

Prophylaktische Oxytocin-Gabe in der Nachgeburtsphase zur Vermeidung einer postpartalen Blutung

Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Für das aktive Management der Nachgeburtsphase wurde gezeigt, dass sie das Risiko einer postpartalen Blutung (PPH) von mehr als 1000 ml reduziert. Eine der Interventionen des aktiven Managements ist die Verabreichung von prophylaktischen Uterotonika, jedoch variieren die Art des Uterotonikums, die Dosierung und die Verabreichungsform weltweit und haben möglicherweise einen Einfluss auf maternale Endpunkte.

Ziele

Bestimmung der Alltagswirksamkeit einer prophylaktischen Oxytocin-Gabe jeglicher Dosierung, um PPH und andere schwerwiegende maternale Endpunkte im Zusammenhang mit der Nachgeburtsphase zu verhindern.

Literatursuche

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2013).

Auswahlkriterien

Randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Studien, welche schwangere Frauen mit erwarteter vaginaler Geburt einbezogen, denen während der Nachgeburtsphase prophylaktisch Oxytocin gegeben wurde. Die primären Endpunkte waren Blutverlust von mehr als 500 ml und der Gebrauch von therapeutischen Uterotonika.

Datenerhebung und -analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander klinische Studien hinsichtlich der Einschlusskriterien, bewerteten die Studienqualität und extrahierten Daten. Die Daten wurden auf Genauigkeit überprüft.

Wesentliche Ergebnisse

Dieser aktualisierte Review beinhaltet 20 Studien (mit 10.806 Frauen).

Prophylaktische Oxytocin-Gabe versus Placebo

Die prophylaktische Oxytocin-Gabe verglichen mit Placebo reduzierte das Risiko einer PPH von mehr als 500 ml (Risiko-Verhältnis (RR) 0,53; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,38 bis 0,74; sechs Studien, 4.203 Frauen; $T^2 = 0,11$; $I^2 = 78\%$) und die Notwendigkeit eines therapeutischen Uterotonikums (RR 0,56; 95% KI 0,36 bis 0,87, vier Studien, 3.174 Frauen; $T^2 = 0,10$, $I^2 = 58\%$). Der Nutzen einer prophylaktischen Oxytocin-Gabe zur Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml, wurde in allen Subgruppen beobachtet. Ein verminderter Gebrauch von therapeutischen Uterotonika wurde nur in den folgenden Subgruppen beobachtet: in randomisierten Studien mit geringem Risiko für Bias (RR 0,58; 95% KI 0,36 bis 0,92; drei Studien, 3.122 Frauen; $T^2 = 0,11$, $I^2 = 69\%$); in Studien, in denen ein aktives Management der Nachgeburtsphase durchgeführt wurde (RR 0,39; 95% CI 0,26 bis 0,58; eine

Studie, 1.901 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar); in Studien, in welchen Oxytocin als i.v.-Bolus verabreicht wurde (RR 0,57; 95% CI 0,39 bis 0,82; eine Studie, 1.000 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar); und in Studien, in welchen Oxytocin in einer Dosierung von 10 IU verabreicht wurde (RR 0,48; 95% CI 0,33 bis 0,68; zwei Studien, 2.901 Frauen; $T^2 = 0,02$; $I^2 = 27\%$).

Prophylaktische Oxytocin-Gabe versus Mutterkornalkaloiden

Hinsichtlich der Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml war die prophylaktische Oxytocin-Gabe im Vergleich zu Mutterkornalkaloiden überlegen (RR 0,76; 95% KI 0,61 bis 0,94; fünf Studien, 2.226 Frauen; $T^2 = 0,00$, $I^2 = 0\%$). Der Vorteil von Oxytocin gegenüber Mutterkornalkaloiden eine PPH von mehr als 500 ml zu vermeiden blieb nur in den Subgruppen von quasi-randomisierten Studien bestehen (RR 0,71, 95% KI bis 0,53 bis 0,96; drei Untersuchungen, 1.402 Frauen; $T^2 = 0,00$, $I^2 = 0\%$) sowie in Studien, in denen eine aktive Nachgeburtsphase durchgeführt wurde (RR 0,58; 95% KI 0,38 bis 0,89; zwei Studien, 943 Frauen; $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$). Der prophylaktische Gebrauch von Oxytocin war im Vergleich zum Gebrauch von Mutterkornalkaloiden mit weniger Nebenwirkungen assoziiert, einschließlich einer verminderten Übelkeit in der Zeit zwischen der Geburt des Kindes und der Verlegung aus dem Kreißaal (RR 0,18; 95% KI 0,06 bis 0,53; drei Untersuchungen, 1.091 Frauen; $T^2 = 0,41$; $I^2 = 41\%$), sowie vermindertes Erbrechen in der Zeit zwischen der Geburt des Kindes und der Verlegung aus dem Kreißaal (RR 0,07; 95% KI 0,02 bis 0,25; drei Untersuchungen, 1.091 Frauen; $T^2 = 0,45$, $I^2 = 30\%$).

Kombinierte prophylaktische Gabe von Oxytocin + Ergometrin versus Mutterkornalkaloiden

Für die Kombination aus Oxytocin und Ergometrin gegenüber der alleinigen Gabe von Ergometrin zur Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml konnte kein Nutzen festgestellt werden (RR 0,90; 95% KI 0,34 bis 2,41; fünf Studien, 2.891 Frauen; $T^2 = 0,89$; $I^2 = 80\%$). Der Gebrauch von Oxytocin und Ergometrin wurde mit einem erhöhten durchschnittlichen Blutverlust assoziiert (MD 61,0 ml; 95% KI 6,00 bis 116,00 ml; Fixed-Effect Analyse, eine Studie, 34 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar).

In allen drei Vergleichen gab es keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer der Nachgeburtsphase oder der Notwendigkeit einer manuellen Plazentalösung.

Schlussfolgerungen der Autor/innen

Die prophylaktische Oxytocin-Gabe (unabhängig von der Dosierung) verringert sowohl eine PPH von mehr als 500 ml als auch den Gebrauch von therapeutischen Uterotonika im Vergleich zu Placebo. Um einen maximalen Nutzen zu erreichen, könnten sich Gesundheitsdienstleister auf der Basis der Subgruppenanalysen bzgl. der beiden

primären Endpunkte dafür entscheiden, die routinemäßige prophylaktische Oxytocin-Gabe als Teil des aktiven Managements der Nachgeburtsphase in der Dosierung von 10 IU als i.v.-Bolus zu implementieren. Sofern eine i.v.-Gabe nicht möglich ist, könnte eine i.m.-Gabe genutzt werden, da für diesen Verabreichungsmodus sowohl ein Nutzen hinsichtlich der Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml, als auch eine Tendenz zum verringerten Gebrauch von therapeutischen Uterotonika gezeigt werden konnte, obwohl dies nicht statistisch signifikant war. Die prophylaktische Gabe von Oxytocin zeigte sich der Gabe von Mutterkorn-alkaloiden zur Vorbeugung einer PPH von mehr als 500 ml überlegen; allerdings blieb dieser Vorteil in der Subgruppenanalyse nicht bestehen, wenn ausschließlich randomisierte Studien mit geringem Risiko für Bias analysiert wurden. Basierend auf diesen Ergebnissen gibt es kaum qualitativ hochwertige Evidenz, die einen Vorteil der prophylaktischen Oxytocin-Gabe gegenüber Mutterkornalkaloiden unterstützt. Jedoch war der Gebrauch von prophylaktischem Oxytocin mit weniger Nebenwirkungen, insbesondere Übelkeit und Erbrechen, verbunden, was Oxytocin zu einer geeigneteren Option für den Routinegebrauch macht, um einer PPH vorzubeugen.

Es gibt keine Evidenz für einen Nutzen der Kombination aus Oxytocin und Ergometrin im Vergleich zur alleinigen Gabe von Mutterkornalkaloiden. Es besteht sogar die Möglichkeit, dass der Schaden durch die Kombination erhöht werden kann, da eine Studie Evidenz aufzeigt, die die Gabe der Kombination verglichen mit Ergotalkaloiden alleine mit einem erhöhten durchschnittlichen Blutverlust assoziierte.

Wichtig ist, dass es keine Evidenz gibt, die darauf hinweist, dass ein erhöhtes Risiko einer Plazentaretention durch eine prophylaktische Oxytocin-Gabe im Vergleich zur Gabe von Placebo oder Ergotalkaloiden besteht.

Zur Verbesserung der Datenqualität werden mehr Placebo-kontrollierte, randomisierte und doppelblinde Studien benötigt, um die effektive Dosierung, den Zeitpunkt und die Verabreichungsform einer prophylaktischen Oxytocingabe zur Vermeidung einer PPH beurteilen zu können. Um die maternale Morbidität und Mortalität weltweit zu senken, werden vor allem, jedoch nicht ausschließlich, weitere Studien aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen benötigt, um diese Interventionen in Geburtszentren zu evaluieren, welche die Hauptlast der PPH tragen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808. pub2

Fortsetzung der Literaturliste von Seite 45

16. Lind B, Hoel T. Alleviation of labor pain in Norway - An interview investigation in 1969 and 1986. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989;68(2):125-29. doi: 10.3109/00016348909009899
17. Mogos FM, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihi HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life.* 2013;8(2):219-50. doi: 10.1007/s11482-012-9188-4
18. Morfeld M, Bullinger M, Nantke J, Brähler E. Die Version 2.0 des SF-36 Health-Survey - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Soz.-Präventivmedizin.* 2005;50(5):292-300. doi: 10.1007/s00038-005-4090-6
19. Morgan B, Bulpitt C, Clifton P, Lewis P. Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet.* 1982;320(8302):808-11. doi: 10.1016/S0140-6736(82)92691-5
20. Radoschewski M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz.* 2000;43(3):165-89. doi: 10.1007/s001030050033
21. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med.* 2009;6(6):1645-67. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x
22. Sayn Wittgenstein F zu, Bauer N, Schäfers R, Kümper J, Foraita R. Hebammenkreißaal: Chance für Veränderungen. *Deutsche Hebammenzeitschrift.* 2011;12(1):26-8.
23. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82:834-840.
24. Schytt E. *Women's health after childbirth.* Stockholm: Universitetsservice US; 2006.
25. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG.* 2005;112(2):210-17. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x
26. Schytt E, Waldenström U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health.* 2007;16(3):390-405. doi: 10.1089/jwh.2006.0030
27. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M, Kehl S. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J of obstet gynecol reprod biol.* 2013;170(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
28. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, Surbek D, Bitzer J. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006;27(4):211-24. doi: 10.1080/01674820600804276
29. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr.068 vom 18.02.2011 - Schulische und berufliche Qualifikation junger Mütter; 2011. Verfügbar unter: <http://www.schattenblick.de/infopool/politik/bildung/pbsta456.html> [Zugriff 10.09.2015]
30. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9(4). doi: 10.1186/1471-2393-9-4
31. *Verbund Hebammenforschung. Handbuch Hebammenkreißaal - Vom Konzept zur Umsetzung.* Osnabrück: Eigenverlag; 2007.
32. Waldenström U. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery.* 1998;14(4):207-13. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90092-4
33. Waldenström U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth.* 2003;30(4):248-54. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x
34. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
35. Waldenström U, Nilsson C. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(7):547-54. doi: 10.3109/00016349409006271