

SPECULUM

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

Ortner C

**Rezente Innovationen und neue Aspekte in der
geburtshilflichen Analgesie**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 34 (3)
(Ausgabe für Österreich), 24-26*

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



Rezente Innovationen und neue Aspekte in der geburtshilflichen Analgesie

C. Ortner

Die individuelle Schmerzerfahrung im Rahmen des Geburtserlebnisses hat potenziell weitreichende und prägende Auswirkungen auf die werdende Mutter. In der modernen Geburtshilfe muss es daher Prämisse sein, auch die Schmerz Aspekte einer Geburt ernst zu nehmen. Aus diesem Grunde wurde in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl konservativer und invasiver Therapieoptionen entwickelt, die auf individueller Basis der Patientin angeboten werden können.

Von medikamentöser Seite ist die Epiduralanalgesie (wohlgemerkt nicht zu verwechseln mit Epiduralanästhesie) das wahrscheinlich etablierteste und effizienteste Verfahren. Die Einführung des intermittierenden epiduralen Pumpenverfahrens (IEBP) stellt vermutlich die wesentlichste Veränderung der letzten Jahre dar. Im Gegensatz zu einer kontinuierlichen Verabreichung eines niedrig konzentrierten Lokalanästhetikums über den Epidural-katheter – und mit darüber hinaus möglicher patientenkontrollierter Bolusfunktion (PCEA) – wird beim IEBP-Verfahren in regelmäßigen Intervallen ein Bolus des Lokalanästhetikums über eine entsprechend programmierte Pumpe verabreicht. Im Vergleich zur reinen PCEA und zum kontinuierlichen Verfahren bieten zufolge einer rezenten Metaanalyse [1] auf IEBP basierende Protokolle bessere Schmerzkontrolle mit geringerem Nebenwirkungsprofil. Dies umfasst unter anderem geringere motorische Blockade, eine kürzere sekundäre Geburtsphase und eine niedrigere Rate an vaginal operativen Entbindungen (Vakuum, Forceps). Inwieweit die Epiduralanalgesie das Risiko einer vaginal operativen Entbindung tatsächlich beeinflusst, steht seit vielen Jahren zur Diskussion.

Hierzu liefert eine ebenfalls rezente retrospektive Kohortenstudie aus den Niederlanden Einblicke [2]. Laut niederländischem Geburtenregister wurden in den Jahren 2000–2009 gesamt 616.063 Geburten unter Nulliparae gezählt. In diesem Zeitraum wurde eine Verdreifachung der Epiduralrate von 7,7 % auf 21,9 % erfasst. Die Rate an vaginal operativen Entbindungen ging jedoch um 3,3 % zurück. Unter Multiparae (n = 762,395) stieg die Epiduralrate im selben Zeitraum von 2,4 % auf 6,8 % an, die Rate an vaginal operativer Entbindung sank um 0,7 %. Auch wenn durch eine Studie alleine die erwähnte Fragestellung nicht ausreichend beantwortbar ist, scheint trotz allem unter Berücksichtigung dieser Daten die Epiduralanalgesie keinen wesentlichen kausalen Faktor zur vaginal operativen Entbindung darzustellen. Ebenso wesentlich, jedoch bisher unbeantwortet, ist die Frage des Einflusses einer Epiduralanalgesie – unabhängig vom Verabreichungsverfahren – auf das Risiko von Dammverletzungen während der Geburtsaustreibungsphase.

Zu dieser Thematik wurden in einem israelischen Spital retrospektiv 61.308 Vaginalentbindungen aus den Jahren 2006–2011 evaluiert [3]. In dieser Kohorte erhielten 31.631 (51,6 %) ein Epiduralanalgesieverfahren und dieses war assoziiert mit Nulliparität, Geburtseinleitung, verlängerter Austreibungsphase, operativer vaginaler Entbindung und Episiotomie. Da diese Parameter *per se* Risikofaktoren für Dammverletzungen darstellen, zeigte die univariate statistische Analyse wenig überraschend einen signifikanten Zusammenhang zwischen Epiduralanalgesie und perinealer Verletzung (OR 1,78; 95%-CI: 1,34–2,36). In der multivariaten Analyse verschwand diese Assoziation jedoch und die Studienau-

toren schlussfolgerten, dass „... Faktoren, die Gebärende dazu bewegen, eine Epiduralanalgesie in Anspruch zu nehmen, wie ein verzögerter Geburtsvorgang oder Primiparität, die gleichen Faktoren zu sein scheinen, die zu Dammverletzungen führen...“ [3].

Eine etwas positivere Aussage hatte eine retrospektive Analyse aus dem dänischen Geburtenregister, die das Auftreten von Dammverletzungen in den Jahren 2000–2010 bei 214.256 Vaginalentbindungen bei Nulliparae untersuchte. Nach multivariater Analyse und statistischer Kontrolle von Geburtsgewicht und vaginal operativer Entbindung schien hier die Epiduralanalgesie sogar protektiv vor Dammverletzungen zu schützen (OR 0,84; 95%-CI: 0,81–0,87; $p = 0,0001$) [4]. Dieser mögliche Benefit wurde von den Studienautoren damit erklärt, dass Gebärende schmerzfrei Presswehen eventuell besser steuern können und daher dem Fetus Zeit geben, das Beckengewebe zu dehnen. Unter schwersten Schmerzen, bei denen Geburtsvorgang und Austreibungsphase unkontrollierter stattfinden, werden die Bedingungen ungünstiger eingestuft. In beiden Studien weisen Studienautoren jedoch darauf hin, dass bezüglich der Frage des Einflusses des Epiduralanalgesieverfahrens auf Dammverletzungen noch keine definitive Antwort gegeben werden kann.

Wie schon einleitend erwähnt, stellt die Epiduralanalgesie nur eine Form der Wehenanalgesie dar. Als eine medikamentöse Alternative wurde in den letzten Jahren zunehmend die intravenöse Anwendung des ultrakurz wirksamen Opioids Remifentanyl diskutiert. Eine rezente Metaanalyse [5], die sich auf Daten aus 5 randomisierten kontrollierten Studien beruft, kommt jedoch zu dem Schluss, dass Remifentanyl nicht an die analgetische Qualität einer Epiduralanalgesie herankommt. Zumindest in Bezug auf sekundäre Outcomeparameter wie Übelkeit, Juckreiz, Nabelschnur-pH und APGAR-Score war i.v.-Remifentanyl aber äquivalent zur Epiduralanalgesie.

Im Allgemeinen sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass neben geburtshilflichen und anästhesiologischen Parametern eine Vielzahl anderer Faktoren das peripartale Schmerzerlebnis mit beeinflusst. Neben psychologischen, kulturellen und sozialen Faktoren spielen hierbei auch die individuelle Erwartungshaltung und die psy-

chologische Vorbereitung auf die Geburt eine gewichtige Rolle. In diesem Zusammenhang untersuchten zwei rezente, prospektiv durchgeführte Arbeiten die Verwendung von validierten psychologischen Tests zur Prädiktion von Frauen, die im Rahmen der Geburt mehr Schmerzen erleiden [6, 7]. In beiden Arbeiten konnte gezeigt werden, dass Individuen mit ausgeprägterem Angst- bzw. Vermeidungsverhalten zu einem peripartal erhöhten Analgetikabedarf und Schmerzerlebnis neigen.

In Zukunft stellt sich die Frage, ob derartige prädiktive Tests im klinischen Alltag einen Stellenwert haben, um die peripartale Schmerztherapie besser zu planen, oder doch mehr von akademischem Interesse sind. Sollte das peripartale Schmerzerleben und Management das postpartale Outcome beeinflussen, wäre die Anwendung dieser Tests durchaus schlüssig. In diesem Zusammenhang ist eine rezente Arbeit interessant, die die Assoziation der Anwendung eines Epiduralanalgesieverfahrens mit postpartalen Depressionen untersuchte [8]. In genannter Arbeit wurden in einem chinesischen Spital 214 Frauen während der Geburt prospektiv begleitet. Unter diesen verlangten und erhielten 107 Frauen ein Epiduralanalgesieverfahren zur Wehenschmerzbehandlung. Mittels der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ wurden die Frauen 3 Tage und 6 Wochen nach der Geburt auf postpartale Depression untersucht. Frauen, die ein Epiduralanalgesieverfahren erhielten, schienen ein signifikant niedrigeres Risiko für postpartale Depression aufzuweisen (OR 0,31; 95%-CI: 0,12–0,82). Es bleibt unbeantwortet, ob dies der verbesserten Schmerztherapie und damit dem geringeren peripartalen Schmerzerlebnis zu verdanken ist oder vielmehr ein Ausdruck des psychologischen Musters einer Frau ist, die autark handelt und aktiv nach einer Epiduralanalgesie verlangt. In jedem Fall eröffnet diese Arbeit neue Wege in der wissenschaftlichen Aufarbeitung der geburtshilflichen Analgesie und gibt Anlass, sich über potenziell weitreichendere Folgen einer insuffizienten peripartalen Schmerztherapie Gedanken zu machen.

LITERATUR:

1. George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2013; 116: 133–44.

2. Wassen MM, Hukkelhoven CW, Scheepers HC, et al. Epidural analgesia and operative delivery: a ten-year population-based cohort study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 183: 125–31.
3. Loewenberg-Weisband Y, Grisaru-Granovsky S, Ioscovich A, et al. Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27: 1864–9.
4. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, et al. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210: 59.e1–6.
5. Liu ZQ, Chen XB, Li HB, et al. A comparison of remifentanyl parturient-controlled intravenous analgesia with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2014; 118: 598–603.
6. Carvalho B, Zheng M, Aiono-Le Tagaloa L. A prospective observational study evaluating the ability of prelabor psychological tests to predict labor pain,

epidural analgesic consumption, and maternal satisfaction. *Anesth Analg* 2014; 119: 632–40.

7. Costa-Martins JM, Pereira M, Martins H, et al. Attachment styles, pain, and the consumption of analgesics during labor: a prospective observational study. *J Pain* 2014; 15: 304–11.

8. Ding T, Wang DX, Qu Y, et al. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesth Analg* 2014; 119: 383–92.

Korrespondenzadresse:

*Ass.-Prof. Dr. Clemens Ortner, MSc, DESA
Universitätsklinik für Anästhesie,
Allgemeine Intensivmedizin und Schmerz-
therapie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: clemens.ortner@meduniwien.ac.at*

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