


Erstelldatum: 10.12.2004		1931 Geburtshilfe		Nr. 193134/3		Seite 1 von 2	
Beckenendlage (BEL): Kriterien für vaginale Geburt							
Verfasser: Sükrü Arioglu		Genehmigt am: 31.01.2020		Ersetzt Versionen:			
Anlaufstelle: LA FKL		Genehmigt durch: M. Todesco					
Telefon: 9581		Gültig ab: 31.01.2020					
E-Mail: suekrue.arioglu@ksa.ch		Gültig bis: 30.01.2023					

1. Auswahlkriterien für eine vaginale BEL Geburt

- Wunsch der Frau für eine vaginale BEL Geburt
- Keine generelle Kontraindikation für vaginale Geburt (Plazenta prävia usw.)
- Keine fetale Anomalie die zu einer Dystokie führen kann (Disproportion)
- Schätzwert: über der 10. Perzentile – 3700 g^(1,3)
- Ab 37 0/7 SSW
- Kein hyperextendierter Kopf
- Reine Steisslage oder komplette Steissfusslage

2. Geburtsmodusabklärung in der Schwangerschaft

- Geburtsmodus in der 36. bis 37. SSW durch LA oder CÄ
- Solange keine Kontraindikation Wendung empfehlen⁽⁴⁾
- Gespräch, mit der Schwangeren über vaginale vs operative Entbindung,
 - Vor und Nachteile sowie Risiken
 - Anwesenheit der Anästhesie, Neonatologie, Hebamme, Geburtshelfer ca 8-9 Personen
 - Sectiobereitschaft und Indikationen für Sectio (path. CTG/ schleppender Verlauf (EP), < 1cm MM-Dilatation/h; AP > 90 Min.⁽⁴⁾, aktive Pressphase > 60 Min⁽⁴⁾, Fusslage usw.)
- Ultraschall (Biometrie, genaue Lage, Haltung und FW-Menge)
- Beckenaustastung
- Die Rolle der Pelvimetrie ist unklar⁽²⁾ und wird bei uns nicht routinemässig durchgeführt.
- Anmeldung in der Anästhesie-Sprechstunde

Vergleich der Geburtsmodi (RCOG 2017)

vaginale Geburt	Sectio
<ul style="list-style-type: none"> • APGAR niedriger und fetale short-term Komplikationen höher • Fetale Langzeitkomplikationen nicht erhöht • Maternale Komplikationen geringer • NS Kompression kann zu Hypoxämie führen • Fetale Mortalität und Morbidität nur gering erhöht bis unverändert je nach Studie. Mortalität 2-3/1000 BEL Geburt, (1/1000 bei Geburt aus SL, 0.5/1000 bei Sectio)⁽²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Op Komplikationen • Risiken für Folgeschwangerschaften erhöht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uterusruptur ○ Plazenta Implantationsanomalien ○ Abortrisiko erhöht ○ Sterilität • Schmerzen mit Therapiebedarf • Verzögerung der Wiedergewinnung der normalen körperlichen Aktivität • Nur gering besseres fetales Outcome als bei vaginaler Geburt mit guten Kriterien für die BEL Geburt⁽⁴⁾

3. Eintritt

- wie zur normalen Geburt
- Assistent informieren (Assistent soll OA und Anästhesie informieren)
- Information CA oder LA

Beckenendlage (BEL): Kriterien für vaginale Geburt



4. Gebärzimmer

Zusätzlich zur normalen Geburt

- Reatisch mit Kinderreakoffer
- Dauer-CTG-Ableitung
- Forceps
- Beinstützen
- Sytocinoninfusion eingespannt in den Infusomat inkl. Dreiweghahn
- Anästhesiewagen bereitstellen

5. Geburt

- bei beginnender AP Assistent rufen (Assistent soll OA, LA/CA, Neoteam und Anästhesie rufen)
- Anästhesie stand by
- Querbett ab KLS auf BB
- Hebamme leitet die Frau an (in Absprache mit den Ärzten) und betreut sie in der AP
- ev. Synto-Infusion beginnen oder steigern
- CA oder LA sind bei Geburt immer anwesend. OA oder erfahrener Assistent kann bei Einverständnis des CA/LA das Kind entwickeln.
- Bei guter Adaptation kann das Kind der Mutter zum Bonding direkt gegeben werden.

Bei BEL braucht es vor allem **GEDULD**. Keine Manipulation am Kind vor Sichtbarwerden des unteren Schulterblatt-Randes. Im Gebärzimmer für Ruhe sorgen, wenn viele Personen anwesend sind. Bei Telefonanrufen ausserhalb des Zimmers reden.

6. Verlegung

- bei Spontangeburt nach 3 Stunden
- bei Geburt mit Narkose ca. nach 4 Stunden

Quellen

- (1) Royal College of Obstetrician and Gynaecologists Green Top Guideline: The Management of Breech Presentation. 2006
- (2) RCOG Green Top Guideline 20b 03/2017
- (3) ACOG Committee Opinion Nr 340 Mode of Term Singleton Breech Delivery 2006
- (4) Vaginal delivery of breech presentation., Maternal Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Obstet Gynaecol Can. 2009;31(6):557.