

Probleme und Gefahren der künstlichen Geburtseinleitung

Vom Englischen ins Deutsche übersetzt und adaptiert, Sylvia S. Sedlak, Lebens- und Sozialberaterin,
Wien, Österreich, Juni 2006

www.motherfriendly.org

Die Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) ist über den dramatischen Anstieg und fortschreitenden übermäßigen Einsatz von künstlichen Geburtseinleitungen betroffen. Die amerikanische Rate für Geburtseinleitungen hat sich seit 1989 mehr als verdoppelt, angestiegen von einer Frau in 10 auf eine Frau in 5 im Jahr 2001.²² Diese Zahl unterschreitet das tatsächliche Vorkommen der Geburtseinleitungen um ein Vielfaches. Beinahe die Hälfte der Frauen in einer Umfrage in 2002 berichten, dass Maßnahmen gesetzt wurden, um die Geburt künstlich in die Wege zu leiten.⁵ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt nicht mehr als 10 % Geburtseinleitungen.³¹ Trotz moderner Techniken beinhaltet die künstliche Einleitung der Geburt immer noch ein beträchtliches Risiko verglichen mit dem natürlichen Beginn der Wehentätigkeit, und viele, wenn nicht sogar die meisten Einleitungen werden aus Gründen gemacht, die nicht von vernünftiger medizinischer Forschung befürwortet werden.

GEFAHREN DER GEBURTSEINLEITUNG

- **Erstgebärende Mütter** haben eine ungefähr zweimal höhere **Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts** nach einer Geburtseinleitung verglichen mit Müttern mit natürlichem Wehenbeginn. Dieses Risiko ist zurückzuführen auf die Prozedur selbst, nicht auf einen anderen Grund, der vielleicht zur Einleitung geführt hat. Geburtseinleitung in der 41. Woche mit einer hypothetischen Anzahl von 100.000 Erstgebärenden ergibt zwischen 3.700 und 8.200 überflüssige Kaiserschnitte und kostet extra 29 bis 39 Millionen US Dollar.¹⁷
- Bei Frauen, die eine **vorangegangene vaginale Geburt** hatten, steigt die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Kaiserschnitts um ein 5faches, wenn der Gebärmutterhals für die Wehentätigkeit noch nicht bereit ist, und wenn ihnen ein zervikales Reifungsmedikament verabreicht wird.²⁶ 100.000 hypothetisch eingeleitete Frauen mit vorangegangener Geburt in der 41. Wochen ergibt zwischen 100 und 2.300 überflüssige Kaiserschnitte und kostet extra 25 bis 26 Millionen US Dollar.¹⁷
- Alle Einleitungsmedikamente können eine **Gebärmutter-Überstimulation** auslösen (Kontraktionen zu lange, zu stark, zu rasch aufeinander folgend und höhere Grundmuskelspannung).¹⁰ Gebärmutter-Überstimulation kann fötalen Stress verursachen.¹⁰ Das bedeutet paradoxerweise, dass eine Einleitung aufgrund des schlechten Zustandes des Babys das eigentliche Problem verursacht, das es hätte vermeiden sollen, während das Baby wahrscheinlich mit natürlicher Wehentätigkeit umgehen hätte können.
- Künstliche Geburtseinleitung beinhaltet **den Bedarf weiterer Interventionen**. Intravenösen Tropf, elektronische Dauerüberwachung des Fötus, üblicherweise Beschränkung auf das Bett – diese können auch ungünstige Auswirkungen haben.

- Das **Öffnen der Fruchtblase**, eine Routinemassnahme bei der Geburtseinleitung, kann **fötalen Stress** auslösen und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines **Kaiserschnitts**.^{2,8,11} Es kann auch einen **Nabelschnurvorfal** hervorrufen (ein lebensbedrohender Notfall für das Baby, bei dem die Nabelschnur in die Vagina rutscht).^{7,19} 40 % aller Termingeburten, bei denen es zu einem Nabelschnurvorfal kam, waren eingeleitete Geburten, 50 % aller Geburten in der 42. Woche und später, bei denen es zu einem Nabelschnurvorfal kam, waren eingeleitete Geburten.²¹
- Eingeleitete Geburten sind gewöhnlich **schmerzhafter**. Das kann den Bedarf an Epiduralanalogie erhöhen.³ Schmerzmittelbehandlungen beinhalten eine höhere Wahrscheinlichkeit ungünstiger Einflüsse auf die Wehentätigkeit, das Baby und die Mutter.
- Frauen mit **früherem Kaiserschnitt** haben eine etwas erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Narbe bei Pitocin (Oxytozin)-Einleitung nachgibt (8 von 1.000 verglichen mit 5 von 1.000 mit spontanem Geburtsbeginn) und ein grosses Risiko (24 von 1.000), wenn mit Prostaglandinen die zervikale Reifung oder Einleitung herbeigeführt wird.²⁰ Prostaglandine sind Cytotec (Misoprostol), Prepidil (Prostaglandin E2) und Cervidil (Prostaglandin E2).

GEFAHREN UND PROBLEME VON EINLEITUNGSMEDIKAMENTEN

Cytotec (Misoprostol)

- Cytotec, obwohl als Einleitungsmedikament weit verbreitet, ist weder konzipiert noch vorgesehen für die Wehenarbeit. Der Hersteller von Cytotec, die Firma Searle, hat den Gebrauch als Einleitungs-/zervikales Reifungsmedikament wegen der Nebenwirkungen zurückgewiesen.²⁷
- Die FDA erklärt die negativen Auswirkungen von Cytotec: Gebärmutter-Überstimulation, welche schwerwiegende Ausmaße annehmen kann und in tiefgehendem fötalem Stress endet; Gebärmutterriss; Fruchtwasserembolie mit einer hohen Mütter- und Babysterblichkeitsrate; ernsthafte genitale Blutung; Schock; Fötaler Tod; und Tod der Mutter.⁶ Weitere ungünstige Auswirkungen sind zurückbehaltene Plazenta, Kaiserschnitt, und Abgang von Mekonium (der erste Stuhlgang des Babys) ins Fruchtwasser, was eine Art von Neugeborenen-Lungenentzündung auslösen kann, falls es eingeatmet wird.⁶
- Es wird gewöhnlich angenommen, dass Cytotec nur ein lebensbedrohendes Risiko für Frauen mit Gebärmutternarbe oder in hohen Dosen darstellt. Aber es gibt Berichte von Todesfällen von Mutter und Baby, und Blutung mit dann notwendig gewordener Gebärmutteramputation bei Frauen ohne Gebärmutternarbe, einigen wurde eine minimale Dosis verabreicht.^{13,28,30}
- Die Dosierung von Cytotec kann nicht kontrolliert werden, da es sich um eine kleine Pille handelt, die in Stücke geschnitten werden muss.
- Einmal verabreicht, kann die Gabe im Falle von negativen Wirkungen nicht rückgängig gemacht oder die Dosierung nicht reduziert werden.
- Cytotec senkt nicht die Kaiserschnitttrate verglichen mit Prostaglandin E2, welche von der FDA für die Wehentätigkeit genehmigt wurde.¹⁶

- Cytotecs einzige Vorteile verglichen mit Prostaglandin E2 sind sehr reduzierte Kosten und schnellere Kontraktionen.¹⁶ Beides nützt nur dem Spital und den Ärzten, da eine kurze Geburtsdauer für die Mutter für gewöhnlich intensiv, hektisch und schwierig ist.

Prostaglandin E2 (Prepidil, Cervidil)

- Prostaglandin E2 kann Gebärmutter-Überstimulation und fötalen Stress verursachen.¹⁸ Fötaler Stress kann einen Kaiserschnitt notwendig machen.
- Prostaglandin E2 reduziert nicht überflüssige Kaiserschnitte mit Geburtsteinleitung.¹⁸
- Einmal verabreicht, kann die Gabe im Falle von negativen Wirkungen nicht rückgängig gemacht oder die Dosierung nicht reduziert werden. Ausser wenn das Medikament als Tampon verabreicht worden ist (Cervidil)

Oxytozin (Pitocin)

- Komplikationen mit Oxytozin (Pitocin) sind Gebärmutter-Überstimulation,²⁵ die zu fötalem Stress führen kann; zweimal so hohes Risiko, dass das Baby in einem schlechten Zustand geboren wird;¹⁵ nachgeburtliche Blutung;²⁵ und grössere Wahrscheinlichkeit der Neugeborenen-Gelbsucht.²⁵ Seltene, schwere, mütterliche Komplikationen sind Gebärmutterriss und Vergiftung, die zu Koma und Tod führt. Oxytozin kann auch einen Gehirnschaden oder Gehirntod des Babys verursachen.²⁵

DIE MEDIZINISCHE FORSCHUNG VERABSÄUMT ES, ÜBLICHE EINLEITUNGS-GRUNDPRINZIPIEN ZU BEACHTEN

- **Wunscheinleitungen**, das sind künstliche Geburtseinleitungen, die nicht aufgrund eines medizinischen Hintergrunds erfolgen, wie zum Beispiel Bequemlichkeit, setzen Babys und Mütter den Gefahren der Einleitung aus ohne einem dementsprechenden Nutzen gegenüberzustehen.
- **Geburtseinleitung wegen einem erwarteten grossen Baby** hat keine Vorteile, aber erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts.^{12,29}
- Kein glaubwürdiger Beweis unterstützt die Einleitung bei Frauen mit **Gestationsdiabetes** - dem entgegengesetzt die bereits bestandene Diabetes.
- Routinemässig eingeleitete Geburt mit **frühzeitiger Öffnung der Fruchtblase** reduziert nicht das Auftreten von Neugeborenen-Infektion, mit Ausnahme von Frauen, die Gruppe B Strepptokokken positiv getestet wurden und nicht während der Geburt intravenös Antibiotika bekommen.¹⁴
- Die Ergebnisse von eingeleiteter Geburt bei **Gruppe-B-Strepptokokken-positiven Frauen** haben keine Verbesserung gezeigt, wenn Antibiotika ungeachtet des Fruchtblasenzustandes gegeben wurden. Weiters ist diese Vorgehensweise nicht Teil der empfohlenen Richtlinien des Zentrums für Seuchenkontrolle.⁴

- Studien, die die **routinemäßige Geburtseinleitung in der 41. Schwangerschaftswoche** unterstützen, weisen ernste Fehler auf.²³ Keine Forschung unterstützt die routinemäßige Einleitung zu einem früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft; keine gute medizinische Forschung unterstützt die routinemäßige Einleitung egal zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft.
- Verfechter der künstlichen **Geburtseinleitung zum errechneten Geburtstermin** argumentieren, dass sich die Totgeburten-Rate und die Rate anderer Neugeborenenkomplikationen nach diesem Datum ausgesprochen erhöht. Tatsächlich aber zeigen diese Zahlen keine solche Erhöhung.^{1,23} Die Einleitung in der 41. Woche bei einer hypothetischen Anzahl von 100.000 erstgebärenden Müttern würde theoretisch 120 tote Föten verhindern, die statistisch in der darauffolgenden Woche aufträten, aber:¹⁷
 - Wir wissen nicht, wieviele dieser Tode wirklich verhindert würden durch die routinemäßige Einleitung, da es auch unvorhersehbare Ereignisse bei gesunden Müttern mit gesunden, normal ausgebildeten Babys gibt.
 - Diese Zahl würde ausgeglichen werden durch manche Babys, die aufgrund der Gefahren der Einleitung gestorben sind.
 - Jeglicher Rückgang von Totgeburten würde untergehen in den Zahlen der Unfruchtbarkeit, Fehlgeburt, und fötalen und neugeborenen Verluste als Konsequenz der übermäßigen Kaiserschnitte. (Siehe: Die Risiken des Kaiserschnitts für Mutter und Baby)
- 41 Wochen ist die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer bei gesunden erstgebärenden Müttern.²⁴ Das bedeutet, dass die Hälfte aller dieser Schwangerschaften länger als 41 Wochen dauert.
- Wenn es keinen Grund gibt, die natürliche Schwangerschaftsdauer zu verkürzen, dann gibt es auch keinen Grund für manuelle Manipulation an der Fruchtblase, wie die **Eipollösung**, das die Wahrscheinlichkeit eines Risikos trägt (der Eipol ist der Rand zwischen Eihaut und Gebärmutter. Lösung des Eipols von der Gebärmutter und mit gleichzeitiger manueller Öffnung des Muttermundes, regt die Wehentätigkeit der Gebärmutter an – diese Massnahme ist äußerst umstritten, die Eipollösung ist sehr schmerzhaft. Anm.d. Übers.).

Die Coalition for Improving Maternity Services (CIMS), eine von der UNO anerkannte Nicht-Regierungsorganisation, ist eine Zusammenarbeit von unzähligen Einzelpersonen, führenden Forschern und mehr als 50 Organisationen mit über 90.000 Mitgliedern. CIMS entwickelte die Mütterfreundliche-Geburt-Initiative (Mother-Friendly Childbirth Initiative) in 1996, um ein Gesundheits- und Wohlfühl-Modell für Geburtshilfe zu fördern, das die Geburtsergebnisse verbessert und die Kosten wesentlich reduziert. Es ist ein übereinstimmendes Dokument, das als eine wichtige Vorgabe zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und des Wohls der Kinder von Geburt an anerkannt wurde. Die Mother-Friendly Childbirth Initiative wurde in mehrere Sprachen übersetzt und gewinnt weltweit an Unterstützung.

Literaturverweise

1. Alexander JM, McIntire DD, and Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstet Gynecol* 2000;96:291-4.
2. Brisson-Carroll G et al. The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996;87(5 Pt 2):891-6.

3. Cammu H et al. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(2):240-4.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal Group B streptococcal disease. *MMWR* 2002;
- 51(No. RR-11).
5. Declercq ER, Sakala C, Corry MP. Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association, Oct 2002.
6. FDA. Cytotec (misoprostol). Access at: <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2002/safety02.htm#cytote.2002>.
7. Fullerton JT and Severino R. In-hospital care for low-risk childbirth: comparison with results from the National Birth Center Study. *J Nurse Midwifery* 1992;37(5):331-340.
8. Garite TJ et al. The influence of elective amniotomy on fetal heart rate patterns and the course of labor in term patients: a randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6 Pt 1):1827-1832.
9. Goer H. Elective induction of labor. http://www.hencigoer.com/downloads/elective_induction.rtf
10. Goer H. The Thinking Woman's Guide to a Better Birth. New York: Perigee Books, 1999, p 228-9.
11. Goffinet F et al. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(5):548-53.
12. Gonen O et al. Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. *Obstet Gynecol* 1997;89(6):913-7.
13. Goodman D. Forced labor. *Mother Jones* Jan/Feb 2001:17-19.
14. Hannah ME et al. Maternal colonization with group B Streptococcus and prelabor rupture of membranes at term: the role of induction of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(4):780-5.
15. Herbst A, Wolner-Hanssen P, and Ingemarsson I. Risk factors for acidemia at birth. *Obstet Gynecol* 1997;90(1):125-30.
16. Hofmeyr GJ and Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
17. Kaufman KE, Bailit JL, and Grobman W. Elective induction: an analysis of economic and health consequences. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(4):858-63.
18. Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
19. Levy H et al. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol* 1984;64(4):499-502.
20. Lydon-Rochelle M et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345(1): 3-8.
21. MacDorman M et al. Trends and characteristics of induced labour in the United States, 1989-98. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002;16:263-73.
22. Martin JA et al. Births: final data for 2001. *Nat Vital Stat Rep* 2002;51(2).
23. Menticoglou SM and Hall PF. Routine induction of labour at 41 weeks gestation: nonsensus consensus. *BJOG* 2002;109:485-91.
24. Mittendorf R et al. The length of uncomplicated human gestation. *Obstet Gynecol* 1990;75(6):929-32.
25. Mosby. Oxytocin. Mosby's GenRx Access at: <http://www.orgyn.com/resources/genrx/d001945.asp>
26. Peck P. Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean. *Medscape Medical News*, 2003. <http://www.medscape.com/viewarticle/453298>
27. Searle. letter to health care providers. Aug 23, 2000
28. Stein L. Un-informed consent. *Metroactive* <<http://www.metroactive.com/metro/cover/cytotec1-0212.html>>, 2002.
29. Tey A, Eriksen NL, and Blanco JD. A prospective randomized trial of induction versus expectant management in nondiabetic pregnancies with fetal macrosomia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(1 Pt 2):293.
30. Wing DA and Paul RH. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):158-64.
31. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-437.