

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Helmer H, Bachholz G, Bichler A, Frudinger A, Neunteufel W
Tammaa A, Umek W, Wunderlich M

Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 15-15*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Österreich), 15-18*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt

G. Bachholz¹, A. Bichler², A. Frudinger³, H. Helmer⁴,
W. Neunteufel¹, A. Tammaa⁵, W. Umek⁴, M. Wunderlich⁶

Verantwortlich für die Erstellung und das Update:
H. Helmer, W. Umek

Die vorliegende Leitlinie entstand auf Anregung der Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin der Medizinischen Universität Wien in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB). In mehreren Zusammenkünften legten die Autoren besonderen Wert auf Angaben, die auf entsprechender Evidenz basieren und deren Durchführung bei allen Geburten Österreichs möglich sein soll. Die Leitlinie wurde vom Vorstand der AUB approbiert und soll in Folge auch als offizielle Leitlinie der ÖGGG Geltung erlangen.

Zweck der Leitlinie

Höhergradige Dammrisse (Dammriß III. und IV. Grades, DR III/IV) sind die häufigste Ursache für Symptome der analen Inkontinenz und die damit verbundene schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ziel dieser Leitlinie ist es, eine Entscheidungshilfe für Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Patientinnen mit höhergradigen Dammrissen zu geben und so das Risiko für dauerhafte Beschwerden zu minimieren.

1. Epidemiologie

Risikofaktoren für einen höhergradigen Dammriß sind (Reihung nach absteigender Gewichtung):

- Mediane Episiotomie

- Forceps
- Vakuum
- Dauer der Austreibungsperiode über 60 Minuten
- Primiparität
- Okzipitoposteriore Haltung
- Mediollaterale Episiotomie
- Geburtsgewicht > 4 kg
- Geburtseinleitung
- Epiduralanästhesie

Die Häufigkeit von höhergradigen Dammrissen bei allen vaginalen Geburten beträgt etwa 1 %. Die Häufigkeit einer analen Inkontinenz nach höhergradigen Dammrissen liegt zwischen 20 % und 87 % [1–9].

2. Klassifikation

Von einem höhergradigen Dammriß spricht man, wenn *zumindest* der M. sphincter ani externus verletzt ist:

- Dammriß III: Sphinkter verletzt, Rektumwand intakt
- Dammriß IV: Sphinkter verletzt, Rektum eröffnet [10]

¹ A. ö. Krankenhaus der Stadt Dornbirn

² Landeskrankenhaus Bad Ischl

³ Medizinische Universität Graz

⁴ Medizinische Universität Wien

⁵ Wilhelminenspital der Stadt Wien

⁶ Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien

Die folgende Unterteilung des DR III kann hilfreich sein:

- IIIa: Spincter ani externus weniger als 50 % betroffen
- IIIb: Spincter ani externus mehr als 50 % betroffen
- IIIc: Spincter ani externus und internus betroffen [11]

Da der interne Analsphinkter für den Kontinenzmechanismus eine wichtige Rolle spielt, sind seine Identifikation und Versorgung wünschenswert [12].

3. Diagnostik

Nach jeder vaginalen Geburt muß ein Dammriß III/IV zunächst durch sorgfältige Inspektion durch den Geburtshelfer und/oder die Hebamme ausgeschlossen werden. Sollte ein DR III/IV nicht ausgeschlossen werden können, ist ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe beizuziehen, der die Vermutungsdiagnose überprüft, gegebenenfalls eine vorläufige, orientierende Klassifikation (III. oder IV. Grad) durchführt und die weiteren Schritte einleitet.

4. Postpartale Versorgung

Die postpartale Versorgung eines DR III/IV ist in Allgemein- oder Regionalanästhesie zur Erreichung einer maximalen Sphinkterrelaxation durchzuführen. Die Versorgung ist unter aseptischen Verhältnissen im Operationssaal oder einer äquivalenten Einrichtung in Steinschnittlage mit Assistenz, Instrumentaria und entsprechendem Instrumentarium durchzuführen. Im Operationsteam sollte ein Facharzt mit ausreichender Erfahrung zur Verfügung stehen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C). Eine adäquate präoperative, dokumentierte Aufklärung ist durchzuführen. Eine prophylaktische perioperative Antibiotikagabe, entsprechend dem zu erwartenden Keimspektrum, soll verabreicht werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C).

Operative Strategie:

- a) Feststellung zusätzlicher Geburtsverletzungen sowie exakte Klassifikation des Dammrisses mittels Spiegeleinstellung und rektaler Untersuchung.
- b) Gegebenenfalls zuerst Versorgung von Zervix- und hohen Scheidenrissen, von innen nach außen, danach Versorgung des Dammrisses.

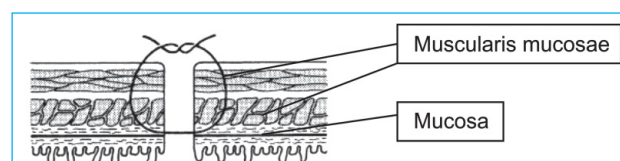
Versorgung eines DR III/IV:

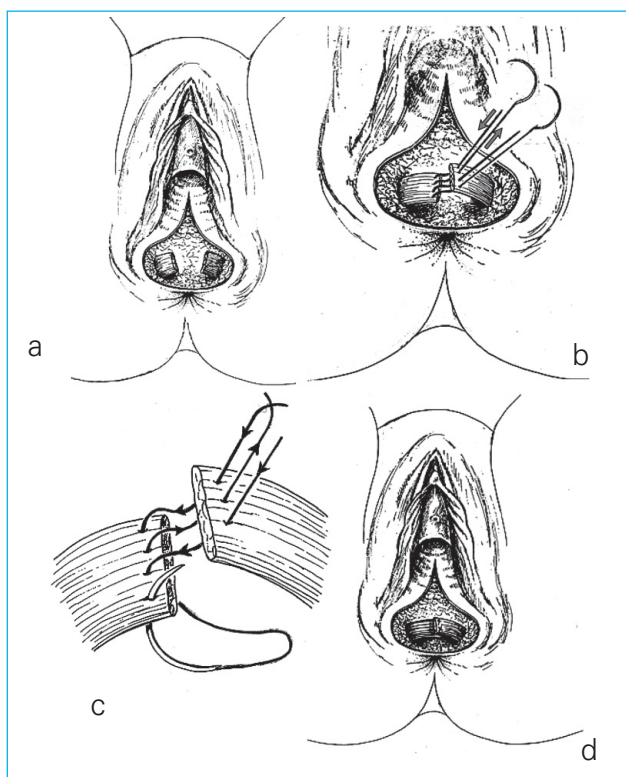
- a) Identifikation der Sphinkterenden und Fassen mit Allis-Klemmen
- b) Gegebenenfalls Rektumnaht (ausschließlich Muscularis mucosae) einreihig, invertierend oder Stoß auf Stoß, mit atraumatischen Einzelknopfnähten, vorzugsweise 3-0 (Abb. 1).
- c) Bei auffindbaren Enden des M. sphinkter ani internus Adaptation derselben mit atraumatischen, U-förmig gestochenen Einzelknopfnähten, vorzugsweise 3-0 [13] (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B).
- d) Naht des M. sphinkter ani externus, End-zu-End oder überlappend, mit atraumatischen Einzelknopfnähten, vorzugsweise 2-0. Rezente Daten sprechen für einen Vorteil der überlappenden Technik [14] (Evidenzlevel Ib, Empfehlungsgrad A) (Abb. 2).
- e) Für die Punkte b) bis d) soll auf nicht-resorbierbares Nahtmaterial verzichtet werden. Es wird die Verwendung von langsam resorbierbarem Nahtmaterial empfohlen. Die Wahl zwischen geflochtenem und monofilem Material bleibt der Präferenz des erfahrenen Operators überlassen [13] (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B).
- f) Schichtweise Versorgung des Dammes
- g) Dokumentation der Geburtsverletzungen und Verfassen eines OP-Berichtes

5. Maßnahmen für das Wochenbett

- **Antibiotika:** Der prophylaktische, intra- und postoperative Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika wird empfohlen. Das gramnegative und anaerobe Keimspektrum soll abgedeckt sein [15] (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C).
- **Laxantien:** Die prophylaktische Gabe von Laktulose reduziert die Schmerzen beim ersten Stuhlgang nach Versorgung eines höhergradigen Dammrisses. Postoperativer Schmerz, Wundinfektionsrate, Kontinenz und Dyspareunie werden durch Laxantiengabe nicht beeinflusst [16] (Evidenzlevel 1b, Empfehlungsgrad A). Darüber hinaus wird die Laxantiengabe empfohlen, um die mechanische Belastung der Naht zu minimieren (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C).

1:
Rektumnaht





2a–d: Bei unkompliziertem Heilungsverlauf im Wochenbett ist von einer rektalen Untersuchung Abstand zu nehmen.
Überlappende Technik

6. Nachsorge

Eine Nachuntersuchung soll am entbindenden Krankenhaus beziehungsweise durch den primär versorgenden Facharzt 3–6 Monate postpartal erfolgen.

Die Nachuntersuchung soll zumindest die folgenden Punkte beinhalten:

- Anamnese inklusive Frage nach den folgenden Symptomen der analen Inkontinenz (in Klammern die Häufigkeit des jeweiligen Symptoms nach DR III/IV):
 - Flatusinkontinenz (30 %)
 - Stuhldrang (26 %)
 - Inkontinenz für flüssigen Stuhl (8 %)
 - Inkontinenz für festen Stuhl (4 %) [17–21]
- Inspektion
- Vaginale und rektale Palpation
- Zuweisung zur Physiotherapie zum Zweck der Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur
- Aufklärung über die möglicherweise lange Latenzzeit bis zum Auftreten von Symptomen der analen Inkontinenz [22] (Evidenzlevel 1b, Empfehlungsgrad A).

- Hinweis, daß sich die Patientinnen beim Auftreten von Symptomen mit ihrem Arzt in Verbindung setzen sollen.
- Beratung bezüglich Folgegeburten

7. Empfehlungen für Folgegeburten

Die Patientin soll informiert werden, daß bei Status post Dammriß III/IV ein zirka 5fach erhöhtes Risiko für einen neuerlichen Sphinkterschaden im Rahmen einer Folgegeburt besteht [23–26] (Evidenzlevel IIa, Empfehlungsgrad B). Weiters soll sie darüber informiert werden, daß sich bestehende Symptome analer Inkontinenz nach einer weiteren vaginalen Geburt bei mehr als der Hälfte der Frauen verschlechtern [27] (Evidenzlevel IIa, Empfehlungsgrad B).

Eine generelle Empfehlung für eine primäre Sectio bei der Folgegeburt zur Verhinderung analer Inkontinenz kann aus den bisher vorliegenden Daten jedoch nicht abgeleitet werden [28–33]. Die Autoren der Leitlinie vertreten die Meinung, daß bei Patientinnen mit analer Inkontinenz nach DR III/IV die primäre Sectio für die Folgegeburt zu empfehlen ist (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C). Für eine verlässliche Empfehlung müssen jedoch weitere Studien abgewartet werden.

Anhang: Evidenzniveau und Empfehlungsgrad*

Klassifikation des Evidenzgrades

- Ia Evidenz aufgrund der Metaanalyse randomisiert kontrollierter Studien
- Ib Evidenz aus mindestens einer randomisiert kontrollierten Studie
- IIa Evidenz aus mindestens einer gut konzipierten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- IIb Evidenz aus mindestens einer gut konzipierten experimentellen Studie
- III Evidenz aus gut konzipierten nicht experimentellen, beschreibenden Untersuchungen, Korrelationsuntersuchungen und Fallstudien
- IV Evidenz von Expertengremienreports oder -meinungen und/oder klinische Erfahrungen anerkannter medizinischer Experten auf diesem klinischen Gebiet

* Nach Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Empfehlungsgrad

- A Benötigt mindestens eine randomisierte Untersuchung unter weiterer wissenschaftlicher Literatur mit guter Qualität und Konsistenz, die die Empfehlung unterstützt (Evidenzniveau Ia, Ib)
- B Benötigt kontrollierte Studien, aber keine randomisierten Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III)
- C Entspricht der Meinung der Expertenkommission

LITERATUR:

1. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308: 887–91.
2. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *BJOG* 1996; 103: 1034–40.
3. Klein M, Gauthier R, Robbins J et al. Relation of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 591–8.
4. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *NEJM* 1993; 329: 1905–11.
5. Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 643–7.
6. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Hohnson H, O'Connell PR, O'Herlihy C. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 955–61.
7. Macarthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth: an investigation of long term health problems beginning after childbirth in 11701 women. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 1193–5.
8. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Mothson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg* 1996; 83: 218–21.
9. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repair following obstetrical injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 89: 159–63.
10. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gistap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, 21. Ausgabe. McGraw-Hill, New York, 2005.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline No. 29, Clinical Green Top guidelines: management of third- and fourth-degree perineal tears following vaginal delivery. Juli 2001: <http://www.rcog.org.uk/index>
12. Mahony R, Behan M, Daly L, Kirwana C, O'Herlihy C, O'Connell PR. Internal anal sphincter defect influences continence outcome following obstetric anal sphincter injury. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 217.e1–5.
13. Sultan AH. Primary and secondary anal sphincter repair. In: Stuart L, Zimmern S, Zimmern PE (eds). *Female pelvic reconstructive surgery*. Springer, New York, 2003; 149–57.
14. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD002866.
15. Buppasiri P. Antibiotic prophylaxis for fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4: CD005125.
16. Mahony R, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement versus laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 12–7.
17. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG* 2006; 113: 201–7.
18. Garcia V, Rogers RG, Kim SS, Hall RJ, Kammerer-Doak DN. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: a randomized trial of two surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1697–701.
19. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Longterm results of overlapping anterior anal sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet* 2000; 355: 260–5.
20. Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell R, O'Herlihy C. A randomised clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third degree tears. *Am J Obstet Gynaecol* 2000; 183: 1220–4.
21. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O'Brien S. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1261–8.
22. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventative role of mediolateral episiotomy. *BJOG* 1997; 104: 563–6.
23. Faltin DL, Sangalli MR, Roche B, Floris L, Boulvain M, Weil A. Does a second delivery increase the risk of anal incontinence? *BJOG* 2001; 108: 684–8.
24. Harkin R, Fitzpatrick M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Anal sphincter disruption at vaginal delivery: is recurrence predictable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109: 149–52.
25. Spydslaug A, Trogstad LIS, Skrandal A, Eskild A. Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 307–13.
26. Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstroem H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. *BJOG* 2004; 111: 1361–4.
27. Fynes M, Donnelly V, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and fecal continence. *Lancet* 1999; 354: 983–6.
28. Fitzpatrick M, O'Herlihy C. Short-term and long-term effects of obstetric anal sphincter injury and their management. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17: 605–10.
29. Dandolu V, Gaughan JP, Chatwani AJ, Harmanli O, Mabine B, Hernandez E. Risk of recurrence of anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 831–5.
30. Lal M, Mann CH, Callender R, Radley S. Does cesarean delivery prevent anal incontinence? *Obstet Gynecol* 2003; 1010: 305–12.
31. McKenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1251–6.
32. Sze EH. Anal incontinence among women with one versus two complete third-degree perineal lacerations. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90: 213–7.
33. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *BJOG* 1992; 99: 724–6.

Gültigkeit der Leitlinie bis zur nächsten Überarbeitung 2 Jahre nach Approbation durch den Vorstand der ÖGGG

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Hanns Helmer
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: hanns.helmer@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung