

Stefanie Maria Fenz
Dr. med.

Geburtshilfliche Verläufe von Frauen mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile

Geboren am 09.07.1977 in Miltenberg
Staatsexamen am 18.05.2004 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. M. Sillem

Die vorliegende Arbeit ist eine Studie im matched-pair-design, welche die geburtshilflichen Verläufe von Frauen mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile mit denen von Frauen mit einer Körpergröße zwischen der 25. und der 75. Percentile vergleicht.

Es wurden 316 Geburtsverläufe ausgewertet, welche in den Jahren 1995, 1996 und 1997 am Klinikum Aschaffenburg dokumentiert wurden. Betrachtet wurden hierbei alle Geburten von Frauen mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Diese waren geplanter Spontanpartus, eine bestehende Schädellage, eine Tragzeit von mindestens 37 vollendeten Wochen, sowie Einlingsschwangerschaften.

Zusätzlich wurde das Kollektiv der Erstgebärenden im Untersuchungszeitraum gesondert betrachtet.

Die Paarbildung erfolgte zufällig, indem jeweils die zeitnächste Geburt einer Frau mit einer Körpergröße zwischen der 25. und der 75. Percentile gewählt wurde, bei der das Geburtsgewicht des Kindes gleich groß war.

Untersucht wurden als Hauptkriterien die Abhängigkeit der Rate der sekundären abdominalen Entbindung und die Geburtsdauer von der mütterlichen Körpergröße, sowie als Nebenkriterien der Blutverlust während der Geburt, Geburtsverletzungen, Rate der vaginal operativen Entbindungen, Nabelschnurarterien-pH-Werte, APGAR-Werte und die Verlegungsrate der Neugeborenen in die Kinderklinik.

Hinsichtlich der Rate der sekundären Schnittentbindung konnte eine signifikante Abhängigkeit von der Körpergröße der Mutter bewiesen werden. Die Rate an sekundären Sectiones betrug bei Frauen mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile 25% und bei Frauen mit einer Körpergröße zwischen der 25. und der 75.

Percentile 7%. Bei kleinen Erstgebärenden betrug die Rate der sekundären Sectio caesarea sogar 35%, bei normal großen Erstgebärenden 11%.

Bezüglich der Geburtsdauer konnte keine signifikante Abhängigkeit von der Körpergröße der Mutter nachgewiesen werden, dies war auch im Kollektiv der Erstgebärenden der Fall.

Der durchschnittliche Blutverlust kleiner Frauen bei der Geburt war dem normal großer Frauen vergleichbar. Extrem hohe Blutverluste waren jedoch bei kleinen Frauen häufiger. Von Geburtsverletzungen, besonders von hochgradigen, waren kleine Frauen tendenziell häufiger betroffen als normal große. Weiterhin mussten vaginal operative Entbindungen bei kleinen Frauen häufiger durchgeführt werden.

Bezüglich der Nabelschnurarterien-pH-Werte und der APGAR-Werte gab es keine Unterschiede in beiden Gruppen. Die Kinder kleiner Frauen hatten jedoch eine höhere Verlegungsrate in die Kinderklinik, verbunden mit einer längeren Verweildauer.

Für das ärztliche Handeln heißt dies, dass Frauen mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile, insbesondere Erstgebärende, in der geburtsvorbereitenden Sprechstunde entsprechend aufgeklärt werden müssen und eine primäre Sectio caesarea als Geburtsmodus diskutiert werden sollte. Auf jeden Fall ist die Indikation zu einer elektiven Schnittentbindung bei gleich schwer geschätzten Fetus bei einer Frau mit einer Körpergröße unter der 5. Percentile großzügiger zu stellen als bei einer Frau mit einer Körpergröße zwischen der 25. und der 75. Percentile, da bei der kleinen Frau häufiger mit einer Geburtsbeendigung durch eine sekundäre Sectio caesarea gerechnet werden muss als bei einer normal großen Frau. Zusätzlich sind die höheren Risiken eines großen Blutverlustes, hochgradiger Geburtsverletzungen, die höhere Rate an vaginal operativen Entbindungen und die höhere Verlegungsrate des Neugeborenen in die Kinderklinik, insbesondere auf Grund von Infektionen, zu bedenken und ist die Patientin über diese aufzuklären.

Auch im Geburtsverlauf ergeben sich Konsequenzen für den Geburtshelfer. Zum Einen bestehen diese in einer rechtzeitig durchgeführten Antibiotikatherapie, zum Beispiel bei vorzeitigem Blasensprung, um die Kinder vor Infektionen zu schützen. Zum Anderen ist das rechtzeitige Eingreifen in den Geburtsverlauf von besonderer Wichtigkeit, beispielsweise das situationsgerechte Anlegen einer Episiotomie, gegebenenfalls die Anwendung vaginal operativer Methoden oder auch das Beenden der Geburt durch sekundäre Schnittentbindung.

Postpartal ist das Neugeborene einer Frau mit geringer Körpergröße intensiv zu überwachen, da häufiger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gerechnet werden muss als bei Kindern normal großer Frauen.

Die vorliegenden Ergebnisse beschreiben umfassend die Besonderheiten des Geburtsverlaufs bei kleinen Frauen und bestätigen Berichte aus der Literatur zu Einzelaspekten des Themas. Sie stellen somit eine Handreichung dar, um kleine Frauen bezüglich des Geburtsmodus fundiert beraten zu können.