Das Stütz pessar – eine Therapiemöglichkeit bei vorzeitiger Eröffnung des Verschlussapparates

F.		Girardi
H.O.		Mayer
H.		Sperger
J.		Haas

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. F. Girardi, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8026 Graz (Österreich)

Eine vorzeitige Eröffnung des Muttermundes tritt bei Cervixinsuffizienz oder infolge vorzeitiger Wehentätigkeit auf. Zur Behandlung der vorzeitigen Wehentätigkeit haben sich die Betasympathomimetica einen festen Platz verschafft. Zur Behandlung der Cervixinsuffizienz bieten sich mehrere Methoden der Cerclage an. Dennoch ist die vorzeitige Eröffnung des Verschlussapparates in vielen Fällen ein ungelöstes Problem, vor allem wegen der Nebenwirkungen der erwähnten Therapiemöglichkeiten.

1984 wurde von Hamann, Berlin, das Stütz pessar zur Behandlung der vorzeitigen Eröffnung des Verschlussapparates vorgestellt [1].

37 F»LLE

VOR LEGEN DES StütZPESSARS < ¾ V&R EfJT FERNUNG DES StütZPESSARS NACH EliT FERNUNG DES StUTZPESSARS

i¾JT TERMUNDSWEITE

Postio erhalten

o β

Portio

AUFSEBRAUCHT

FINGERKUPPE

2 CM

Abb. 1. Klinische Befunde vor, während und nach Stütz pessar.

Freie Vorträge, Geburtshilfe 237

Tabelle I. Perinat. Daten bei Cerclage, Tokolyse und Stütz pessar

	durchschnittliche Tragzeit (Tage)	durchschnittliches Geburtsgewicht (g)	Frühgeburten-rate
--	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------

Cerclage	258 (189–290)	2787 (1100–4100)	23,3%
----------	---------------	------------------	-------

Tokolyse	251	2606	33,5%
----------	-----	------	-------

(189–294) (970–4300)
Stützpeßsar 265 3025 13,5%
(219–289) (1920–4000)

An der Frauenklinik Graz wurden im Zeitraum von 10 Monaten bei 37 Schwangeren mit Veränderungen am Verschlußapparat zwischen der 24. und 35. Schwangerschaftswoche ein Stützpeßsar gelegt. Das Stützpeßsar läßt sich mit einiger Übung leicht in die Vagina einführen und so in Position bringen, daß die Portio in der Mittelbohrung zu liegen kommt. Verschiedene Größen stehen zur Verfügung; je nach anatomischer Gegebenheit wird ein kleineres, mittleres oder großes Modell gewählt.

Veränderungen am Verschlußapparat wurden nach den in Abb. 1 aufgelisteten Portio-bzw. Muttermundsbefunden ermittelt und zu drei Zeitpunkten miteinander verglichen: vor dem Legen, vor Entfernung und nach Entfernung des Stützpeßsars. Das Stützpeßsar blieb durchschnittlich 41,5 Tage liegen und wurde durchschnittlich in der 37. Schwangerschaftswoche entfernt. Die Ergebnisse in Hinblick auf Tragzeit und Geburtsgewicht der Kinder wurde geprüft und mit 2 Kontrollgruppen verglichen. In der ersten Kontrollgruppe erfolgte die Behandlung ausschließlich durch Tokolyse, in der 2. Kontrollgruppe wurde zwischen der 14. und 27.

Schwangerschaftswoche eine prophylaktische oder therapeutische Cerclage und bei Bedarf auch eine parenterale oder orale Tokolyse durchgeführt. Die Veränderungen am Verschlußapparat wurden durch das Stützpeßsar im Sinne einer Formierung der Portio beeinflußt (Abb. 1).

Durch das Einlegen des Stützpeßsars wurde durch statistisch signifikante Verlängerung der Tragzeit das durchschnittliche Geburtsgewicht der Kinder erhöht und somit die Frühgeburtenrate gesenkt ($p = < 0,05$) (Tabelle I). Als einzige Nebenwirkung trat bei 26 Fällen (73%) ein unspezifischer Fluor auf, der aber nur in 6 Fällen (23%) als störend empfunden wurde. In einem Fall wurden Sproßpilze nachgewiesen, in zwei Fällen erzwang übelriechender Fluor die Entfernung des Peßsars, davon wurde in einem Fall das vorzeitig entfernte Peßsar durch ein kleineres Modell ersetzt, das dann gut vertragen wurde. In einem weiteren Fall kam es zum vorzeitigen Blasensprung mit nachfolgender Frühgeburt in der 33. Schwangerschaftswoche. Eine Kontraindikation gegen das Einlegen eines Stützpeßsars ist nicht bekannt.

Literatur

1 Hamann

B.; Jorde

A.; Löffler

Ch.: Erfahrungsbericht über die Anwendung von Stützpeßsaren als unblutige Cerclageoperationen bei Cervixinsuffizienz. Gynäk. Rdsch. 24: suppl. 2 pp. 124–125 (1984).