen Seite angelegt werden, eine Brustentleerung und Brustmassage können helfen. Viel trinken, Wärme, Kälte und Schmerzmittel (Ibuprofen - Eco-

profen®, Paracetamol Dafalgan®) sind erlaubt. Innerhalb von 12-24 Stunden muss eine deutliche Besserung erkennbar sein. Der Übergang in eine Mastitis puerperalis ist fliessend. In 90% der Fälle ist der Erreger einer Mastitis puerperalis St. aureus. Fink gibt der Patientin Antibiotika quasi auf Verdacht mit, damit sie, falls sich der Zustand nicht in den nächsten Stunden bessern sollte, mit der Einnahme beginnen kann (geeignet: Flucloxacillin Floxapen®, Amoxicillin und Clavulansäure Co-Amoxi-Mepha®, Cefazolin Kefzol®; Bei Penezillinallergie Clindamycin, Dalacin C®).



Foto: Fotolia

Bessert sich die Symptomatik trotz Antibiotikum nicht innerhalb von 1-2 Tagen, so sollte von oraler Therapie auf i.v. gewechselt werden und eine Hospitalisation in Erwägung gezogen werden. Abstillen sei absolut kein Muss, sagte Fink, die Milch könne selbst bei beidseitigem Befall abgepumpt und pasteurisiert gefüttert werden. Ziel sei, die Abszessbildung zu vermeiden. Gelingt dies nicht, empfiehlt Fink einen grosslumigen Venflon zur Punktion, die Inzision sei nur bei grossen Abszessen notwendig. Bei der Schnittführung achtet er darauf, dass dies parallel zu den Mamillenrändern erfolgt. „Abstillen ist auch hier nicht indiziert“, betonte er.

Eine Soormastitis ist charakterisiert durch einen stechenden, brennenden Schmerz zwischen dem Anlegen. Die Diagnose sei schwierig, die Kultur oft bland. Fluconazol ist das Mittel der Wahl bei einem Milchgangsbefall, oft ist eine Langzeittherapie nötig, führte Fink aus.

Stillen und Medikamente ist ein immer wieder aktuelles Thema. In diesem Zusammenhang verwies Fink auf die Website www.embryotox.de, auf der man rasch für ein bestimmtes Medikament die Toxizität abfragen kann.

Take Home Message:

- ▶ Soormastitiden hoch genug und lange genug behandeln.
- ▶ Stillkompatible medikamentöse Therapie auswählen
- ▶ Schnittführung „stillfreundlich“ wählen

Literatur:

1. www.stiftungstillen.ch
2. Still-Blitz, ein Leitfaden für Ärzte und Ärztinnen, 2. Auflage, von Dr. med. Stefan Fink.
3. www.embryotox.de



Dr. Stefan Fink,
Spiez



Dr. Franz Limacher,
Grabs



Prof. Dr. med. Irene Hösli,
Basel



Dr. Markus Eberhard,
Schaffhausen



Prof. Dr. med. Daniel Surbek,
Bern

MR in der Geburtshilfe

Die Ultraschalluntersuchung ist nach wie vor in der Geburtshilfe die Methode der Wahl. Falls eine ergänzende Bildgebung zum Ultraschall nötig ist, ist die Magnetresonanztomographie (MRI) mittlerweile für Pathologien sowohl des Kindes (fetales MR) als auch der Mutter eine ideale Methode für weiterführende Untersuchungen nach dem ersten Trimenon, darauf verwies Dr. Franz Limacher, Grabs. Aus Sicherheitsgründen sollte auf eine MR-Untersuchung in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft verzichtet werden. Im zweiten und dritten Trimenon der Schwangerschaft sind jedoch MR-Untersuchungen möglich. Es gibt keine erwiesenen Schädigungen beim Feten, welche auf MRI-Untersuchungen zurückgeführt werden können. MRI ist für das ungeborene Kind weniger risikobehaftet als Röntgenuntersuchungen.

Die MRI kann wichtige Zusatzinformationen liefern, vor allem auch für die Geburtsplanung, wenn sich Probleme während der Schwangerschaft zeigen. Dr. Limacher stellte zahlreiche Indikationen vor: Präpartal können ektope Nidation, Plazenta- und Trophoblastpathologien, fetale Malformationen sowie mütterliche Abnormalitäten zur Darstellung kommen. Postpartal liefert die MR-Untersuchung bei Blutung, Hämatom, Abszess und Plazentaretention weitere Informationen. Selbst Stillen ist keine unbedingte Kontraindikation.

Für Dr. Limacher ist mittlerweile auch die Pelvimetrie mittels MRI eine wichtige Entscheidungshilfe. Bei einer Beckenendlage z.B. könne sicherer bestimmt werden, ob die Geburt vaginal sein kann oder durch eine Sectio erfolgen sollte. Auch bei drohendem Kopf-Beckenmissverhältnis oder Plazenta prävia sowie als Ersatz zur Autopsie bei einem Fruchttod (Hirndarstellung) ist das MR einsetzbar. Wenn 12 von 15 Frauen (Grabs 2010) der Wunsch nach einer normalen Geburt bei Beckenendlage erfüllt werden konnte, spreche das für die MR-Pelvimetrie.

Riesenbaby im Anmarsch

Die Prävalenz der Makrosomie bei Neugeborenen (Gewicht über 4000 g) ist in der Schweiz gleich bis leicht steigend, bedingt durch maternale und life style Faktoren. Frau Prof. Dr. Irene Hösli, Basel, diskutierte in Näfels, wann in ihrer Abteilung die Entscheidung getroffen wird, eine Sectio aufgrund einer Makrosomie durchzuführen.

Die Prädiktion mit klinischen und sonographischen Methoden ist für normalgewichtige reife Kinder mit rund $\pm 10\text{-}20\%$ des Gewichtes relativ treffsicher; je schwerer ein Kind aber wird, umso ungenauer wird die Vorhersage mit den aktuellen Möglich-

keiten. Eine fetale Makrosomie ist mit einer erhöhten Morbidität bei Kind und Mutter vergesellschaftet. Es drohen Geburtstillstand, die Notwendigkeit einer vaginal operativen Geburt, Schulterdystokie, Claviculafraktur, Plexusparese und Asphyxie, listete Prof. Hösli auf. Höhergradige Dammverletzungen und postpartale Blutungen sind häufiger.

Je nach Begleitumständen (unkomplizierter Verlauf, versus Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, st. n. Sectio oder Schulterdystokie) könne die vaginale Geburt bis zu einem Gewicht von ca. 4500 g angestrebt werden, wenn die Frau das wünscht. Eine elektive Sectio ist bereits ab 4000 g zu empfehlen, wenn bereits eine Schulterdystokie vorausgegangen ist, das Wiederholungsrisiko liegt in so einem Fall bei 52%, führte Prof. Hösli aus. Die Rate an Wunschsektionen bei Verdacht auf eine Makrosomie habe aufgrund der Risiken zugenommen, führte die Geburtshelferin weiter aus. Wichtigste Massnahme zur Prävention der Makrosomie und Reduktion der Sectionen wäre ein effektives Screening auf Gestationsdiabetes und dessen Therapie. Und der Rat an die Schwangeren, sich so lange als möglich viel zu bewegen, Tanzen, Walking, Sport sind auch in der Schwangerschaft nicht nur erlaubt sondern erwünscht.

Kinderwunsch bei Endometriose

Gelingt es, Endometrioseherde operativ zu entfernen, so kann dies bei Sterilität zum ersehnten Nachwuchs führen. Das zeigte Dr. Markus Eberhard, Schaffhausen, in seinen Ausführungen. Welche Methode gewählt wird, hängt von der Lokalisation und der Zahl der Herde ab. Bei ovarieller Lokalisation ist es besonders wichtig eine möglichst grosse ovarielle Reserve zu erhalten, wenn ein Kinderwunsch besteht. Ovarielle Endometriome sollen unter Einbezug von Alter, Grösse und Vorgeschichte sowie Überlegungen zu assistierter Reproduktionsmedizin ART behandelt werden.

Besonders bei beidseitigem Befall kann mit einer neuen Technik (Endometriosezysten eröffnen, Inhalt absaugen, drei Monate Pause, dann Stimulation mit Gonadotropin Releasing Hormon) der Schaden durch den Eingriff begrenzt werden. Fakt sei, dass nicht alle Endometriome am Ovar operiert werden sollen oder können, so der Experte. „Bei der tiefen Endometriose ist die chirurgische Therapie sicher die beste Wahl. Wenn medikamentös behandelt wird, ist eine Schwangerschaft unmöglich.“ Die Exzision von peritonealen Endometrioseherden verbessert die Fertilität, bei den rectovaginalen ist dies wahrscheinlich nicht immer so.

Take Home Message

- ▶ Die Komplexität der Endometriose erfordert einen sorgfältigen Entscheidungsprozess für jede interventionelle Situation und jede Behandlung von infertilen Paaren.

Prävention in der Schwangerschaft

Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Bern, widmete seine Ausführungen dem wichtigen Thema, wie werdende Mütter für die Gesundheit ihres Kindes schon in der Schwangerschaft aktiv werden können: Folsäure und Vitamine sind dabei ein wichtiges Thema. Wobei der grösste Effekt auf die Fehlbildungsverminderung erzielt wird, wenn Folsäure bereits mehr als drei Monate vor der Schwangerschaft eingenommen wird so dass optimale Spiegel bereits zum Zeitpunkt der Empfängnis erreicht sind. Eine Fehlbildungsverminderung ist bei einer Dosierung von 0,4–0,8 mg ohne Risiko und 4 mg mit Risiko (Status nach Spina bifida und mütterliche Erkrankung an Epilepsie und medikamentöser Therapie) belegt.

Ein neues Konzept könnte die orale Antikonception mit Folsäure sein, führte Prof. Surbek aus. Das Zielpublikum, Frauen im gebärfähigen Alter könnte so zum richtigen Zeitpunkt bereits geschützt sein. Die Aufklärung über Schwangerschaft und Folsäure würde dadurch häufiger erfolgen. Wenn ein Kinderwunsch akut wird, so bestünde bereits mit Absetzen der Antikonception ein genügender Folatspiegel. „Wobei betont werden muss, dass der prophylaktisch wirksame Bereich nach Absetzen nur rund während zehn Wochen erhalten bleibt und daher die Folsäure-Vitamingabe immer noch ein Thema bleibt“, warnte Prof. Surbek.

Immer bedeutender wird die Beratung und Prophylaxe von adipösen Patientinnen. Eine Gewichtsreduktion vor einer Schwangerschaft reduziert das Risiko für Spina bifida, Frühgeburt, Gestationsdiabetes, Sectio, arterielle Hypertonie und Thromboembolie. Vielleicht helfen diese Argumente beim Abnehmen?

Take Home Message und weitere To do Liste

- ▶ Noxen ansprechen: Nikotin, Alkohol, Drogen
- ▶ Rechtzeitige Folsäure und Multivitaminsupplementierung ansprechen
- ▶ Impfstatus (Röteln, Varizellen) besprechen
- ▶ Infektionskrankheiten (Chlamydien, HIV) ausschliessen
- ▶ Vorangegangene Komplikationen in der SS erfragen
- ▶ Medikamente abfragen, aktiv
- ▶ Diabetes mellitus Screening bei Verdacht
- ▶ Adipositas - zu mehr Bewegung anregen
- ▶ Chronische Krankheiten besprechen.

▼ SMS

Quelle: 14. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe 2011, Näfels