

37

Erschwerte und forcierte Kopfentwicklung

Ulrike Harder

D **Erschwerte Kopfentwicklung:** in der aktiven Austreibungsphase tritt der auf Beckenboden stehende oder bereits sichtbare Kopf ausgesprochen langsam bis gar nicht tiefer und lässt sich kaum über den Damm bringen.
Forcierte Kopfentwicklung: bei Geburtsstillstand oder wegen drohender kindlicher Hypoxämie wird die Kopfgeburt beschleunigt.

Therapie

Je nach Ursache und geburtshilflicher Situation kann der Kopfaustritt durch folgende Maßnahmen unterstützt werden:

- Lageveränderungen der Frau: tiefe Hocke (S. 310), Beckenmobilisation in Seitenlage (S. 430), Vierfüßlerstand S. 322)
- Oxytocingabe (Infusion)
- Äußerer Beckendruck (S. 417)
- Episiotomie
- Kristeller-Handgriff
- Hinterdammgriff nach Ritgen
- Forzeps- oder Vakuumextraktion

37.1 Kristeller-Handgriff

(Samuel Kristeller, Gynäkologe, Berlin 1820–1900)

D **Kristeller-Handgriff:** Beschleunigung des Kopfaustrittes in der Austreibungsphase durch einen externen, langsam ansteigenden Druck der Hände auf den Fundus uteri.

Die Anwendung des Kristeller-Handgriffes bedarf einer Indikation, diese muss ebenso wie der Name der ausführenden Hebamme/Ärztin im Geburtsjournal dokumentiert werden.

Voraussetzung: Muttermund vollständig eröffnet, gute Wehentätigkeit, der Kopf ist (fast) ausrotiert und steht (fast) auf Beckenboden.

Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen

- Fehlende oder ungenügende Bauchpresse der Mutter, z. B. wegen Rektusdiastase, Peridualanästhesie oder Erschöpfung
- Kopfentwicklung bei Sectio
- Kopfgeburt bei Beckenendlage mit Bracht-Manöver
- Vaginaloperative Entbindung
- Drohende Hypoxämie bei länger andauernder Bradykardie und sichtbarem Kopf.

Für die beiden letzten Indikationen ist laut einer Untersuchung (Schulz-Lobmeyr et al. 1999) der Nutzen nicht erwiesen, da eine durch den externen Druck verursachte Minderdurchblutung der Plazenta und eine mögliche Reflexbradykardie des Kindes (wegen der Kopfkompensation) den Vorteil der rascheren Entbindung aufzuwiegen scheint.

Kontraindikationen

- Kindlicher Kopf mit Leitstelle höher als 1 + 3 cm
- wehenloser Uterus ohne Kontraktion
- Fundusplazenta, da Gefahr einer placentaren Mangeldurchblutung, vorzeitigen Plazentalösung und Expression von Gewebsthromboplastin besteht
- Wehensturm, drohende Uterusruptur
- Zustand nach Uterusoperation (Sectio, Myom-OP)
- Schulterdystokie, hoher Schultergeradstand.

Durchführung

Zunächst wird die Gebärende über die geplante Maßnahme informiert. Es ist wichtig, dass die Frau weiterhin in der Wehe gut mitdrückt, da der Kristeller-Handgriff nur unterstützende Wirkung hat und die Bauchpresse weder ersetzen kann noch soll!

- Die Frau befindet sich in halbsitzender Rückenlage, der Geburtshelfer befindet sich seitlich am Kopfende, evtl. etwas erhöht (z. B. auf einer Fußbank stehend oder neben der Frau auf dem Bett halb kniend sitzend (Abb. 37-1).



Abb. 37-1 Kristeller-Handgriff

- a Die Hebamme sitzt auf ihrem linken Knie neben der Frau, ihr Rücken lehnt sich an das hoch gestellte Bettoberteil. So hat sie hinten Halt und kann gut mit ihren flach aufgelegten Händen das Kind nach vorne schieben.
- b Oder sie stützt sich mit der linken Hand am Bettoberteil ab und schiebt nur mit der rechten Hand (gut geeignet für die seitliche Drucktechnik nach Martius).

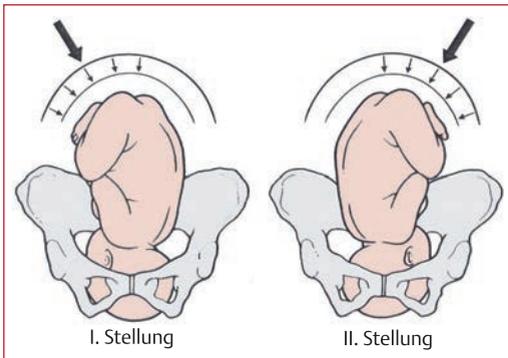


Abb. 37-2 Kristeller-Handgriff bei schräg stehender Pfeilnaht. Der Druck erfolgt von der Seite der kleinen Teile. I. Stellung: Druck von rechts oben, II. Stellung: Druck von links oben.

- Der Fundus uteri wird ertastet, beide Hände werden flach aufgelegt. Bei Wehenbeginn umfasst man den Fundus bzw. Steiß und schiebt das Kind ab Wehenakme synchron mit der Frau in Richtung Beckenausgang (Abb. 37-1 a).

M Nie außerhalb der Wehe drücken, das wäre schmerzhaft, ineffektiv und gefährlich!

Druckrichtung: Stellung und Haltung des Kindes sollten bekannt sein, um die Druckrichtung der Längsachse des Kindes anzupassen (Martius 1986):

- Bei **ausrotiertem Kopf** wird der Fundus mittig umfasst und das Kind gerade in Richtung Beckenausgang gedrückt.
- Bei **schräg stehender Pfeilnaht/wenig gebeugtem Kopf** wird der Fundus leicht zur Seite der kleinen Teile geschoben und das Kind von dieser Seite in Richtung Beckenausgang gedrückt (Abb. 37-1 b, Abb. 37-2). So trifft der Druck die Längsachse des Kindes, überträgt sich auf die Schädelbasis und kann damit die Beugung und Rotation des Kopfes unterstützen (die Wirkung des seitlichen Druckes ist am geburtshilflichen Phantom gut nachvollziehbar).

Wird die Expression wie von Kristeller und Martius beschrieben ausgeführt, ist sie meist effektiv, für die Frauen wenig schmerzhaft und führt selten zu den unten aufgeführten Komplikationen.

Falsche Technik: Einige Geburtshelfer(innen) greifen über den Leib der Frau, halten sich mit einer Hand am Bettlaken fest und drücken mit ihrem Unterarm auf den Fundus, um so mit weniger Kraftaufwand einen stärkeren Druck zu erzeugen (Abb. 37-3). Von dieser in fast keinem Lehrbuch beschriebenen Technik ist unbedingt abzuraten, denn der Druck des harten Unterarmknochens und Ellenbogens ist viel schmerzhafter für die Frau und birgt eine höhere Komplikationsrate!



Abb. 37-3 Falsche Technik des Kristeller-Handgriffs, der ausgeübte Druck des harten Unterarmknochens ist für die Frau schmerzhaft und birgt ein hohes Komplikationsrisiko.

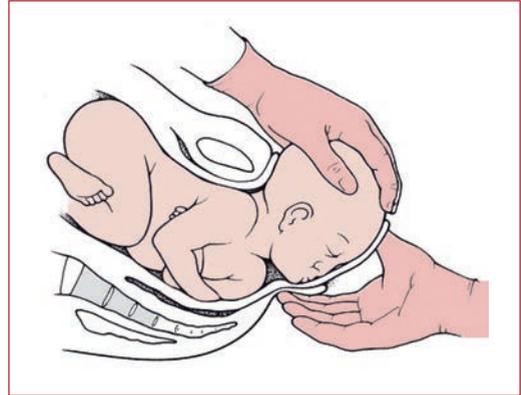


Abb. 37-4 Hinterdammgriff nach Ritgen zur Beschleunigung des Kopfaustrittes. Zwischen Steißbeinspitze und Anus wird das Kinn ertastet und mit den Fingern nach vorne über den Damm geschoben.

Komplikationen

Mütterliche Komplikationen

- Sehr schmerzhaftes Geburtserleben, post partum „blaue Flecken“ am Oberbauch, Hämatombildung, Rippenprellung oder -fraktur
- Schädigung des Myometriums, vorzeitige Plazentalösung, fetomaternal Transfusion
- Fruchtwasserembolie, Uterus-, Milz-, Leberruptur (sehr selten).

Kindliche Komplikationen

- Reflexbradykardie infolge eines durch die verstärkte Kopfkompensation ansteigenden Hirndrucks
- akuter Sauerstoffmangel wegen plazerarer Minderdurchblutung oder vorzeitiger Plazentalösung
- neurologisch/zerebrale Schädigung durch starke Kompression des kindlichen Kopf- und Halsbereiches
- iatrogen (durch den Arzt) verursachte Schulterdystokie, besonders bei einer Kombination des Kristeller-Handgriffs mit Vakuum- oder Forzeps-extraktion (Krause 2004 [51]).

37.2 Hinterdammgriff nach Ritgen

(Ferdinand von Ritgen, Geburtshelfer, Gießen 1787–1867)

D Durch Druck unter das kindliche Kinn wird ein Zurückgleiten des teilweise geborenen Kopfes in der Wehenpause verhindert oder die Deflexion des Kopfes gefördert.

Durchführung

- Sobald ein größerer Teil des Hinterhauptes in der Vulva sichtbar wird, lässt sich am Hinterdamm (Bereich zwischen Steißbeinspitze und After) das kindliche Kinn ertasten und in der Wehenpause festhalten (Abb. 37-4), z. B. in der Wehenpause bei einer Vakuumextraktion.
- Die mit einem Tuch bedeckten Finger der rechten Hand werden unter das Kinn gebracht, dann wird es langsam über den After nach vorn geschoben, bis der ganze Kopf über den Damm geboren ist.

Komplikationen

Schmerzhafte Verletzung der Schleimhaut und/oder der Muskelfasern im Bereich des Anus. Aus diesem