

Äussere Wendung

Kantonsspital Aarau


Verfasser: Sükrü Arioglu

Genehmigt am: 28.04.2020

Ersetzt Version vom:
Anlaufstelle: FKL

Genehmigt durch: M. Todesco

Telefon: 9581

Gültig ab: 28.04.2020

E-Mail: frauenklinik@ksa.ch
Gültig bis: 27.04.2023

1. Ziel

Die Frauenklinik KSA sieht sich als Kompetenzzentrum für Frauen mit BEL. Alle Frauen mit fetalen Lageanomalien im späten 3. Trimenon werden über die Möglichkeit einer äusseren Wendung aufgeklärt. Der Versuch einer äusseren Wendung jenseits von 36 SSW senkt signifikant die Rate an Nicht-Schädellagen (RR 0.46, 95 % CI 0.31 - 0.66) sowie die Rate an Sectiones (RR 0.63, 95 % CI 0.44 - 0.90) [1].

2. Vorbedingungen

- Wunsch der aufgeklärten Schwangeren
- Intakte Fruchtblase
- Bei der Mutter keine schwere Form einer Schwangerschaftserkrankung (z.B. PE)
- Keine signifikanten fetalen oder plazentaren Anomalien oder Erkrankungen (z.B. IUWR oder Insertio velamentosa)
- Keine Uterusmalformationen

Bei St.n. Sectio ist das Risiko für eine Uterusruptur infolge äusserer Wendung unklar. Die retrospektive Analyse von 42 Wendungen bei St. n. Sectio sowie weiterer 124 publizierter Fälle hat kein erhöhtes Risiko ergeben, verfügt jedoch nicht über genügend Power für eine abschliessende Aussage [5,16].

Nach ausführlicher geburtshilflicher Anamnese und Aufklärung entscheidet immer der durchführende Facharzt über die Eignung zur Wendung.

3. Erfolgsquoten

Etwa 58 % aller Wendungsversuche sind in erfahrenen Zentren erfolgreich (vgl. Hamburg Eppendorf). Die individuelle Erfolgsaussicht lässt sich anhand des nachfolgenden Schemas berechnen. Ab einem Score > 8 Punkte ist eine Wendung empfohlen.

Wendungsscore nach Kainer, mod. nach Berganer, 2003 [4]

Punkte	2	1	0	Punkte
AFI	≥7	<7	0	
Plazenta-lokalisierung	HW	VW	Seite	
Kindl. Position	I./II. BEL	dorsoant. BEL	dorsopost. BEL	
NS-Umschlingung	keine	einfach	mehrfach	
geschätzt. KG	<3000 gr	3000-4000 gr	>4000 gr	
Parität	Multi-P	II-P	I-P	
VT in BE	frei vor BE	luxierbar aus BE	fest in BE	
Uterustonos	weich	unregelm. Kontr.	tonisiert/ regelm. Kontr.	
Gesamt-Score				

Äussere Wendung

Kantonsspital Aarau



Ein Wehenbeginn bei BEL stellt keine absolute Kontraindikation für eine äussere Wendung dar, solange die Fruchtblase steht und der Steiss nicht fix ins maternale Becken eingetreten ist.

4. Risiken

Grundsätzlich sind die Eltern sorgfältig über mögliche Komplikationen aufzuklären. Es handelt sich jedoch **um sehr seltene bis extrem seltene Risiken**. In einer Meta-Analyse von 84 signifikant heterogenen Studien mit 12'955 Wendungsversuchen betrug die gepoolte Komplikationsrate 6.1 % (95 % CI 4.7 - 7.8). **Schwere Komplikationen und Notfallsectiones traten nur in 0.24 %** (95 % CI 0.17 - 0.34) bzw. **0.35 %** (95 % CI 0.26 - 0.47) der Fälle auf, wobei die Komplikationen nicht mit dem Erfolg der Wendung verknüpft waren ^[3]. Zudem besteht das theoretische Risiko einer fetomaternalen Transfusion.

Da die Wendung nur am Termin erfolgt, sind sowohl das Einsetzen von Geburtswehen wie auch ein iatrogenes Blasensprung seltene Nebeneffekte, jedoch keine Risiken.

5. Alternativen^[6]

- Spontanverlauf abwarten: selbst nach erfolglosem Wendungsversuch beträgt die Chance auf eine Spontananwendung 6.6 %
- Alternative Wendungsversuche: Shiatsu, indische Brücke, Moxibustion (keine Evidenz)
- vaginaler Geburtsversuch aus BEL
- geplante primäre Sectio oder geplante früh-sekundäre Sectio

6. Zeitpunkt

Der Wendungserfolg korreliert zwar negativ mit dem Gestationsalter rechtfertigt jedoch nicht die iatrogene Frühgeburtlichkeit, so dass der Termin zur Wendung ab 37+0 SSW zu vereinbaren ist.

Wird eine äussere Wendung mit 37/38 SSW frustriert durchgeführt, kann die primäre Sectio auch zweizeitig mit 39+0 SSW erfolgen. Bei günstigen Zusatzkriterien kann eine äussere Wendung aber auch in Terminnähe versucht werden.

7. Ambulante Vorbereitung (durch den Arztendienst)

Wendungstermin	> 37 0/7 – 38 0/7 SSW bei Frauen ohne Sectioindikation
Anmeldung	Bettendisposition, Gebärsaal, Termin im Ambi 2 Stunden nach geplanter Wendung für CTG und US-Kontrolle sowie am Folgetag für CTG
Ambulant: Prämedikationsvisite	Vortag (inkl. TS light) oder bei Eintritt am Tag des Eingriffs
Ambulant: Informed consent	Vortag, wenn noch nicht erledigt
Anmeldung für OP-Programm	eOPPs

Die Frau wird instruiert nüchtern einzutreten. Eintritt üblicherweise um 6.30 Uhr. Sie soll etwas zum Essen mitnehmen für die Zeit nach der Wendung.

[Link: Aufklärungsprotokoll Wendung.pdf](#)

Die äussere Wendung sollte grundsätzlich als ‚ambulanter Eingriff‘ und nur in seltenen Ausnahmefällen als stationäre Situation begriffen werden. Eintritt im Gebärsaal:

- wenn die Wendung morgens stattfindet: nüchtern kommen
- CTG (30 Min) und Ultraschall durch den Operateur
- PVK legen und abstöpseln
- Blutentnahme: Type and Screen in Reserve (falls kein Type and Screen light vorhanden ist); bei Rhesuskonstellation oder bekannten Antikörper immer Type and Screen abschicken
- Tokolyse: Bereitstellen der üblichen intrapartalen Bolus-Notfalltokolyse
- Die Wendung findet im Gebäzzimmer statt. Der durchführende Arzt sorgt für die Koordination mit der Anästhesie und mit dem TOA-Team (Sectiobereitschaft bei freiem Op-Saal)

Äussere Wendung

Kantonsspital Aarau



8. Vorbereitung vor der Wendung

- Die Schwangere sollte vor Beginn ihre Blase entleert haben
- Ultraschall- und CTG-Gerät (Telemetrie) im Zimmer und anwendungsbereit
- Überwachung der mütterlichen Vitalparameter **vor Beginn der Wendung**
- Lagerung: Rückenlage im Gebärbett mit leichter Hochlagerung der Unterschenkel sowie flache Lagerung des Bett-Oberteils; die Pat. soll so liegen, dass der die Wendung durchführende Arzt seitlich der Patientin auf dem Bett sitzen kann. Jetzt ist es möglich, ruhig und entspannt das Manöver durchzuführen UND gleichzeitig mit der Patientin zu kommunizieren.

Wendungsmanöver

- Arzteingriff in Anwesenheit der CÄ/LA
- Beginn immer mit Luxieren des Steisses
- Vorwärts- oder Rückwärtsrolle (kürzester Weg) unter intermittierender US-Kontrolle
- Um eine erfolgreiche, sichere Wendung zu ermöglichen, müssen sowohl Mutter und Kind, aber auch der oder die ausführenden Geburtshelfer vertrauensvoll und sanft vorgehen. Wichtig für den Erfolg dieser ‚sanften Wendung‘ ist die Kommunikation. Die den Eingriff durchführende Person kommuniziert mit der Schwangeren: non-verbal (Berührung am Bauch) und verbal (mit dem Gesicht der Frau). **ES ERFOLGT NIEMALS EINE WENDUNG DURCH KRAFT!**
- je nach Grundtonus und auf Anweisung des Operators kann Gynipral angewendet werden (1 - 2 ml i.V. der bekannten intrauterinen Notfalltokolyse)
- Nach Wendung: CTG für 30 Min.



Äussere Wendung

Kantonsspital Aarau



9. Überwachung nach Wendung

Unmittelbar

Im Geb:

- CTG nach Wendung für 30 Min im Gebärsaal. Danach darf die Frau etwas essen, was sie von Zuhause mitgenommen hat und es erfolgt die Übergabe an die Pränat oder Ambi
- HbF-Zellen zum Ausschluss einer iatrogenen fetomaternalen Transfusion nur bei Rh-neg. Müttern („Routineuntersuchung“, also nicht als „Notfall“) [5]
- Nach individueller Indikation instruiert die betreuende Hebamme die Schwangere in der Verwendung eines Bauchgurtes (z.B. bei ausgeprägter Bänderschwäche)

Im Ambi oder Pränat:

- Nach 2 Stunden erneute CTG Kontrolle für 30 Minuten im Ambi oder durch die Pränat
- Anti-D-Gabe an rh-negative Schwangere (300mcg Rhophylac i.v) zuvor Ak Suchtest abnehmen.
- US vor Entlassung: Lage, Ausschluss Nabelschnur- oder Plazentapathologie
- Entlassung, wenn CTG und US o.B. und die Schwangere sich wohl fühlt (inkl. der Vitalparameter BD und Puls)

Am Folgetag

- CTG für 30 Min im Ambi

Abrechnung der **gesamten** ambulanten Leistungen im Geb

10. Festlegung der weiteren Geburtsplanung

Wird mit der Schwangeren vor der Wendung individuell besprochen.

- erfolgreiche Wendung: Spontanverlauf abwarten, ggf. Einleitung (nur in indizierten Ausnahmefällen)
- nicht gelungene Wendung: erneuter ambulanter Termin mit **OA/LA/CÄ** Geburtshilfe, um das Prozedere ausführlich mit dem Paar zu besprechen: eine nicht geglückte Wendung ist **KEINE** automatische Indikation für eine primäre Sectio. **Bei Wunsch auf Spontangeburt aus Steisslage immer Rücksprache mit CÄ/LA nehmen.**

Literatur

- [1] Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000083
- [2] Sela HY, Fiegenberg T, Ben-Meir A, Elchalal U, Ezra Y. Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142(2):111-4
- [3] Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2008;112(5):1143-51
- [4] Kainer F, Sanfte Wendung bei Beckenendlage. *Gynäkologische Praxis.* 2003, Band 27: 627-633
- [5] Scholz et al.; Flowcytometric assessment of fetomaternal hemorrhage during external cephalic version at term, *J. Perinat. Med.* 37 (2009) 334–337
- [6] Cluver et al., Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version, *Cochrane Database Syst Rev.*, available in PMC 2014 September 22.