

Erstelldatum: 15.03.2011		1931 Geburtshilfe		Nr. 1931109/1		Seite 1 von 2	
Vaginale Geburt nach Sectio				Kantonsspital Aarau 			
<b>Verfasser:</b>	Fähnle Ivo	<b>Genehmigt am:</b>	15.3.2011	<b>Ersetzt Versionen:</b>			
<b>Anlaufstelle:</b>	FKL	<b>Genehmigt durch:</b>	M. Todesco Bernasconi	Vom Internet ins Intranet am 7.1.16			
<b>Telefon:</b>	5995	<b>Gültig ab:</b>	15.3.2011				
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:ivo.faehnle@ksa.ch">ivo.faehnle@ksa.ch</a>	<b>Gültig bis:</b>					

### Schema Vaginale Geburt nach Sectio (VBAC - Vaginal Birth after Cesarean Delivery)

Im August 2010 ist die neue Richtlinie des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) erschienen bezüglich Vaginale Geburt nach Sectio (VBAC - Vaginal Birth after Cesarean Delivery) und Geburtsversuch nach Sectio (TOLAC - Trial of Labour after Cesarean Delivery). Hier soll eine Zusammenfassung wiedergegeben werden anhand derer die Beratung von Frauen mit St. n. Sectio vorgenommen werden kann.

Der Sectio-Anteil hat bei den Geburten in den letzten Jahren stets zugenommen, daher stellt sich heute häufig die Frage nach dem optimalen Geburtsmodus bei Frauen, welche früher eine Sectio hatten.

Diese Angaben betreffen Frauen mit St. n. einer Sectio caesarea mit querer isthmischer Uterotomie. Bei St. n. zwei Sectiones wird die TOLAC bei ausdrücklichem Wunsch der Frau und nur nach strengen Evaluationskriterien durch CA/LA angeboten. Denn in der Schweiz ist bei St. n. zwei oder mehr Sectiones erneut eine Sectio caesarea als Geburtsmodus indiziert. Bei St. n. Längs-Uterotomie und bei Beckenendlage des Kindes ist ebenfalls eine Re-Sectio indiziert.

### Vorteile und Risiken

Verschiedene Kriterien wurden bei TOLAC und Re-Sectio verglichen. Es zeigt sich, dass die meisten Probleme dann entstehen, wenn nach TOLAC eine Notfall-Sectio notwendig wird. Daher sollte im Idealfall die Erfolgswahrscheinlichkeit einer VBAC im Voraus abgeschätzt und die Schwangere entsprechend beraten werden. Einerseits sind die Risiken eines erfolgreichen TOLAC (=VBAC) geringer als diejenigen einer Re-Sectio, andererseits sind die Risiken einer geplanten Re-Sectio geringer als bei erfolgloser TOLAC mit Notfallsectio.

Für Uterusruptur und Endometritis bestehen Unterschiede:

	<b>TOLAC</b>	<b>Re-Sectio</b>
Uterusruptur	0.7 - 0.9 %	0.4 - 0.5 %
Endometritis	1.5 - 2.1 %	2.9 %

Bezüglich Risiko für Bluttransfusion, Hysterektomie und mütterlichen Tod bestehen keine Unterschiede.

### Kriterien zur Abschätzung der Erfolgchance von TOLAC / Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen VBAC

Gemäss publizierten Daten besteht eine Erfolgswahrscheinlichkeit einer vaginalen Geburt bei St. n. Sectio bei 60 - 80%.

Folgende Faktoren beeinflussen die Erfolgswahrscheinlichkeit:

1. Positive Faktoren (erhöhen Erfolgswahrscheinlichkeit, starke Prädiktoren)
  - Frühere vaginale Geburt
  - Spontaner Wehenbeginn
2. Negative Faktoren (senken Erfolgswahrscheinlichkeit, andere Prädiktoren)
  - St. n. Sectio wegen Geburtsstillstand / Vd. a. Kopf-Becken-Missverhältnis (besonders wenn das aktuelle Kind schwerer geschätzt wird)

# Vaginale Geburt nach Sectio

Kantonsspital Aarau



- Erhöhtes mütterliches Alter
- Nicht-weiße Ethnizität
- GA >40 SSW
- Mütterliche Adipositas
- Präeklampsie
- Kurzes Intervall seit letzter SS
- Hohes Kindsgewicht (je nach Literatur >4000 - 4500g, ab 4000g und ohne vorgängige Spontangeburt steigt betr. das relative Risiko für eine Uterusruptur 2.3)

Trotz fehlendem Konsens wird aufgrund der Datenlage davon ausgegangen, dass eine Frau mit 60-70% Erfolgswahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche vaginale Geburt mit TOLAC und prim. Re-Sectio etwa vergleichbare Risiken hat.

Unter <http://www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbirth.html> findet sich ein Score, mit dem die Erfolgswahrscheinlichkeit abgeschätzt werden kann (allerdings basierend auf US-Daten!)

## Besondere Situationen

1. St. n. unklarer Uterotomie: Risiko nicht höher als nach querer Uterotomie
2. Gemini: Wenn sonst keine Kontraindikationen für SG: ähnliche Erfolgsraten wie bei Einlingen
3. Spätabort: Einleitung mit Prostaglandinen möglich bis 27. SSW (bis 27+0 SSW)  
 Uterus-Ruptur-Risiko <1%  
 Ab der 28. SSW (ab 27+1 SSW) ist bei Einleitung mit einem „Cervical-ripening-balloon“ die Ruptur-Rate im Vergleich zu einer Spontangeburt mit spontan beginnender Wehentätigkeit nicht erhöht.

## Empfehlungen der ACOG-Guidline

### Level A (gute und konsistente Evidenz)

- Bei St.n. 1x Sectio mit querer Uterotomie und bei „low-risk“-Situation (Einling, SL) sollte TOLAC aufgeklärt und angeboten werden
- PDA ist möglich bei St. n. Sectio
- Zur Einleitung KEIN Misoprostol

### Level B (limitierte Evidenz)

- Bei St.n. 2xSectio mit querer Uterotomie kann TOLAC diskutiert werden (CAVE: nur durch CA/LA indiziert!)
- Bei St.n. 1x Sectio mit querer Uterotomie mit Geminigravidität kann TOLAC angeboten werden wenn die übri- gen Kriterien für Gemini-SG erfüllt sind
- Bei geringem Risiko für TOLAC besteht keine Kontraindikation für äussere Wendung
- Bei hohem Risiko (St.n. T-Uterotomie, St. n. Uterusruptur, St. n. Uterus-Chirurgie) oder bei Kontraindikatio- nen für eine SG soll TOLAC nicht angeboten / durchgeführt werden
- Einleitung aus mütterlicher od. fetaler Indikation ist möglich
- TOLAC ist nicht kontraindiziert bei unbekannter Sectio-Technik, ausser wenn hochgradiger Verdacht auf Längs-Uterotomie besteht.

### Level C (Konsens, Expertenmeinungen)

- Wenn TOLAC angeboten wird, sollte die Infrastruktur inkl. Personal verfügbar sein um Notfall-Sectio anbie- ten zu können.
- Die Entscheidung über TOLAC / ERCD soll gemeinsam mit der Patientin nach Aufklärung gefällt werden, Die Aufklärung soll entsprechend dokumentiert sein.

## Literatur

- ✓ ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2010 Aug;116(2 Pt 1):450-63.