Ist die innere Peritonealisierung nach Sectio caesarea erforderlich?

Ergebnis einer randomisierten Studie.

M.		Lange
J.		Schmidt
S.		Tatschl
U.		Denison
H.		Salzer

Gynäkol. geburtsh. Abt. Wilhelminenspital, Wien (Vorst.: Univ.-Prof. Dr. H. Salzer)

Ass. Dr. M. Lange, Wilhelminenspital der Stadt Wien, Gynäkol. geburtsh. Abt., Montleartstraße 37, A-1160 Wien

Ausgehend von der Erfahrung, daß keine Zunahme der un-mittelbaren postoperativen Komplikationen zu erkennen ist, wenn man bei der abdominalen Hysterektomie auf den Verschluß des Peritoneum viscerales verzichtet, haben wir bei der Sectio caesarea intraperitonealis supracervicalis einen prospektiv randomisierten Vergleich vorgenommen. An geraden Tagen wurde auf den Verschluß des Peritoneum viscerales verzichtet, ein Silikondrain Char-riere 16 im Bereich der Wundhöhle eingelegt, seitlich von der Operationswunde herausgeleitet und mit einer nicht resorbierbaren Naht (2/0 Vicryl®) an der Haut befestigt. An ungeraden Tagen führten wir die Naht des Peritoneum viscerales durch Z-Nähte oder fortlaufend mit resorbierbarem Nahtmaterial der Stärke 2/0 (Vicryl®) durch. Zwei Patientinnen wurden vom Vergleich ausgeschlossen, sodaß im Beobachtungsraum 2. Juni 1992 bis 10. Mai 1993 59 peritonealisierte mit 56 nicht peritonealisierten Patientinnen post sectionem verglichen werden (Sectiofrequenz: 9,65%). Alle Patientinnen erhielten intraoperativ prophylaktisch einmalig 2 g Ceftriaxon.

Bei den intra- und postoperativen Komplikationen fällt 6 mal eine Infiltration der Redonstelle in der Gruppe der nicht peritonealisierten Patientinnen auf. Zwei kulturell nachgewiesene Harnwegsinfekte mit mehr als 10⁶ pathogenen Keimen in der Gruppe der nicht peritonealisierten Patientinnen erforderten eine antimikrobielle Therapie mit Amoxicillin. In der Gruppe der peritonealisierten Patientinnen überwogen die Fälle von postoperativer Darmatonie und konsekutiver Therapie mit Anticholinergica (4 vs. 2). Teilen wir die Patientinnen aufgrund der postoperativen Anämie ein – wir unterteilten nach dem Parameter Hämoglobin über 12 g/dl, 12–10 g/dl, 10–8 g/dl, unter 8 g/dl – so fällt auf, daß die nicht peritonealisierten Patientinnen in der Gruppe mit besseren Hämoglobinwerten deutlich überwiegen. Schließlich wiesen mehr peritonealisierte Patientinnen am ersten postoperativen Tag Fieber über 38 Grad C auf (4 vs. 1). Hinsichtlich der Dauer des stationären Aufenthaltes kann man eine leichte Überlegenheit der nicht peritonealisierten Patientinnen bei den kürzeren Aufenthalten 8 und 9 Tage erkennen. Schneller ist die Involution des Uterus bei den nicht peritonealisierten Patientinnen mit Fundusständen N/4 (29,3%) und N/S (10,3%), während die peritonealisierten Patientinnen am 5. postoperativen Tag in über V3 der Fälle eine langsamere Involution zeigten (N/1 5,4%, N/2 32,1%). Zum Entlassungstag finden sich keine

Unterschiede bezüglich Involution zwischen bei-den Kollektiven. Finden sich also Trends zugunsten der nicht peritonealisierten Patientinnen bei postoperativem Fieber und bei postoperativer Involution, so ist festzuhalten, daß in der vor-liegenden Untersuchung kein statistisch signifikanter Unterschied (chi-Quadrat nach Pearson) bezüglich postoperativer Morbidität eingetreten ist, wenn man das Blasenperitoneum verschlossen hat oder wenn man auf den Verschluß des Peritoneum viscerales verzichtet hat. Auch keine der bisher vorliegenden Studien (1–3) zur Peritonealisierung bei Sectio caesarea verzeichnete ein Ansteigen der postoperativen Morbidität bei Nichtverschließen des Peritoneums. Es ist damit möglich, auf den Verschluß des Peritoneum viscerales zu verzichten, ohne schlechtere Ergebnisse hinsichtlich des postoperativen febrilen Verlaufes und hinsichtlich Infektionen des Wundgebietes zu verzeichnen. Auch eine verzögerte Wiederher-stellung der Darmfunktion wurde nicht beobachtet.

1 Hull Hb, Varner MW: A randomized study of 3 Jacobson JD, Gregerson GN. Valenzuela GJ: Literatur

closure of the peritoneum at cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 1991; 77: 818–821.

Pietrantonio M, Parsons MT, O'Brien WF. Collins E. Knuppel RA, Spellacy WN: Peritoneal closure or non-closure at cesarean. *Obstetrics and Gynecology* 1991; 77: 293–296.

Does nonclosure of bladder flap at cesarean section decrease fluid collection and infectious morbidity? *Am Journal of Obstet and Gyn* 1992; 166: 409.