Erfahrungsbericht über die Anwendung von Stützpressaren als «unblutige Cerclage-Operationen» bei Zervixinsuffizienz

B.		Hamann
A.		Jorde
Ch.		Löffler

Aus der Frauenklinik des Städt. Klinikum Berlin-Buch Direktor: OMR Prof. Dr. med. habil. *H. Pockrandt* und der Frauenklinik der Medizinischen Akademie Dresden Direktor: OMR Prof. Dr. sc. med. *B. Sarembe*

Anschrift des Verfassers: Dr. sc. med. Bernd Hamann, Oberarzt der Frauenklinik, Wiltbergstraße 50, DDR-1115 Berlin

Die zunehmende Anwendung moderner Überwachungsmethoden hat in der Geburtsmedizin zu einem schrittweisen Rückgang der perinatalen Morbidität und Mortalität geführt.

Der Anteil unreifer bzw. untergewichtiger Neugeborener beträgt in der DDR 6–7% aller Geburten, beeinflusst aber zu 60–80% die perinatale Mortalität!

Die Lösung des Frühgeburtenproblems ist deshalb zur Hauptaufgabe der Perinatologie geworden. Hier liegen wesentliche Reserven zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit. Gefährdete Schwangere können durch die Beachtung der Risikofaktoren aus der Anamnese, dem Sozialstatus und dem bisherigen Schwangerschaftsverlauf rechtzeitig erkannt und somit einer besonders intensiven Betreuung unterzogen werden. Die Therapie bei Zervixinsuffizienz bestand neben Bettruhe und evtl. Tokolyse in der Zerklageoperation. Folgende Komplikationen sind bei den verschiedenen Operationsmethoden beschrieben worden:

Durchschneiden der Muttermundslippen,

vorzeitiger Blasensprung,

Zervixnarben mit daraus resultierender Erschwerung bzw. Verhinderung der Muttermundsöffnung unter der Geburt,

Blutungen,

Blasenverletzungen,

Uterusruptur und Sepsis mit sekundärer Sterilität.

Das von uns entwickelte und als Patent anerkannte Stützpressar verhindert beschriebene Komplikationen. Die Stützpressare werden in 3 Größen (60, 75 und 85 mm Breite) und je zwei unterschiedlich großen Mittelbohrungen, die zur Aufnahme der Zervix uteri dienen, geliefert.

Der Wirkungsmechanismus der Stützpressare setzt sich aus folgendem zusammen:

bandartiger Verschluss der Zervix,

Formierung bzw. Neuformierung der verkürzten und z. T. geöffneten Zervix,

Freie Vorträge

125

Entlastung der Zervix durch breites Abstützen des Pessars auf dem Beckenboden,

Sakralisation der Zervix durch versetzte mittl. Lochbohrung im Pessar,

Verlagerung des intrauterinen Druckes auf die Uterusvorderwand infolge dorso-ventraler Pessarschrägstellung und Sakralisation der Zervix uteri.

Die Stütz pessare können ab der 24. SSW bei leichter bis mittelschwerer Zervixinsuffizienz allein oder bei schwerer Zervixinsuffizienz in Kombination mit der Zerk lage eingelegt werden. Kontraindikationen zur Stütz pessaranwendung gibt es keine. Eine Kolpitis sollte vor der Einlage saniert werden.

Bei 7.171 analysierten Schwangerschaftsverläufen kamen in 10,8% zervixstabilisierende Maßnahmen zur Anwendung, z. B. 8,2% Stütz pessartherapie, 1,7% Zerk lageoperationen, 0,9% Operation und gleichzeitige Stütz pessareinlage.

Der Hauptanwendungsbeginn der Stütz pessartherapie lag zwischen der 28. und 31. SSW. Die Rate ausgetragener normgewichtiger Kinder beträgt bei Stütz pessartherapie 90,4%, nach Zerk lageoperationen 59,3% und bei kombinierter Behandlung Operation und Stütz pessar 82,5%. Der günstige Einfluß einer zusätzlichen Stütz pessarbehandlung nach Zerk lageoperation ist aus der signifikanten Erhöhung der Rate reif geborener Kinder ersichtlich.

Bei der Analyse der untergewichtigen Neugeborenen bestätigt sich auch der positive Einfluß der Stütz pessartherapie durch eine Verschiebung der untergewichtigen Neugeborenen in eine höhere Gewichtsgruppe.

Die Stütz pessare werden die Zervixverschlußoperationen nicht vollkommen ablösen, sondern ihre Anzahl reduzieren und ihre Effektivität erhöhen.

Gynäk. Rdsch. 24: suppl. 2, pp. 125–128 (1984)

Klinische Aspekte des Intrauterin pessars

W. Moser, E. Golob

LKH Steyr, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe (Vorstand: Prof. Dr. E. Golob)

Wenn heute weltweit etwa 55–60 Mill. Frauen ein IUP zur Empfängnisverhütung verwenden so sind auch eventuell mit dieser Methode verbundene Komplikationen in größerer Zahl zu erwarten.

Anhand der stationären Aufnahmen der letzten 5 Jahre an unserer Abteilung haben wir versucht einen Überblick über Art und Häufigkeit schwerer IUP-bedingter Komplikationen zu gewinnen.