Episiotomie – median und restriktiv

Erfahrungen bei 3700 Geburten

H.		Gründling
G.		Schönauer
E.		Golob

Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH Steyr (Vorst.: Prim. Prof. E. Golob)

Dr. H. Gründling, Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH, Sierninger Straße 170. A-4400 Steyr

Während in den USA die mediane Episiotomie (E.) schon seit langem etabliert ist, bevorzugen die Europäer und insbesondere die österreichischen Geburtshelfer die mediolaterale Schnittführung [1, 4, 11]. Begründet wird dieses Vorgehen mit der Tatsache, daß Dammrisse III. Grades seltener vorkommen und der Schnitt jeder-zeit erweitert werden kann. Viele Hebammen wurden durch die ne-gativen Reaktionen („Katastrophe“) auf einen kompletten Damm-riß sensibilisiert, sodaß aufgrund dieser ängstlichen Abwehrhaltung die mediane E. verpönt war. Bei den Gebärenden selbst ist die Furcht vor einem Schnitt offenkundig, besonders dann, wenn bereits negative Erfahrungen wegen schlechter Heilung und lang-anhaltenden Beschwerden vorliegen. Der medizinische Nachweis einer Deszensusprophylaxe durch die E. konnte nicht erbracht werden [2, 3, 6, 8],

Aufgrund der sowohl bei den Frauen als auch in der Literatur zunehmenden Kritik an der mediolateralen E. [4, 11] wird seit etwa 3 Jahren an unserer Abteilung nach Möglichkeit auf einen Damm-schnitt verzichtet bzw. falls notwendig, dieser median ausgeführt. Eine mediolaterale E. führten wir nur bei bereits vorhandener Narbe oder einer operativen vaginalen Entbindung durch. Inwieweit bei den Wöchnerinnen eine verbesserte Akzeptanz, eine raschere Heilungstendenz und geringere Komplikationsrate erreicht werden konnte, soil diese Studie zeigen. Außerdem wurden die Spätresultate beim kompletten Dammriß untersucht.

Patientinnen und Methode

Vom 1.1. 1989 bis 31. 12. 1993 erfolgten an unserer Abteilung insgesamt 7581 Geburten. Die ersten beiden Jahre wurden als Vergleichskollektiv herangezogen. Ab 1. August 1991 (3695 Geburten) wurde das o. a. Vorgehen konsequent angewandt. Diese Geburten wurden hinsichtlich E. und Dammrisse retrospektiv analysiert. Zu-sätzlich erfolgte eine Befragung von 186 Wöchnerinnen über ihre Beschwerden während der ersten 5 Tage nach der Geburt. Die Hälfte der befragten Frauen konnten auch über ihre Erfahrungen aufgrund einer früheren E. oder eines Dammrisses berichten. Eben-falls wurden 102 Frauen mit Zustand nach Sphinkterläsion zu einer klinischen Nachuntersuchung eingeladen. Zwei Drittel erschienen persönlich, weitere 20 % gaben telefonisch Auskunft über ihr Be-finden.

Ergebnisse

Die Auswertung von knapp 3400 vaginalen Entbindungen zeigte zu etwa je einem Drittel eine E., einen Dammriß und einen unverletzten Damm. Mediane und mediolaterale E. (bei Pluripara) wurden etwa gleich häufig durchgeführt. 1993 erfolgte nur mehr in einem Viertel aller vaginalen Entbindungen ein

Dammschnitt. Verglichen mit den Geburten Ende der 80er Jahre konnte die Episiotomierate um mehr als die Hälfte reduziert und außerdem doppelt so oft ein unverletzter Damm erzielt werden (Tab. 1). Durch die Umstellung auf einen medianen Dammschnitt waren 5mal mehr Sphinkterläsionen zu verzeichnen. 1993 zeigte jede 50. Geburt diese Komplikation. Allerdings sind hier auch partielle Einrisse mitgezählt, die von einigen Autoren noch zu den zweit-gradigen Dammrissen gezählt werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Sphinkterläsion (partiell oder total) betrug bei der medianen E. 14%. bei der mediolateralen 2% und ohne Schnitt knapp 1 %. Aufgrund der zunehmenden Erfahrung (inkl. Dammschutz) trat ein kompletter Sphinkterriß 1993 bei der medianen E. in 5,7 % und bei der mediolateralen in 1,2% auf. Das Risiko auf eine Sphinkterläsion ist bei Erstgebärenden 6mal, bei Kindesgewicht über 4000 g 4mal und bei einem Kopfumfang ab 36 cm 2mal höher als im Vergleichskollektiv. Allerdings unterscheiden sich die Mittelwerte von Kopfumfang und Körpergewicht nur so minimal, daß daraus keine prophylaktischen Konsequenzen gezogen werden können.

Bei der Wochenbettbefragung konnten etwa 100 Frauen bereits über Erfahrungen mit einem früheren Dammschnitt bzw. Dammriß berichten. Dabei gab jede 10. Frau monatelange Narbenschmerzen und jede 5. Frau (!) Dyspareunie an. Besonders beachtenswert ist die Rate der persistierenden Beschwerden: 5 % Dyspareunie, 7 % Harninkontinenz, 3 % Narbenschmerz. Im aktuellen Wochenbett (Tab. 2) gab es zwischen medianer und mediolateraler E. hinsichtlich Schmerzen nur wenig Unterschiede. Dies mag möglicherweise durch eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit Erstgebärender und den kurzen Beobachtungszeitraum (5 Tage) verursacht sein.

Zwei Drittel aller Frauen mit E. gaben zumindest kurzzeitige Schmerzen an, und zwar vor allem beim Sitzen, weniger beim Gehen und noch weniger im Liegen. Frauen nach einer medianen E. klagten vor allem beim Sitzen, während bei der mediolateralen E. Schwellung und Beschwerden beim Gehen im Vordergrund standen. Weniger Schmerzen hatten Frauen nach einem Dammriß. Nur ein Drittel verlangte zumindest einmal ein Analgetikum. Demgegenüber klagten nach einem Dammschnitt 5mal mehr Frauen über starke Schmerzen beim Sitzen und gaben doppelt so viele eine Schwellung an. Kurzzeitige Flatus-Inkontinenz wurde auch bei erstgradigen Dammrissen

Tabelle 2. Wochenbettbefragung Episiotomie -Dammriß (in Prozent):

Episiotomie	Dammriß
Schmerzen im Liegen	
53	35
Schmerzen im Sitzen	
81	
82	
Schmerzen beim Gehen	
61	54
Analgetika	
45	
37	
Schwellung	
37	18

findlichkeit Erstgebärender und den kurzen Beobachtungszeitraum (5 Tage) verursacht sein.

Zwei Drittel aller Frauen mit E. gaben zumindest kurzzeitige Schmerzen an, und zwar vor allem beim Sitzen, weniger beim Gehen und noch weniger im Liegen. Frauen nach einer medianen E. klagten vor allem beim Sitzen, während bei der mediolateralen E. Schwellung und Beschwerden beim Gehen im Vordergrund standen. Weniger Schmerzen hatten Frauen nach einem Dammriß. Nur ein Drittel verlangte zumindest einmal ein Analgetikum. Demgegenüber klagten nach einem Dammschnitt 5mal mehr Frauen über starke Schmerzen beim Sitzen und gaben doppelt so viele eine Schwellung an. Kurzzeitige Flatus-Inkontinenz wurde auch bei erstgradigen Dammrissen

und auch bei der mediolateralen E. vermutlich als Ausdruck einer Nervenläsion verzeichnet [5, 6].

Bei der Nachuntersuchung der Sphinkterrisse gaben etwa 2/3 der Befragten postpartale Schmerzen mit Analgetikagebrauch in der 1. Woche an. Weiters wurden Schmerzen beim Stuhlgang und beim Verkehr von einem Drittel beklagt. Eine passagere Inkontinenz von Flatus berichteten 7% und von Stuhl 2%. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung fand sich keine Inkontinenz, keine Fistel und der Lokalbefund war bei 98% optimal. Gelegentliche Narbenschmerzen gaben 1 % und Dyspareunie 6 % an. Befragt nach der Zufriedenheit mit unserem Vorgehen antworteten 98 % mit sehr gut, 2 % mit mäßig. Keine einzige Frau war trotz Sphinkterriß un-

zufrieden. Aufgrund dieser Ergebnisse stellt eine Sphinkterläsion keine Katastrophe dar.

Diskussion

Durch unser Vorgehen konnten einerseits viele unnötige Damm-schnitte vermieden werden, andererseits stieg naturgemäß die Zahl der Dammrisse an. Allerdings blieb in mehr als einem Drittel der Damm überhaupt unverletzt. Das Wohlbefinden nach einem Dammriß war deutlich besser als nach einer E. Die Sphinkterläsionen stiegen auf das Fünffache an, zeigten allerdings keine Spätkomplikationen wie anorektale Inkontinenz oder Fistel. Auf eine besondere postpartale Pflege nach komplettem Dammriß wurde verzichtet und zeigte auch keine Nachteile. Durch die häufigeren Sphinkterverletzungen konnte die Nahttechnik perfektioniert werden und spiegelt sich in den guten Ergebnissen wider. Aufgrund der Prädisposition der medianen Episiotomie zum Sphinkterriß wurde die Indikation dazu zunehmend restriktiver gestellt [9, 10]. Eine medio-laterale Episiotomie ist nur bei operativen Entbindungen, sehr großen Kindern oder bereits vorhandener Narbe angezeigt. Die Zufriedenheit der Frauen selbst nach einer Sphinkterläsion bestätigt unser Vorgehen, sodaß eine Weiterführung gerechtfertigt ist. Auch unsere Hebammen zeigen sich nach anfänglicher Skepsis vom restriktiven Vorgehen überzeugt und profitieren von der gleichzeitigen Aufwertung ihrer Dammschutzkunst.

Literatur

Hirsch HA: Episiotomie und Dammriß. Stuttgart, Thieme, 1989. Spornol R, Bernaschek G, Schaller A: De-szensus nach Episiotomie. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1983; 43: 37-39. Spornol R, Bernaschek G, Schaller A: Entstehungsursachen des Deszensus. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1983; 43: 33-36. Rageth JC, Buerklen A, Hirsch HA: Spät-komplikationen nach Episiotomie. Z. Geburtsh. u. Perinat. 1989; 193: 233-237.

Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Chir M, Thomas JM. Bartram CI: Anal-sphincter disruption during vaginal delivery: N Engl J Med 1993;329: 1905-1911.

Gordon H, Logue M: Perineal muscle function after childbirth. Lancet 1985; 2/8447: 123-125.

Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E: Episiotomy and third-degree tears. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92: 820-823. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW: Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 770-779.

Thorp JM, Bowes WA, Brame RG, Cefalo RC: Selected use of midline episiotomy: Effect on perineal trauma. Obstet Gynecol 1987; 70: 260-262.

Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC: Midline Episiotomy: More harm than good? Obstet. Gynecol 1990;75:765-770.

Hirsch HA: Pro und kontra Episiotomie. Gynäkologe 1991; 24: 1-2.