Inwiefern kann die Nahttechnik die Komplikationsrate der mediolateralen Episiotomie beeinflussen?

W.		Stummvoll
A.		Prestel
L.		Wiebogen
F.		Nagl

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (Leiter: Prim. Dr. F. Nagl) Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis

OA Dr. W. Stummvoll, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Schlossberg 1, A-4910 Ried/Innkreis (Österreich)

Bei der mediolateralen Episiotomie handelt es sich zweifellos um die häufigste geburtshilfliche Operation. An unserer Abteilung kam es zu einer Zunahme an Episiotomien von 42,81 % im Jahre 1975 auf 70,66 % im Jahre 1981. Ursache ist ein Wandel in der Indikationsstellung, da in letzter Zeit eine Episiotomie zunehmend zur Verkürzung der aktiven Pressphase durchgeführt wurde, da eine protrahierte aktive Pressphase eine häufige Ursache schwerer Neugeborenenazidosen darstellt.

Die Häufigkeit der Episiotomie nach Parität aufgeschlüsselt zeigt Episiotomien bei 89,89% aller I-Paren, 59,20% der II-Paren, 33,67% der III-Paren und 16,03% der IV- und Mehrparen.

Anfang Juli 1978 wurde die von Käser und Herbst [1] beschriebene intrakutane Nahttechnik mittels fortlaufender Nähte eingeführt und in der Folge bei allen Episiotomien angewandt. Dazu haben uns besonders die positiven Äusserungen von Seiten der Patientinnen bezüglich subjektiv verringerter Beschwerden bewogen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Komplikationsrate zu überprüfen.

Die Nahttechnik ist bei Käser und Herbst [1] beschrieben und wird anhand einer Serie von Operationsphotos demonstriert.

Zur Überprüfung der Komplikationsrate wurden 1132 Fälle mit herkömmlicher Naht 2296 Fällen mit Intrakutannaht gegenübergestellt. Es zeigte sich eine statistisch hoch-signifikante ($p < 0,001$) Abnahme der konservativ behandelten Heilungsstörungen von 11,39% auf 4,88%. Eine Sekundärnaht war in beiden Gruppen je 1mal erforderlich. Die Rate der Nachblutungen aus der Episiotomiewunde war in der Gruppe mit fortlaufender Nahttechnik leicht, aber statistisch nicht signifikant erhöht (siehe auch Tabelle I).

Als Vorteile der intrakutanen Nahttechnik möchten wir die spannungsfreie Adaptation, die Vermeidung von Eintrittspforten für Keime und die damit geringere Rate an Heilungsstörungen nennen. Die Narbenbildung wird zarter, eine Fadenentfernung ist nicht nötig, und es gibt subjektiv weniger Beschwerden bei den Patientinnen.

Als Nachteile seien ein grösserer operationstechnischer Aufwand und ein möglicherweise damit verbundener grösserer Zeitaufwand genannt. Die Erhöhung der Nachblutungen von 1 Fall in der Gruppe A auf 5 Fälle in der Gruppe B beträgt etwa das Doppelte und ist statistisch nicht signifikant ($p = 0,39$). Die Vorteile überwiegen nach unserer Ansicht bei weitem, so dass wir die fortlaufende Intrakutannaht bei der Versorgung der Episiotomie nicht mehr missen möchten.

Tabelle I. Komplikationen der mediolateralen Episiotomie

Gruppe A: herkömmliche Nahttechnik, n = 1132 (bis 30.6.78); Gruppe B: Intrakutannaht, n = 2296 (30.6.1978 bis 31.12.1981).

Literatur

1 Käser, O.: Herbst, S.: in Gynäkologie und Geburtshilfe: Grundlagen, Pathologie, Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Band II, Teil 2, pp. 12.74–12.75 (Thieme, Stuttgart).

Gynäk. Rdsch. 22: suppl. 1, pp. 42–44 (1982)

Ein gebogener Glasstab für die konservative Operation der Tubargravidität

A. Beck, R. Spornol

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen des Hanusch-Krankenhauses (Vorstand: Doz. Dr. A. Beck) und der II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. W. Janisch), Wien

Unter konservativer Operation oder besser gesagt einer konservierenden Operation versteht man jede Operationsmethode

die sich die Erhaltung der Tube als Ziel setzt. Dieses operative Vorgehen geschieht mit folgender Absicht: