

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein P

Editorial

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 5-8*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Editorial

Und noch ein paar Kommentare zur Sectio...

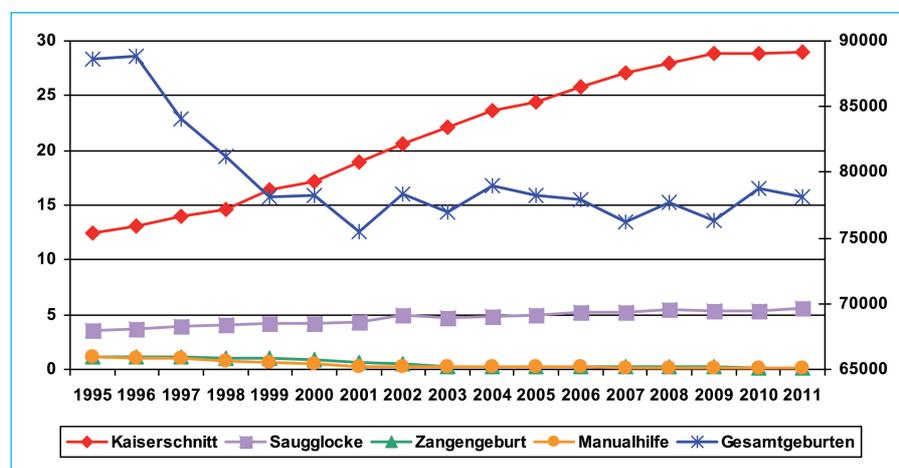
P. Husslein

- Univ.-Prof. Dr. Martin Langer hat es auf den Punkt gebracht: „Die Entscheidung für einen Geburtsmodus wird nach dem Modell des ‚shared decision making‘ vor dem Hintergrund der Werthaltungen der Patientin ablaufen“ [1].

Dies sei an die Adresse der Gesundheitspolitik gerichtet, die sich wesentlich lohnenderen Themen im Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie widmen sollte, wie z. B. der Bereitstellung von ausreichend Neonatologie-Intensiv- bzw. Intermediate-Care-Betten, einer strafferen Regulierung der *In-vitro*-Fertilisation, um die Anzahl unnötiger Mehrlingsschwangerschaften zu reduzieren, und Überlegungen zur Legalisierung (unter gleichzeitiger Festlegung von sinnvollen Rahmenbedingungen) für die Eizellspende, um zu verhindern, dass durch Medizintourismus Frauen jenseits des Klimakteriums unter Aufbietung enormer Ressourcen und unter Eingehen inakzeptabler medizinischer Risiken in Österreich betreut werden müssen.

Solche Maßnahmen hätten eine realistische Chance auf Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung, während Versuche, die Sectorate zu drosseln, medizinisch unbedeutend und ohnehin zum Scheitern verurteilt sind.

- Eine elektive Sectio (ohne schwerwiegenden medizinischen Grund) als Ergebnis einer „gemeinsam getroffenen Entscheidung“ zwischen Schwangerer und Geburtshelfer sollte idealerweise nach 39 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen, nie jedoch vor 38 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen durchgeführt werden. Damit sind ernste Lungenunreife Probleme beim Neugeborenen weitgehend ausgeschlossen.
- Wenn die Sectorate – wie in Abbildung 1 dargestellt – steigt und mit großer Wahrscheinlichkeit weiter steigen wird – was kein österreichisches Phänomen, sondern eine Entwicklung der modernen Gesellschaft darstellt –, muss man sich



1. Geburtsstatistik Österreich 1995–2011. Daten: Statistik Austria.

den daraus resultierenden Problemen stellen:

- a) dem „Mangel an vaginalen Geburten“, die zur Ausbildung zur Verfügung stehen, und
- b) der frühzeitigen Erkennung der einzigen wirklichen medizinischen Problematik einer steigenden Sectiofrequenz: der Zunahme der Inzidenz von Plazentationsstörungen bei einer nachfolgenden Schwangerschaft.

Letzterem Problem widmet sich ein Fallbericht im vorliegenden Heft.

- Jede Schwangere mit Zustand nach Sectio muss im niedergelassenen Bereich dahingehend gescreent werden, ob die Plazenta im Bereich der alten Sectionarben inseriert ist. Das ist ein zumutbarer, im niedergelassenen Bereich leicht erfüllbarer Auftrag.
- Die weitere Abklärung sollte dann in einem dafür spezialisierten Zentrum erfolgen, um das Risiko der nachfolgenden Geburt – sei es der Versuch einer vaginalen Geburt oder ein Wiederholungskaiserschnitt – so gering wie möglich zu halten. Erst nach dieser Abklärung kann über den Ort der zweiten Geburt entschieden werden.
- Alle Schwangeren mit Plazentationsstörung müssen an ein Zentrum mit ent-

sprechender Erfahrung und einer zur Lösung der manchmal sehr dramatischen Blutungsprobleme vorhandenen Infrastruktur transferiert werden.

„Dann wird auch die Sectorate ein zweitrangiges Problem werden und man wird die unaufgeregte Position von Cyr (2006) einnehmen können, der vorschlug: ‚[...] lassen wir die Sectoraten ihre Höhe selbst finden‘“ [1].

LITERATUR:

1. Langer M. Gasteditorial: Die Sectorate: ein Problem der modernen Geburtshilfe? Speculum 2012; 30 (2): 4–6.

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein

*Vorstand der Univ.-Klinik für
Frauenheilkunde Wien*

Éditorial

Encore quelques commentaires sur la césarienne...

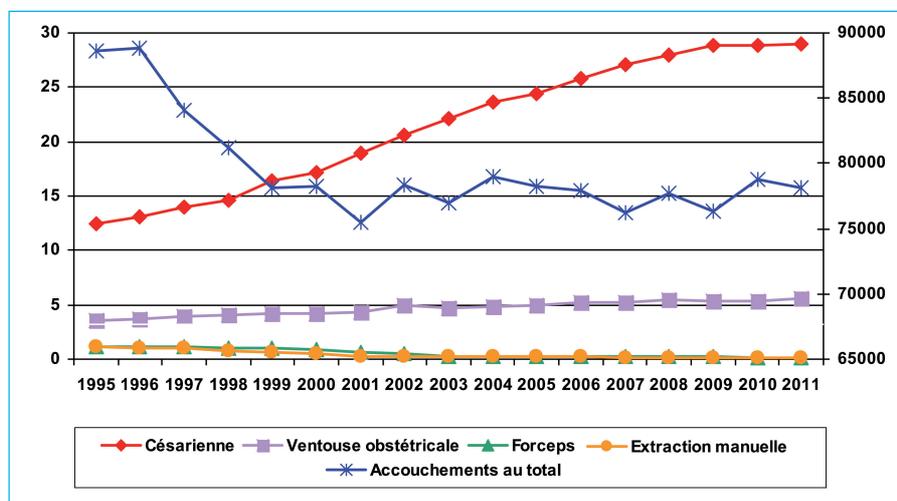
P. Husslein

- Le Prof. Dr Martin Langer a bien résumé la situation: « *Le choix d'une méthode d'accouchement sera fait selon le modèle du 'shared decision making' dans le contexte des valeurs qui comptent aux yeux de la patiente* » [1].

Ce message doit être communiqué à la politique de santé, qui devrait se consacrer à des questions nettement plus profitables dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie, comme par exemple la mise à disposition d'un nombre suffisant de lits pour les soins intensifs/intermédiaires en néonatalogie, une réglementation plus rigoureuse de la fertilisation *in-vitro* de sorte à réduire le nombre de grossesses multiples inutiles, et l'élaboration de réflexions en vue d'une légalisation (avec définition simultanée de conditions cadre adéquates) du don d'ovocytes, permettant d'éviter un « tourisme médical » de femmes ménopausées dont le traitement en Autriche exige par la suite le recours à des ressources considérables et la prise de risques médicaux inacceptables.

De telles mesures auraient des chances réalistes d'améliorer la santé de la population autrichienne, tandis que les tentatives de limiter les taux de césariennes sont médicalement insignifiantes et de toute façon vouées à l'échec.

- Une césarienne électorale (sans raison médicale importante) résultant d'une « décision prise en commun » par la femme enceinte et l'obstétricien doit idéalement être faite à la fin de la 39^{ème} semaine de grossesse, mais jamais avant la 38^{ème} semaine révolue. Cette règle permet d'exclure dans une large mesure les problèmes de maturité pulmonaire chez le nouveau-né.
- Le fait que le taux de césariennes augmente (Figure 1), et continuera à augmenter à l'avenir, n'est pas un problème spécifiquement autrichien, mais un développement de la société moderne. Il faut donc se confronter aux problèmes qui en résultent:



1. Statistiques des naissances en Autriche de 1995 à 2011. Données: Statistik Austria.

- a) Trop peu d'accouchements par voie basse « disponibles » pour la formation des obstétriciens et
- b) Identification précoce du seul problème véritablement médical associé à une augmentation des césariennes: une incidence accrue de problèmes placentaires lors de grossesses ultérieures.

Un rapport de cas présenté dans ce numéro est consacré à ce dernier point.

- Toute femme enceinte ayant eu une césarienne par le passé doit être soumise chez le médecin de ville au dépistage d'une éventuelle insertion placentaire dans les zones cicatricielles dues à la césarienne. Ces examens sont exigibles et faciles à réaliser au cabinet médical.
- Les investigations par la suite doivent être faites dans un centre spécialisé dans ce domaine, de sorte à réduire au maximum les risques liés à l'accouchement (qu'il s'agisse d'une tentative d'accouchement par voie basse ou d'une nouvelle césarienne). Ce n'est qu'après cette clarification qu'on pourra choisir le lieu de ce deuxième accouchement.
- Toutes les femmes enceintes présentant un problème placentaire doivent être transférées dans un centre disposant de l'expérience correspondante et de l'infrastructure

nécessaire pour résoudre les problèmes d'hémorragie parfois très dramatiques.

« *Le taux de césariennes deviendra alors un problème d'importance secondaire pour lequel on pourra se joindre à l'attitude sereine de Cyr (2006) et à sa suggestion: '... laisser les taux de césarienne se réguler d'eux-mêmes' » [1].*

BIBLIOGRAPHIE:

1. Langer M. Gasteditorial: Die Sectiorate: ein Problem der modernen Geburtshilfe? Speculum 2012; 30 (2): 4–6.

Prof. Dr Peter Husslein

Directeur de la clinique gynécologique universitaire de Vienne

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)