Empfehlungen des Bundes Deutscher Hebammen : Vorgehen bei Schulterdystokie

Autor(en): **Harder, Ulrike / Mändle, Christine / Roemerm V.-M.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **105 (2007)**

Heft 1

PDF erstellt am: **26.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949979

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Empfehlungen des Bundes Deutscher Hebammen

Vorgehen bei Schulterdystokie

Ulrike Harder, Christine Mändle, Prof. Dr. V.-M. Roemer, Ursula Schroth

Definition, Ursachen, Häufigkeit

Bei der Schulterdystokie handelt es sich um eine Einstellungsanomalie der Schultern nach der Geburt des Kopfes. Sie tritt auf als hoher Schultergeradstand oder als tiefer Schulterquerstand. Die Häufigkeit liegt bei 0,2 % aller Geburten, nimmt jedoch mit dem Geburtsgewicht des Kindes deutlich zu: bei Kindern > 4000 g wird sie mit 3 %, bei Kindern > 4500 g mit 11 % angegeben (Martius, Hebammenlehrbuch, 6. Aufl.)

Bei Geburten in aufrechter Position, im Stehen, auf dem Gebärhocker, vor allem in der Hocke oder im Vierfüsslerstand werden Schulterdystokien wesentlich seltener beobachtet!

Bei einer Schulterdystokie entstehen die Gefahren für das Kind zum einen durch die Hypoxie, zum anderen durch forcierte operative Massnahmen zur Entwicklung des Rumpfes. Dabei können Geburtsverletzungen in Form von Clavikula-, Oberarm- und Schulterblattfrakturen, aber auch Plexuslähmungen oder Wurzelabrisse auftreten. Diese Schädigungen führen oft zu zivil- und strafrechtlichen Auseinandersetzungen.

Diagnose hoher Schultergeradstand

Der Kopf wird nur schwer geboren, Gesicht und Kinn sind kaum zu entwickeln. Typischerweise erscheint der Kopf wie in die Vagina hineingezogen bzw. der Vulva aufgepresst (Abb. 1). Die Schultern stehen noch gerade über Beckeneingang und können nicht tiefertreten, da die vordere Schulter von der Symphyse zurückgehalten wird. Entweder erfolgt keine äussere Kopfdrehung oder es kommt zu einer frühen äusseren Drehung des noch eingezogenen Kopfes, die aber nicht zur Schultergeburt führt. Die frühe äussere Drehung stellt nur eine Anpassung des Kopfes an die gerade Stellung der Schultern dar.

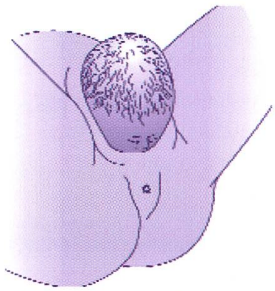

Abb. 1: Hoher Schultergeradstand (aus Ch. Geist et al., Hebammenkunde 1998)

Diagnose tiefer Schulterquerstand

Der Kopf wird ganz geboren, da die Schultern bereits quer ins kleine Becken eingetreten sind, es ist kein Zurückziehen in die Vagina wie beim hohen Schultergeradstand zu beobachten (Abb. 2). Die Schultern stehen quer auf dem längsovalen Levatorspalt des Beckenbodens. Die äussere Drehung des Kopfes bleibt aus, weil sich die Schultern nicht in den erforderlichen tiefen Geradstand drehen.

Die Lösung der quer (oder leicht schräg) stehenden Schultern ist meist leichter zu behandeln, da keine knöchernen Widerstände (wie beim hohen Schultergeradstand) zu überwinden sind.

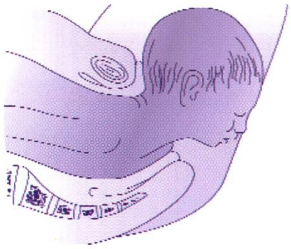

Abb. 2: Tiefer Schulterquerstand (aus: Martius, Hebammenlehrbuch 1990)

Therapie der Schulterdystokie

- Erstes Gebot ist Ruhe bewahren, denn unter Umständen drehen sich die Schultern noch spontan.
- Es sollten immer sofort ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und ein Neonatologe dazugerufen werden.
- Jeder Versuch, den Kopf sofort durch forcierten Zug und/oder starken Fundusdruck tiefer zu bringen, birgt eine grosse Verletzungsgefahr für das Kind und sollte unterbleiben.

Die Erstmassnahmen bei jeder Schulterdystokie sind:
1. *Stellungsänderung der Symphyse*
2. *Anlegen bzw. Erweitern der Episiotomie*

Da beide Massnahmen für das Kind ungefährlich sind, können sie von der Hebamme bis zum Eintreffen des Geburtshelfers ausgeführt werden. Bleiben die Massnahmen erfolglos und ist der Facharzt noch nicht eingetroffen, muss von der Hebamme (je nach Klinikstandard) einer der weiter unten aufgeführten Handgriffe zur Schulterlösung ausgeführt werden.

Stellungsänderung der Symphyse im Liegen

Diese Massnahme (röntgenologisch verifiziert durch Borell und Fernström) führt oft zum Erfolg, sie ist leicht und schnell auszuführen und sollte immer probiert werden.

Zuerst streckt die liegende Frau ihre Beine einen Moment lang aus, dann beugt sie sie maximal in den Hüftgelenken, d.h. sie zieht die Beine so hoch wie möglich in Richtung Brustkorb *(McRoberts-Manöver)*. Am besten wird sie dabei von zwei Hilfspersonen (Hebamme, Arzt, Partner) unterstützt. Dieser Wechsel der Beinstellung sollte dreimal erfolgen.

Die totale Streckung der Beine erwirkt laut Borell und Fernström eine leichte Absenkung der Symphyse und eine Vergrösserung des Beckeneingangs um 0,5 cm. Durch die gleich anschliessende maximale Beugung der Beine in den Hüftgelenken wird die Symphyse angehoben und kann so bei einem hohen Schultergeradstand über die vordere Schulter gebracht werden. Die Endstellung mit maximal gebeugten Beinen bewirkt eine Vergrösserung des Beckenausgangs um ca. 1,5 cm – es entsteht mehr Platz – und ist besonders wirkungsvoll beim tiefen Schulterquerstand. Einige Autoren empfehlen zusätzlich eine leichte Rotation des Beckens nach links und rechts.

Gelingt es der Hebamme, ruhige Anweisungen zu geben, wirkt das nicht nur beruhigend auf die Eltern, sondern auch auf sie und den anwesenden Arzt.

Suprapubischer Druck

Der suprapubische = suprasymphysäre Druck (Abb. 3 + 4) ist eine einfache Massnahme zur Schulterrotation beim hohen Schultergeradstand. Er lässt sich gut gleichzeitig mit der Stellungsänderung der Symphyse (während der Streckung der Beine) anwenden oder mit der äusseren Überdrehung des Kopfes kombinieren.

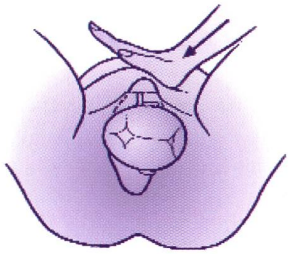

Abb. 3: Suprapubischer Druck nach lateral (Rubin 1964). Mit dem Handballen wird seitlich oberhalb der Symphyse ein rüttelnder Druck auf den Rücken des Kindes ausgeübt (aus: U. Harder, Hebammenhilfe bei Schulterdystokie 2002)

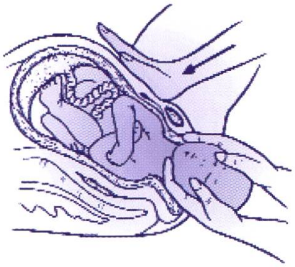

Abb. 4: Suprapubischer Druck nach dorsal (Mazzanti 1959) Mit dem Handballen wird mittig oberhalb der Symphyse ein rüttelnder Druck auf die vorne stehende Schulter des Kindes ausgeübt (aus: U. Harder, Hebammenhilfe bei Schulterdystokie 2002)

Vierfüsslerstand und Gaskin-Manöver

Es ist günstig, Gebärende mit der Diagnose Schulterdystokie oder sonstiger schwieriger Schulterentwicklung den Vierfüsslerstand einnehmen zu lassen. Der sagittale Durchmesser (der Abstand zwischen Kreuzbein und Schambein) kann sich in dieser Haltung um 1 bis 2 cm mehr erweitern als in der Rückenlage (Meenan et al. 1991). Allein der Wechsel in den Vierfüsslerstand (Lagewechsel über die tiefe Hocke nach vorne) kann die Schulterdystokie lösen.

Innere Rotation der Schulter im Vierfüsslerstand

Zur Lösung umfasst die Hebamme zuerst die hintere Schulter und bringt sie durch eine schraubenartige Drehung zur Seite (Abb. 5). Dadurch löst sich die vordere Schulter vom Schambein. Eventuell muss der Vorgang in der Gegenrichtung wiederholt werden, um die zweite Schulter zu lösen. Mit einer weiteren Schraubenbewegung wird das Kind nach aussen gezogen (Davis 1992).

Abb. 5: Lösung einer Schulterdystokie im Vierfüsslerstand (aus: C. Mändle, Das Hebammenbuch 1996)

Stellungsänderung der Symphyse auf dem Gebärhocker

Tritt der seltene Fall einer Schulterdystokie auf dem Gebärhocker ein, lässt die Hebamme die Frau mit gestreckten Beinen aufstehen und sich leicht nach rückwärts beugen (mit Hilfe von Arzt/Partner), um eine Erweiterung des Beckeneingangs zu erreichen. Anschliessend setzt sich die Frau wieder auf den Hocker (dreimal wiederholen).
Löst sich die Schulter nicht, legen wir die Frau auf ein Gebärbett zur Stellungsänderung der Symphyse (s. o.) oder bringen sie vom Hocker nach vorne in den Vierfüsslerstand (s. o.).

Episiotomie

In der Literatur wird bei schwieriger Schultergeburt oft das Anlegen bzw. Erweitern der Episiotomie gefordert, um ein Maximum an Bewegungsfreiheit zu erhalten. Dies kann unter Umständen in der Praxis schwer ausführbar sein, da der kindliche Kopf eine saubere Schnittführung behindert. Das Schneiden oder Erweitern einer Episiotomie ist immer dann angezeigt, wenn zu wenig Platz zum Eingehen vorhanden ist oder wenn sich die Schulterlösung länger hinzieht. Eine Episiotomie wird zwar bei einem hohen Schultergeradstand die Einkeilung im Beckeneingang nicht beeinflussen, die Erweiterung des Beckenausgangs beschleunigt aber nach der Lösung der vorderen Schulter die weitere Entwicklung des Kindes und mindert so die Hypoxiegefahr. Ist der Damm ausreichend dehnbar, muss keine Episiotomie geschnitten werden, da das bessere fetal outcome durch keine Studie belegt wird (Nocon, et al. 1993, Gurewitsch, et al. 2004). Heute wird die Episiotomie erst nach dem Versagen der äusseren Massnahmen (Beckenmobilisationen, suprapubischer Druck) empfohlen, da es keinen Evidenzen dafür gibt, dass sich die kindliche Verletzungsrate bei Schulterdystokie durch das Anlegen bzw. Erweitern einer Episiotomie senken lässt.
Bei anhaltender Schulterdystokie kann ein Anlegen bzw. Erweitern der Episiotomie aus forensischen Gründen angezeigt sein, da in dieser Situation das Unterlassen in der Rechtsprechung seit 1979 oft als Behandlungsfehler angesehen wird.

Weitere Massnahmen beim hohen Schultergeradstand

Die folgenden Handgriffe zur Behandlung des hohen Schultergeradstandes bedürfen der genauen Kenntnis der kindlichen Stellung (Rücken rechts oder links), wegen der Verletzungsgefahr müssen sie sehr vorsichtig ausgeführt werden. Während der Rotation selbst ist der Kristeller-Handgriff kontraindiziert, da ein Druck von oben nur zur weiteren Einkeilung der Schultern führen würde! Erst wenn die Schultern quer ins Becken eingetreten sind, darf die weitere Geburt des Kindes durch den Kristeller-Handgriff beschleunigt werden.

Externe Massnahmen

Äussere Überdrehung des Kopfes (nach Martius)
Die vorsichtige äussere Überdrehung des Kopfes hat zum Ziel, die notwendige Anpassung an den Beckeneingang nachzuvollziehen. Der Kopf wird bei einer Rücken-rechts-Stellung (2. Stellung) nach links, bei einer 1. Stellung nach rechts gebracht, indem die flach aufgelegten Hände den Kopf vorsichtig und ohne Gewaltanwendung in die gewünschte Stellung leiten. (Cave: Halswirbelsäule). Die Schultern folgen nun der Überdrehung des Kopfes, sie können im schrägen Durchmesser in den Beckeneingang treten und der Kopf kommt tiefer. Zur Passage des Beckenausgangs ist zu beachten, dass der Kopf nach Überwindung des Beckeneingangs wieder in die Ausgangsstellung zurückgeführt wird, um einen nachfolgenden tiefen Schulterquerstand zu vermeiden.
Die Massnahme ist auch in Kombination mit suprapubischem Druck (s. o.) anzuwenden.

Vaginal-operative Massnahmen

Innere Rotation der Schultern nach Rubin
Druck von hinten auf die vorne stehende Schulter, um diese in den queren Durchmesser zu drehen (Rubin 1964). Von der Seite des kindlichen Rückens her wird mit der entsprechenden Hand eingegangen (I. Stellung rechte Hand, II. Stellung linke Hand), das vordere Schulterblatt ertastet und mit kontinuierlichem Druck des Zeige- und Mittelfingers zur Seite gedreht. Das Eingehen muss von seitlich unten erfolgen, denn in Symphysennähe ist es unmöglich Finger und Hand einzuführen.

Innere Rotation der Schultern, Manöver nach Woods

Druck von vorne auf die hinten stehende Schulter, um diese seitlich in den queren Durchmesser zu drehen (Woods 1943). Von der Seite des kindlichen Bauches her wird mit 2 Fingern der entsprechenden Hand (I. Stellung linke Hand, II. Stellung rechte Hand) tief in die Kreuzbeinhöhle eingegangen, der Oberarmknochen von vorne ertastet und durch kontinuierlichen Druck zur Seite gedreht, damit die Schultern in den queren Durchmesser kommen (hierbei ist gleichzeitiger suprapubischer Druck hilfreich).

Dokumentieren

Wahrheit – Klarheit – Vollständigkeit im Denken und Handeln und Dokumentieren

Wie bei allen Geburtshindernissen muss die Hebamme den Verlauf und alle getroffenen Massnahmen genau dokumentieren (siehe Beispiel unten).

- Wann trat das Geburtshindernis ein?
- Wann wurde der Arzt gerufen?
- Wann war er anwesend?
- Was tat die Hebamme wann mit welchem Ergebnis?

Entscheidend sind also die Zeitangaben. Wenn die Hebamme nicht dokumentiert hat, muss sie im Falle einer Schädigung beweisen, dass der Schaden nicht durch ihr Fehlverhalten entstanden ist. Wenn die Hebamme sich medizinisch korrekt verhalten und dies dokumentiert hat, kann sie im Falle eines Schadens nicht belangt werden.
Mehr noch: Wenn der Arzt und/oder Hebamme die Sequenz aller getroffenen Massnahmen exakt und glaubhaft beschrieben haben und eine Schädigung des Neugeborenen

Oberstes Gebot: Ruhe bewahren, denn vielleicht drehen sich die Schultern spontan bei der nächsten Wehe. Foto: Gerlinde Michel

trotzdem zu beklagen ist, haben die Beteiligten grosse Chancen schuldfrei gesprochen zu werden, denn: Nicht jede Schulterdystokie ist ohne Schädigung zu bewältigen.

Beispiel einer Geburtsdokumentation nach hohem Schultergeradstand

17.20 Geburt des Kopfes in halbsitzender Rückenlage aus I. vorderer HHL

17.21 Diagnose hoher Schultergeradstand (Schulterdystokie) und tel. Info Oberarzt + Notfallteam (durch Assistent Dr. G)

17.21 Stellungsänderung der Symphyse im Liegen (Strecken und Beugen der Beine) durch Heb. U + Partner (dreimal). Gebärende drückt nicht mit, atmet gut

17.22 Wdh. Stellungsänderung der Symphyse im Querbett (Überstrecken und Beugen der Beine) und suprasymphysärer Druck von links durch Heb. U + Dr. G

17.24 Äussere Überdrehung nach Martius ohne Zug am Kopf (Heb. U) mit gleichzeitigem suprasymphysären Druck durch Dr. G von links

17.25 Geburt eines lebenden Mädchens aus I. voHHL, Apgar 7–8–10, NapH 7,14, Gewicht 3700g, Erstversorgung mit O2-Dusche (Dr.G) DR II° bei Kopfgeburt, keine Epi für die Schulterentwicklung geschnitten, da Damm ausreichend dehnbar und genug Platz zur Rotation vorhanden war.

17.26 Eintreffen von Oberarzt und Anästhesie, Kind ist wohlauf

Notfallstandard zur Schulterdystokie

Beispiel für einen Klinik-Standard zum Verhalten bei Schulterdystokie. Der Standard muss zwischen Hebammen und Gynäkologen einer geburtshilflichen Abteilung abgesprochen werden, um abzuklären, welche Massnahmen die Hebamme im Notfall selbst ausführen darf. Datum und Nennung eines Verantwortlichen gehören dazu:

1. Ruhe bewahren, denn unter Umständen drehen sich die Schultern noch spontan bei der nächsten Wehe. Die Frau/Eltern kurz informieren und ohne Hektik anleiten.
2. Jeder Versuch, sofort den Kopf durch Zug oder starken Fundusdruck tiefer zu bringen, sollte unterbleiben, denn er birgt grosse Verletzungsgefahren für das Kind.
3. Laufende Oxytocin-Infusion sofort abstellen! Eine Bolus-Tokolyse ist nur nötig, wenn starke Wehentätigkeit die folgenden Manöver behindert, was selten der Fall ist (meist Wehenpause für zwei bis drei Minuten).
4. Sofort einen Geburtshelfer notfallmässig in den Gebärsaal rufen (lassen), ebenso das Anästhesieteam für eine eventuell notwendige Narkose und gegebenenfalls den Pädiater zur Reanimation.
5. Die Erstmassnahme ist immer Stellungsänderung der Symphyse durch Lageveränderung der Frau und ggf. Anlegen bzw. Erweitern der Episiotomie. Da beide Massnahmen für das Kind ungefährlich sind, können sie von der Hebamme bis zum Eintreffen des Facharztes ausgeführt werden.
6. Bleiben die Manöver erfolglos und ist noch kein Facharzt vor Ort, wird (je nach Klinikstandard) einer der weiteren Handgriffe zur Schulterlösung ausgeführt.
   Hoher Schultergeradstand:
   - suprapubischer Druck
   - äussere Überdrehung des Kopfes
   - innere Rotation der Schultern
   - Entwicklung des hinteren Armes.

   Tiefer Schulterquerstand:
   - das Hinterhaupt dammwärts leiten, um die Schultern tiefer ins Becken zu bringen, für gute Wehen sorgen (Oxytocingabe), evtl. Kristellerhilfe von oben
   - innere Rotation der Schultern.
7. Nach der Geburt des Kindes dokumentieren Hebamme und Geburtshelfer gemeinsam alle Massnahmen, möglichst mit genauen Zeitangaben.
8. Die Eltern werden im Nachhinein von Hebamme und Arzt ausführlich über das Geburtsgeschehen aufgeklärt.
9. Das Neugeborene muss sorgfältig von einem Neonatologen untersucht werden, um auffällige Verletzungen sofort erkennen und behandeln zu können.

Literatur

- *Benett V.R., Brown L.K.:* Myles Textbook for Midwives 12 Edition, Edinburgh, Churchill Livingston (1993).
- *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht:* Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management (April 2000). Im Internet abrufbar unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/gyn-g008.htm
- *Friedmann R.:* Schulterdystokie. Die Hebamme 7/94, 89–91, Stuttgart: Enke.
- *Geist Ch., Harder U., Stiefel A.:* Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 2. Aufl. Berlin, New York: de Gryter 1998.
- *Ghermann, R.B. et al.:* The McRobert' maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successfull ist it? Am J Obstet Gynecol 176: 656–661 (1997).
- *Gnirs, J.:* Schulterdystokie. In: Schneider/Husslein/Schneider (Hrsg.): Geburtshilfe. Heidelberg: Springer 2000.
- *Gurewitch G. et al.:* Episiotomie versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: a comparison of outcomes. American Journal of obstetrics and gynaecology (2004) 191, 911–6.
- *Harder, U.:* Havarie-Übungen, Hebammenhilfe bei Schulterdystokie. Hebammenforum 12/2002.
- *Harder, U.:* Praktisches Vorgehen bei Schulterdystokie. Die Hebamme 1, 38–44. Stuttgart: Hippokrates 2002.
- *Horschitz H.:* Die Kompetenz der Hebamme endet beim Auftreten einer Schulterdystokie. Deutsche Hebammen Zeitschrift 3/95, 124–125, Hannover: Elwin Staude.
- *Mändle C., Opitz-Kreuter S., Wehling A.:* Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 4. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer 2003.
- *Martius G.:* Die äussere Überdrehung des Kopfes zur Behandlung des hohen Schultergeradstandes. Geburtshilfe Frauenheilkunde, 47: 197 (1987).
- *Martius G.:* Hebammenlehrbuch, 5. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme 1990.
- *McFarland, M.B. et al.:* Perinatal outcome and the type and number of maneuvers in shoulder dystocia. Int J Gynecol Obstet 55: 219–224 (1996).
- *Nocon, J.J. et al.:* Shoulder dystocia: An analysis of Risks and obstetric maneuvers. Am J Obstet Gynecol 6: 1732–1739 (1993).
- *Pallenstein, C.J., Beller, F.K.:* Schulterdystokie. Seminar des Frauenarztes 1: 17–21 (1995).
- *Pschyrembel W., Dudenhausen J. W.:* Praktische Geburtshilfe, 19. Auflage Berlin, New York: de Gruyter 2001.
- *Schwenzer Th., Beck L.:* Ist eine Plexusparese nach Schulterdystokie vermeidbar? Der Gynäkologe 4/97, 381–382. Berlin: Springer.
- *Ulsenheimer K., Schlüter U., Bäcker M. H., Bayer M.:* Rechtliche Probleme in der Geburtshilfe und Gynäkologie, 1. Aufl. Stuttgart: Enke 1990.

Sonderdruck der Zeitschrift Hebammenforum, April 2006.

Die Redaktion dankt der Redaktion des Hebammenforums und Ulrike Harder für die Abdruckgenehmigung.