

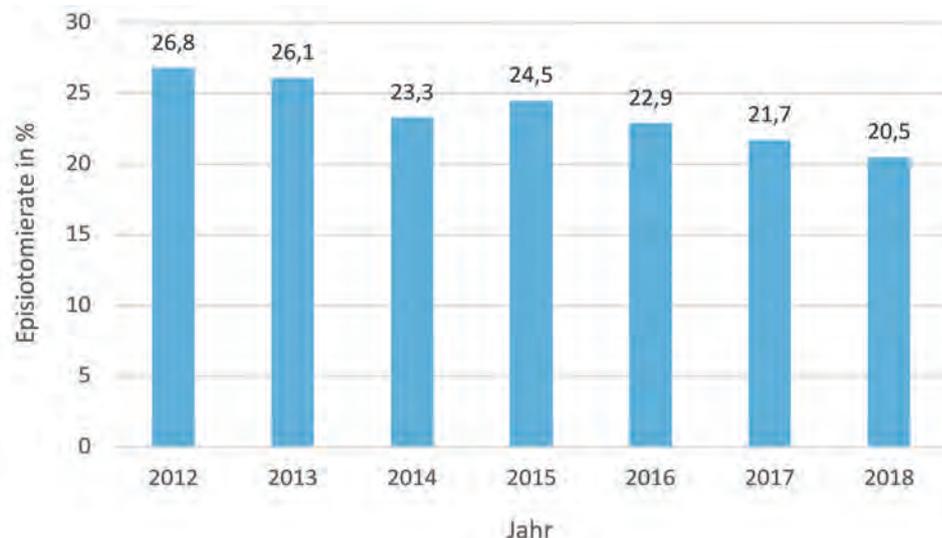
Die Episiotomie – noch zeitgemäß?

T. Sonnenburg¹, N. Uhlig¹, U. Köhler¹

Die Episiotomie, auch Dammschnitt genannt, beschreibt eine geburtshilfliche Maßnahme, bei der durch Einschneiden von Haut und Muskulatur des Perineums der Scheidenausgang erweitert werden soll. Erstmals durchgeführt im Jahre 1741 [1] ist die Episiotomie heute einer der am häufigsten durchgeführten geburtshilflichen Eingriffe. Wurde anfänglich noch bei nahezu allen Geburten eine routinemäßige Episiotomie durchgeführt, liegt die Episiotomierate in Sachsen bei vaginalen Entbindungen aktuell bei 20,5 Prozent mit abnehmendem Trend (vgl. Grafik 1). In unserer Klinik kommt die Episiotomie nur bei strenger Indikationsstellung zum Einsatz. Die Dammschnitt-rate betrug im vergangenen Jahr 16 Prozent, mit weiter fallender Tendenz. In einigen Kliniken anderer Bundesländer konnte sogar eine Episiotomierate von 2,3 Prozent, ohne Zunahme schwerwiegender perinealer Verletzungen, erreicht werden [2].

Indikation

Strenge Kriterien zur Indikation einer Episiotomie existieren nicht. Sie obliegt der individuellen Einschätzung des Geburtshelfers. Jedoch wird häufig ein Dammschnitt durchgeführt, um bei akutem oder drohendem fetalen Distress die Austreibungsphase abzukürzen. Weiterhin kann eine Episiotomie bei erwartetem vergrößerten Durchtrittsplanum erwogen werden. Bei vaginal-operativer Geburtsbeendigung kann der Dammschnitt eingesetzt werden, ist jedoch keinesfalls routinemäßig indiziert. Ebenso wenig sollte er bei zu erwartender Frühgeburtlichkeit routinemäßig eingesetzt werden, da sich kein positiver Effekt auf die postpart-



Grafik 1: Episiotomieraten der vaginal entbundenen Schwangeren anhand der Perinatalerhebung Sachsens
Quelle: www.slaek.de

tale neonatale Mortalität und periventrikuläre Hämorrhagien zeigt [3, 4]. Schließlich kann die Episiotomie bei notwendiger Manualhilfe zur Therapie einer Schulterdystokie erwogen werden. Durch Anlage eines Dammschnittes kann die Schulterdystokie jedoch nicht verhindert werden [5]. Ebenso können durch die Episiotomie höhergradige Dammsrisse nicht vermieden werden [6, 7]. Bei medianer Schnittführung ist das Risiko für diese (Dammsrisse III. und IV. Grades) sogar erhöht [7, 8].

Durchführung

Die Anlage der Episiotomie soll beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes, also Sichtbarwerden des kindlichen Kopfes innerhalb und außerhalb der Wehe, stattfinden.

Hier zeigen sich ein geringes vaginales Trauma, eine kürzere Schnittlänge und weniger Blutverlust im Vergleich zu einer früheren Durchführung [9]. Nur bei schwerwiegender Pathologie kann eine frühzeitige Anlage erwogen werden. Weiterhin soll die Episiotomie, für eine möglichst schmerzarme Durchführung, innerhalb der Wehe geschnitten werden. Wünschenswert ist die

vorherige Anlage einer Regionalanästhesie (zum Beispiel Lokalanästhesie, Pudendusblock, Periduralanästhesie), welche in akuten Risikosituationen jedoch nicht immer erfolgen kann.

Die Episiotomie kann auf sieben verschiedene Arten erfolgen, wobei am häufigsten die mediane, mediolaterale und laterale Episiotomie durchgeführt werden [10].

Empfohlen wird insbesondere die mediolaterale Schnittführung. Hierbei wird mit der Schere die Haut des Perineums sowie der Musculi transversus perinei superficialis und bulbospongiosus beginnend in der Mitte der hinteren Scheidenkommissur, in einem 60°-Winkel in Richtung Tuber ischiadicum inzidiert. Vorteilhaft gegenüber anderen Schnittführungen sind insbesondere die Möglichkeiten zur Erweiterung des Schnittes und im Vergleich zur medianen Episiotomie, bei welcher mittig von der hinteren Kommissur in Richtung Anus inzidiert wird, geringerem Risiko des Weiterreißen in Richtung des Anus und Ruptur des Muculus spinchter ani [11, 8] (vgl. Abb. 1). Aufgrund des erhöhten Komplikationsrisikos ist die mediane Episiotomie mittlerweile obsolet.

¹ Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Komplikationen

Die Episiotomie geht mit einem erhöhten Blutverlust [12], Risiko für postpartale Hämorrhagien [13], erhöhtem Schmerzmittelbedarf, Wundinfektionen [6] und -heilungsstörungen (zum Beispiel Asymmetrien, Fisteln, Hauttaschen) sowie Nahtdehiszenzen einher [14]. Weiterhin erhöht sich das Risiko, bei der folgenden Spontangeburt, eine Verletzung der Scheide und des Perineums zu erleiden [15]. Langfristig ist die Episiotomie mit einem höheren Risiko für Dyspareunie assoziiert [16]. Im Vergleich zu einer spontanen Ruptur des Dammes kann durch die Anlage einer Episiotomie langfristig keine Reduktion der Inzidenz von Harn- oder fäkaler Inkontinenz, Deszensus genitalis und perinealen Schmerzen erreicht werden [17].

Versorgung

Die Nahtversorgung der Episiotomie erfolgt in der Regel nach abgeschlossener Plazentarperiode und kann durch ausgebildete Hebammen oder Geburtshelfer durchgeführt werden, wobei dies häufiger durch Geburtshelfer geschieht.

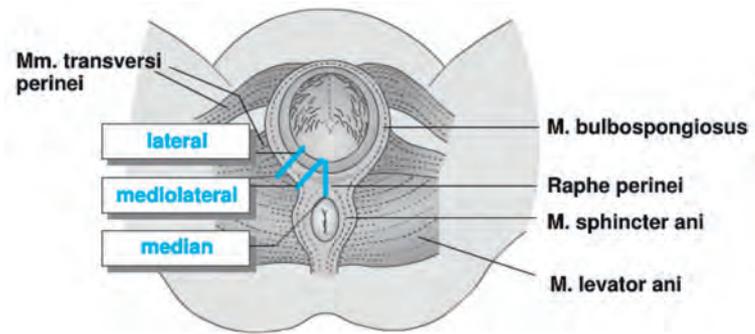


Abb. 1: Techniken der Episiotomie (Goerke, Steller und Valet, 2008, S. 357)

Bevorzugt wird eine fortlaufende Nahttechnik mit resorbierbarem Fadenmaterial gegenüber der Einzelknopfnah. Sie führt zu weniger Schmerzen sowie einem geringeren Schmerzmittelbedarf binnen der ersten zehn Tage post partum. Weiterhin treten weniger Dyspareunien in den ersten drei Monaten post partum auf und es besteht seltener die Notwendigkeit der Nahtmittelentfernung [18]. Die Versorgung der Haut sollte durch intracutane Nähte erfolgen [19].

Zusammenfassung

Die Episiotomie ist ein wichtiges Instrument zur Verkürzung der Austreibungs-

periode und somit Verringerung/Verhinderung von fetalem Distress. Aufgrund möglicher Komplikationen sollte sie jedoch mit Augenmaß und keinesfalls routinemäßig eingesetzt werden. Eine mediolaterale Schnittführung nach vorheriger Anästhesie und Durchschneiden des kindlichen Kopfes wird empfohlen. Die Versorgung sollte in kontinuierlicher Nahttechnik erfolgen. ■

Literatur bei den Autoren

Korrespondierende Autorin:

Tina Sonnenburg

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Klinikum St. Georg gGmbH

Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

E-Mail: tina.sonnenburg@sanktgeorg.de