

Erstelldatum: 17.02.2006		1931 Geburtshilfe		Nr. 193146/3		Seite 1 von 2	
Terminüberschreitung							
<b>Verfasser:</b> Anna Tina Casanova		<b>Genehmigt am:</b> 25.02.2020		<b>Ersetzt Versionen:</b>			
<b>Anlaufstelle:</b> Oberärztin FKL		<b>Genehmigt durch:</b> M. Todesco					
<b>Telefon:</b> 9845		<b>Gültig ab:</b> 25.02.2020					
<b>E-Mail:</b> anna.casanova@ksa.ch		<b>Gültig bis:</b> 24.02.2023					

## Ziel

Adoption der Guideline 2002: Überwachung und Management bei Überschreitung des Geburtstermines der Arbeitsgruppe „Terminüberschreitung“ der Kommission Qualitätssicherung der SGGG.  
Einheitliches Vorgehen bei Schwangeren, welche 40 0/7 SSW erreichen, resp. überschreiten.

## Definition

Terminüberschreitung bedeutet eine Schwangerschaftsdauer von 40 0/7 – 41 6/7 SSW, dies immer bei gesichertem Geburtstermin. Der US am Ende des 1. Trimesters ist der wichtigste Faktor zur Geburtsterminfestlegung. Ab 42 0/7 SSW spricht man von einer Übertragung (WHO).

## Inzidenz

Bis 27 % der Schwangerschaften überschreiten 41 0/7 SSW, maximal 14 % überschreiten 42 0/7 SSW. Inzidenz abnehmend, wahrscheinlich wegen zunehmend verbreitetem Einsatz des US zur Terminbestimmung in der Frühschwangerschaft.

Abhängig ist die Inzidenz von der Definition (ab 41 0/7 oder 42 0/7 SSW), der untersuchten Population, der Anwendung des Routineultraschalls, der Frühgeburtenrate, dem Anteil vorzeitig eingeleiteter Geburten und dem Anteil von Wahlkaiserschnitten.

Nach vorheriger Übertragung beträgt das Wiederholungsrisiko 30 – 40 %. Ebenso findet sich eine Häufung bei fetalen Fehlbildungen.

## Probleme der Terminüberschreitung

Das Risiko der peripartalen kindlichen Mortalität und Morbidität steigt und zwar ante-, intra- und postpartal (fetal distress, Asphyxie, Makrosomie, Schulterdystokie, intrauterine Infekte, Mekoniumaspiration, ANS, Pneumonie, mehr Verlegungen auf Neoatologie-IPS, u.a.).

Ebenso steigt die mütterliche Morbidität (Hypertonie, Gestationsdiabetes, vorzeitige Lösung der Plazenta, u.a.).

## Vorgehen

In der Regel sehen wir die schwangeren Frauen um den Termin „US, CTG, Gewichtsschätzung“ herum erstmals im Gebärsaal. Falls dann keinerlei Auffälligkeiten, resp. Risiken bestehen, soll wie unten aufgeführt vorgegangen werden.

## Schwangere ohne Risiko mit Terminüberschreitung

Nach der Kontrolle um den Termin, nächste Kontrolle zwischen 40 6/7 und 41 1/7 SSW vorsehen. Kontrolle mit CTG, US für FW und Manning-Score.

Bei auffälligem CTG und / oder grösstem FW-Depot **unter 2 cm** → Einleitung je nach GEBS-Kapazität am gleichen Tag oder am nächsten Tag.

## Terminüberschreitung



Bei unauffälligen CTG und US sollten das körperliche und psychische Wohlbefinden überprüft werden. Bei starken Beschwerden kann die Einleitung angeboten werden. Vor- und Nachteile ausführlich besprechen.

Bei unauffälliger Kontrolle bei 41 0/7 erfolgt die nächste Kontrolle mit US und CTG bei 41 3/7. Die Einleitung zu diesem Zeitpunkt erfolgt nur auf Indikation (wie bei 41 0/7). Bei 41 5/7 SSW erfolgt die Einleitung auch bei unauffälligen US und CTG.

### Einleitungsmethode

Bei unreifer Portio erfolgt die Einleitung mit Prostaglandingabe nach Schema. Oxytocin und evtl. Amniotomie (bei fix ins Becken eingetretenen Kopf) werden nur bei verstrichener Portio als Einleitungsmethode verwendet.

### Vorteile der Einleitung

Die Einleitung ab 41 0/7 SSW senkt die fetale und neonatale Mortalität gegenüber der abwartenden Haltung (RR 0.23; CI 95% 0.06-0.90). V.a. lassen sich intrauterine Fruchttode verhindern, die durch Asphyxie und Mekoniumaspiration zustande kommen. Zudem lassen sich durch das aktive Vorgehen die Betreuungskosten senken. Die Sectiorate nimmt nicht zu, sie liegt gar tiefer, wenn eine Prostaglandinreifung vor der eigentlichen Einleitung bewirkt wird.

### Literatur

Guideline: Überwachung und Management bei Überschreitung des Geburtstermines. Arbeitsgruppe „Terminüberschreitung“ der Kommission Qualitätssicherung der SGGG. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:Nr15; 717-722.