

Begründung des Sondervotums der OEGGG zur AWMF-S3-Leitlinie „vaginale Geburt“

Der Vorstand der **Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (OEGGG) hat einstimmig beschlossen, ein Sondervotum zur S3-Leitlinie „vaginale Geburt“ für das gesamte **Kapitel 5 „Monitoring“**, das **Kapitel 9 „Betreuung in der Nachgeburtsperiode“** für **Punkt 9.4.2** und das **Kapitel 7 „Betreuung in der Eröffnungsperiode Punkt 7.1.4** abzugeben und hat eine Freigabe dieser Textstellen für Österreich abgelehnt.

Begründung:

Das **Kapitel „Monitoring“** und die Textpassage **Kapitel 9, Punkt 9.4.2.** zeichnen sich durch grundlegende Änderungen im Bereich der reproduzierbaren fetalen subpartalen Überwachung und der postnatalen Qualitätssicherung aus. Die Kernempfehlungen, dass auf die bisher etablierte kardiokographische Aufzeichnung der fetalen Herzfrequenz und der Wehenaktivität zu Gunsten einer Auskultationsmethode verzichtet werden soll, ist unter dem Anspruch der bestmöglichen subpartalen fetalen Zustandsbeurteilung von der OEGGG nicht empfohlen.

Die OEGGG schließt sich nicht der Empfehlung an, dass auf *„eine CTG-Aufzeichnung im Kollektiv der Niedrig-Risiko-Schwangeren – auch bei der Ausgangssituation einer 1:1-Betreuung - in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden soll“*.

Die Leitlinie beschreibt weder die Kriterien für ein sog. Niedrig-Risiko-Kollektiv noch geht sie darauf ein, dass es subpartal unabhängig von der individuellen Risikokonstellation unerwartet und zu jedem Zeitpunkt zu peripartalen Notfallereignissen kommen kann, die meist nur durch die Überwachung und die richtige Interpretation des fetalen Herzfrequenzmusters erkennbar werden.

Die in der Leitlinie zu findende Aussage, dass in einem Niedrig-Risiko-Kollektiv die intermittierende Auskultation gegenüber der CTG-Überwachung mehr Vorteile habe, ist aus fetaler Sicht nicht evidenzbasiert und abzulehnen. Es gibt keine Evidenz, wann und wie lange eine Auskultation durchgeführt werden soll. Im Umkehrschluss zur Leitlinien-Empfehlung wäre ein durchgeführtes CTG in der aktiven Eröffnungsperiode als Behandlungsfehler zu werten, insbesondere, wenn dadurch Interventionen wie z.B. eine Sectio caesarea resultieren.

Selbst in sogenannten und erneut nicht definierten Hoch-Risiko-Kollektiven konnte – wie in der Leitlinie besprochen - keine Verbesserung des perinatalen Outcomes – abgesehen von einer Reduktion von Krämpfen im Neugeborenenalter – nachgewiesen werden.

Präsidentin

Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz-Telsnigg
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14
praesident@oeggg.at

1. Schriftführerin

OA Dr. Alexandra Ciresa-König
Universitätsklinik für Gynäkologie & Geburtshilfe
6020 Innsbruck, Anichstraße 35
schriftfuehrer@oeggg.at

Dieser Widerspruch bleibt in der Leitlinien-Empfehlung kontrovers dargestellt, da die Leitlinie an anderer Stelle wiederum eine CTG-Aufzeichnung im sog. Risiko-Kollektiv empfiehlt und die fehlenden Überwachungs-Alternativen hervorhebt, die es aus unserer Sicht analog ebenso wenig für ein sog. Niedrig-Risiko-Kollektiv gibt. Gerade der Nachweis der Reduktion von Neugeborenenkrämpfen ist einer der wichtigsten Zielgrößen einer modernen Geburtshilfe und muss für die Gesamtbewertung des CTGs herangezogen werden. Die in der Leitlinie angegebenen Referenzen 153-158 berechtigen nicht zur Aussage eines Vorteils der Auskultation gegenüber dem CTG. Referenz 156 ist die einzige Arbeit, die die Auskultation direkt mit dem CTG vergleicht. Das in dieser Arbeit festgestellte, verbesserte neonatale Outcome in der CTG-Gruppe (decreased perinatal mortality due to fetal hypoxia) wird verschwiegen.

Es ist richtig, dass die Evidenz zum CTG-Monitoring v. a. im Vergleich zu anderen fetalen Überwachungsmethoden nicht vollständig evaluiert ist (Ayres-de-Campos et al.). Die empfohlene Alternative „Auskultation“ ist noch unbefriedigender evaluiert (Ayres-de-Campos et al., Davane et al.), so dass die Schwächen einer Methode nicht automatisch zu den Stärken einer anderen Methode werden können.

Eine 2017 veröffentlichte Cochrane-Analyse (Davane et al.) zur subpartalen Auskultation definierte nur zwei Studien als beurteilungswürdig. Das Studiendesign dieser zwei Studien wurde als mäßig bis sehr niedrig bewertet. Die veröffentlichten, aber unzureichenden Ergebnisse des fetalen Outcomes zeigten im Ergebnis keine Unterschiede, wurden aber im Cochrane-Verfahren wegen fehlender grundlegender neonataler Outcome-Darstellungen als mäßig bis sehr niedrig bewertet. Somit kann die Auskultationsmethode wegen der schwachen Evidenz von der OEGGG nicht empfohlen werden. Darüber hinaus würde ein in der Geburtshilfe wichtiges Instrument der reproduzierbaren Befunddokumentation, und konsekutiv ein essentielles Instrument der Qualitätssicherung, fehlen. Die OEGGG würdigt aber, dass die Kardiotocographie sich durch eine intraindividuelle Ergebnisvariabilität auszeichnet (Sabiani et al., Blix et al.), wodurch auch methodenabhängige Fehleinschätzungen des fetalen Zustandes möglich sind. Dies ist nicht nur für die subpartale Risikoeinschätzung von Bedeutung, sondern auch im besonderen Maß bei retrospektiven postpartalen gutachterlichen Analysen.

Möglicherweise ist dadurch die in Studien beschriebene positive Korrelation des CTGs zur aktiven Geburtsbeendigung (vaginal-operativ, Sectio caesarea) begründet. Die Reduktion der Sectioraten war während der Leitlinienerstellung immer wieder ein erklärtes Ziel der Leitliniengruppe „vaginale Geburt“, wodurch sich die kritische Darstellung des CTGs erklären ließe und sich letztendlich auch durch die nachgewiesene positive Korrelation (Ayres-de-Campos et al.) auch begründen ließe.

Die Vertreter der OEGGG sind aber der Meinung, dass die Vermeidung der fetalen Überwachung mittels CTG eine ungeeignete Methode ist, die Sectioraten zu senken. Nicht das CTG indiziert die Sectio, sondern die verantwortlichen Ärzte oder Ärztinnen. Nur so sind extrem heterogene und CTG-unabhängige Sectioquoten bei gleichem CTG-Monitoring national und international zu erklären (Macfarlane et al.). Zudem werden in Österreich in 14,9 Prozent aller Geburten (Geburtenregister 2018) primäre und somit überwiegend CTG-unabhängige Sectiones, durchgeführt.

Analog zum CTG-Monitoring stellt sich in der Leitlinie das gleiche Problem für die Notwendigkeit der Bestimmung des Geburts-pH's. Aufgrund der in der Leitlinie angegebenen Evidenzen kommt NICE zu der Auffassung, dass die routinemäßige Bestimmung des Nabelschnur-pH-Wertes bei vitalen Neugeborenen keine Vorteile bringt, verweist aber auf die diesbezüglichen länderspezifischen Richtlinien. Die Vertreter der OEGGG würdigen auch hier die Rate falsch positiver Befunde, also die nicht immer nachgewiesene Korrelation von perinataler Asphyxie und postnataler Morbidität (ACOG 2019, Malin et al., Heim et al., Knight et al.). Trotzdem ist die Bestimmung des Nabelschnur-pH-Wertes in Kombination mit dem Base Excess ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung mit - wenn auch eingeschränkter - Korrelation zur neonatalen Morbidität. Bei Neugeborenen mit Verdacht auf Hypoxie kann die Bestimmung des pH-Wertes jedoch dazu beitragen, das neonatale Befinden genauer einzuschätzen.

Bei jeder klinischen und außerklinischen Geburt besteht auch nach scheinbar physiologischen Geburtsverläufen die Möglichkeit einer Hypoxie des Neugeborenen, die nur durch die routinemäßige Bestimmung des Nabelschnur-pH objektiviert werden kann. Die aus unserer Sicht notwendige

Beurteilung des Neugeborenen pH-Wertes ermöglicht die bedarfsgerechte neonatale pädiatrische Versorgungsintensität.

Die Empfehlungen der Leitlinie würden – wenn sie konsequent umgesetzt werden – zumindest bei einem Teil der Geburten in Österreich zu dem Verlust eines ausreichenden Geburts-Monitorings, zum Verlust einer reproduzierbaren und objektivierbaren Dokumentation und zum Verlust der Qualitätssicherung führen. Dies wird von den Vertretern der OEGGG abgelehnt. Durch ein Vorgehen – wie in der Leitlinie empfohlen – würde das bisherige klinische Geburtsmanagement dem Management der außerklinischen Geburtshilfe nahekomen und damit aus klinisch etablierter Qualitätssicht abgesenkt werden. Die Vertreter der OEGGG orientieren sich in Ihrer kritischen Beurteilung der außerklinischen Geburtshilfe auch an der Bewertung des American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG 2017) mit dem Nachweis einer zweifach erhöhten perinatalen Mortalität und einer dreifach erhöhten Rate von perinatal verursachten neurologischen Schäden gegenüber der klinischen Geburtshilfe.

Kapitel 7 „Betreuung in der Eröffnungsperiode Punkt 7.1.4

Die Empfehlung 7.10 gibt an, dass nach einem vorzeitigen Blasensprung eine Geburtseinleitung nach 24 Stunden „angeboten“ werden sollte. Als Evidenz wird auf die NICE Leitlinie 190, Empfehlung 1.11.3. aus dem Jahr 2007 hingewiesen, dieser Empfehlung liegt die Cochrane Database Syst Review 2006 (Dare et al.) zugrunde mit inkludierten 12 Studien mit 6814 Frauen. Das Update dieses Reviews aus 2017 (Middleton et al.) schließt 23 Studien mit 8615 Frauen ein und zeigt bei einem aktiven Vorgehen in Sinne der Einleitung innerhalb von 24 Stunden versus Zuwarten > 24h eine signifikante Reduktion maternaler Infektionen sowie eine signifikante Minderung der neonatalen Early-onset Sepsis, ohne die Sectiorate zu beeinflussen. Darüber hinaus wird auch in der zur Veröffentlichung anstehenden S2k-Leitlinie 015-088 „Geburtseinleitung“ dieses Vorgehen nach Information der Leitlinienbeauftragten empfohlen. Die OEGGG sieht daher ein Sondervotum gegen die Empfehlung 7.10 als gerechtfertigt.

Mit besten Grüßen

PD Dr. Gunda Pristauz-Telsnigg
Präsidentin der OEGGG

OA Dr. Alexandra Ciresa-König
1. Schriftführerin der OEGGG

Univ.-Prof. Dr. Thorsten Fischer
Mandatsträger OEGGG

Univ.-Prof.Dr. Hanns Helmer
Leitliniengruppe OEGGG

Schreiben ist elektronisch vidiert

Literatur:

- Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(1):13-24
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;26;1
- Sabiani L, Le Du R, Loundou A, d'Ercole C, Bretelle F, Boubli L, et al. Intra- and interobserver agreement among obstetric experts in court regarding the review of abnormal fetal heart rate tracings and obstetrical management. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:856.e1– 8.
- Blix E, Sviggum O, Koss KS, Oian P. Interobserver variation in assessment of 845 labour admission tests: comparison between midwives and obstetricians in the clinical setting and two experts. *BJOG* 2003;110: 1– 5.
- Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Ólafsdóttir HS, Zeitlin J. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *Euro-Peristat Scientific Committee. BJOG.* 2016;123(4):559-68
- Bericht Geburtenregister Österreich, Geburtenregister Österreich. Institut für klinische Epidemiologie, 2018
- ACOG: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition, reaffirmed 2019. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Neonatal Encephalopathy. *Obstet Gynecol.* 2014;123(4):896-901
- Malin GL, Morris RK, Khan KS. Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010;13;340:c1471.
- Heim K, Lux S, Haller F, Imhof J, Gedik A, Trawöger R: Früh- und Spätmorbidity von Kindern mit schwerer Neugeborenenazidose. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2008; 68
- Knight H, Svirko E, Impey L. Umbilical cord arterial base deficit and arterial pH as predictors of adverse outcomes among term neonates. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;142(1):66-70
- The American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG). Planned home birth Committee Opinion No. 697. *Obstet Gynecol* 2017;129e:117-22 (reaffirmed 2020),
- Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Dare MR, et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;25;(1):CD005302.
- Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Middleton P, et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4;1(1):CD005302.