

- **Handgriff nach Kristeller:** Wehensynchron wird auf den Fundus uteri mit Hand oder Unterarm der Druck nach unten unterstützt
- **Handgriff nach Ritgen:** Bei verzögertem Kopfdurchtritt wird das Kinn mit dem „Hinterdammgriff“ (zwischen Anus und Steißbeinspitze) nach ventral gedrückt

L

AWMF-Leitlinie Nr. 015/017: Empfehlungen zur Dokumentation der Geburt - Das Partogramm- <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-017.htm>
 AWMF-Leitlinie Nr. 015/067: Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-067.htm>

Schulterdystokie

BASISWISSEN

Definition: Geburtsstillstand nach der Geburt des Kopfes infolge fehlender Schulterdrehung; mittlere Inzidenz 0,5%.

Prädisponierende Faktoren:

- Z.n. Schulterdystokie (Wiederholungsrisiko)
- makrosome Kinder (deutlich > 4.000g)
- Diabetes mellitus/Gestationsdiabetes (⇒)
- Adipositas der Mutter
- kleine Mutter < 155cm
- hohe Gewichtszunahme während der Schwangerschaft
- Multiparität (⇒)
- protrahierte Geburt
- vaginal-operative Entbindung (⇒) aus Beckenmitte

Diagnose

Das Vorliegen einer Schulterdystokie zeigt sich in der späten Austreibungsphase:

- Geburtsstillstand nach Geburt des Kopfes
- Ausbleiben der erwarteten äußeren Drehung des Kopfes

Differentialdiagnose: relativ oder absolut zu kurze Nabelschnur (straffe NS-Umschlingung), pathologische Vergrößerung des Rumpfes.

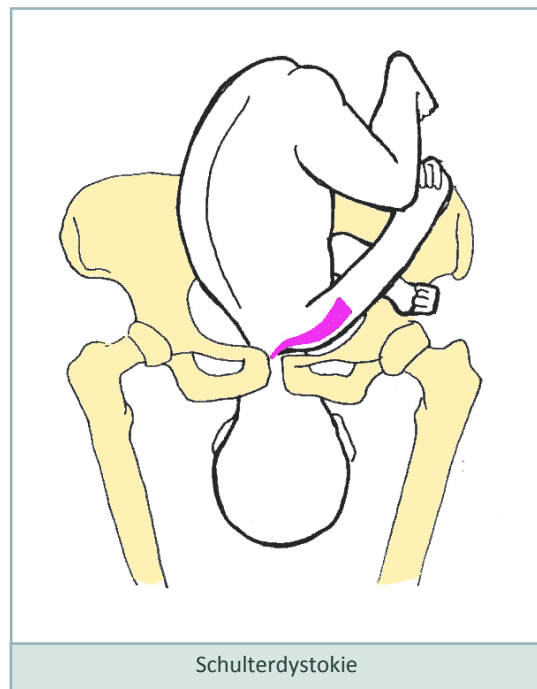
Formen

hoher Schultergradstand

Schulterbreite bleibt fast im geraden Durchmesser auf dem Beckeneingang stehen; die kindliche Schulter bleibt auf der Symphyse hängen. Der Kopf steht wie „un bouchon de champagne“ vor der Vulva. Vor allem diese Form der Schulterdystokie geht mit erheblichen Komplikationen einher wie:

Kindlichen Komplikationen

- Clavicula- und Humerusfraktur
- intrauterine Hypoxie, neonatale Asphyxie
- Lähmung des Plexus brachialis
- Hämatome im Bereich des Musculus sternocleidomastoides



Mütterliche Komplikationen

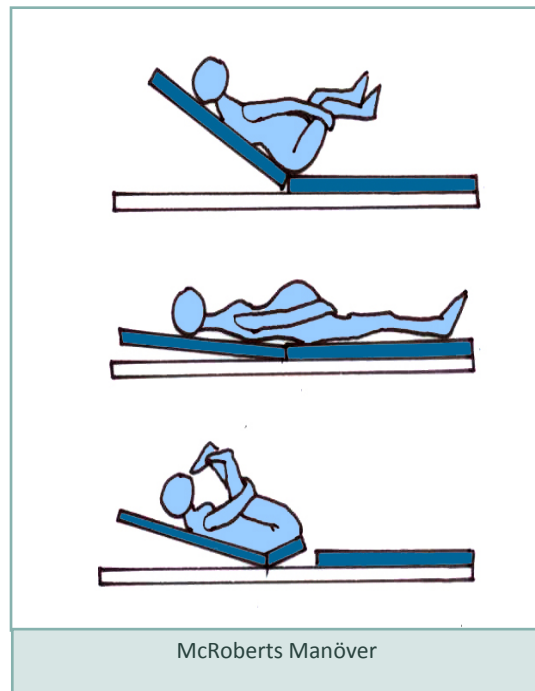
- Blutungen aus den Weichteilverletzungen
- Uterusruptur
- Schäden am Beckenboden

tiefer Schulterquerstand

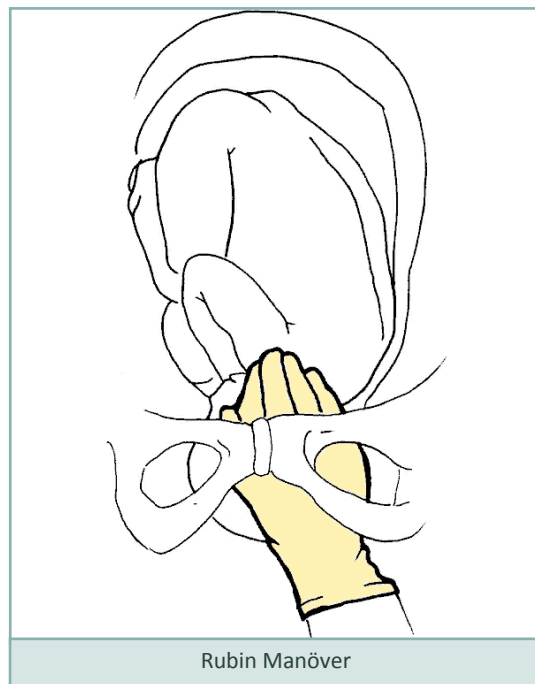
Schulterbreite bleibt fast auf Beckenboden im queren Durchmesser stehen, Halsansatz sichtbar.

Therapie

- ruhiges Handeln
- sofortige Oberarztinformation
- erfahrene Hebamme zuziehen
- Anästhesiebereitschaft (⇒)
- kein forcierter Traktionsversuch (CAVE: Plexusabritt)
- Abstellen eines evtl. laufenden Oxytocintropfes (ODI ⇒)
- Tokolyse (⇒) zur Vermeidung fortschreitender Schulterverkeilung durch starke Wehen
- Anlegen bzw. Erweiterung der Episiotomie (⇒), Schuchardtschnitt (⇒)
- McRoberts-Manöver (Methode der ersten Wahl)
 - Stellungsänderung der Symphyse und suprasymphysärer Druck von außen, um die Schulter zu lösen
 - die Beine der Kreißenden werden gestreckt nach dorsal gebogen, dann rasch in den Hüftgelenken gebeugt, abduziert und außenrotiert. Hierdurch kommt es erst zum Tiefertreten und dann Höherentreten der Symphyse und dabei zur Lösung von der Schulter; CAVE: Claviculafraktur
- Rubin-Manöver
 - innere Rotation der Schultern und suprasymphysärer Druck:
 - Eingehen mit 2 Fingern auf der Rückseite des Kindes und Versuch, durch Druck auf die vordere Skapula die Schulterbreite in den queren Durchmesser zu bringen, zusätzlich von außen suprasymphysärer Druck auf die vordere Schulter möglich
 - ggf. Umlagerung in den Vierfüßlerstand („All Fours Manöver“) nach Gaskin
- Woods-Manöver
 - Entwicklung des hinteren Armes: Eingehen mit der Hand auf der Bauchseite des Kindes und Entwicklung des hinteren Armes mit der hinteren Schulter, Verminderung der Schulterbreite und dadurch mögliche Entwicklung der vorderen Schulter



McRoberts Manöver



Rubin Manöver

- ggf. Narkose mit Relaxierung
- exakte Dokumentation über die einzelnen Schritte bei der Entwicklung des Kindes

Komplikationen

- Frakturen v.a. Clavicula 5-7%
- fetale Hypoxie
- traumatische Schädigung des Plexus brachialis (ca. 13%)

W

Juristische Aspekte:

Managementplan als schriftliche Dienstanweisung in der Klinik und praktische Übungen in regelmäßigen Intervallen mit dem Kreißsaalteam. Exakte chronologische Dokumentation der ergriffenen Maßnahmen mit Namen der aktiv beteiligten Geburtshelfer und Hebammen.

L

AWMF-Leitlinie Nr. 015/024: Empfehlungen zur Schulterdystokie; Erkennung, Prävention und Management: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-024.htm#kap7>

Episiotomie

B

Ziele:

Mutter: Entlastung des Dammes und Schutz des Beckenbodens durch Vermeidung von Überdehnung und Zerreißen der tiefen Beckenbodenmuskulatur.

Kind: Verhinderung von intrakraniellen Druckschwankungen (Kompression-Dekompression) besonders bei Frühgeborenen.

Indikationen

- drohendes Zerreißen des Dammes (Blässe)
- Abkürzung der Pressperiode bei hypoxieverdächtigem CTG (⇒)
- grünes Fruchtwasser (⇒)
- Z.n. DR °III oder DR °IV (⇒)
- Frühgeburtlichkeit (⇒)
- Beckenendlagegeburt (⇒)
- andere Lageanomalien (Deflektionslagen, hintere Hinterhauptslage)
- vaginal-operative Entbindung (⇒)

Zeitpunkt

Bei Durchschneiden des Köpfchens durch die Vulva, ggf. bei Indikation auch früher.

Versorgung

Zeitpunkt

- nach Geburt der vollständigen Plazenta
- bzw. anschließend an eine manuelle Nachtastung (⇒) oder SpekulumEinstellung nach vaginal-operativer Entbindung (⇒)
- bei verstärkter Blutung zügig beginnen!

Vorbereitung

- Steinschnittlage
- gründliche Desinfektion und Abdeckung
- evtl. Tamponade einlegen