

SPECULUM

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

Hohlagschwandtner M, Husslein P, Joura EA

**Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe zur Technik der
Sectio caesarea**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 18-18*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (2)
(Ausgabe für Österreich), 18-19*

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

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at



Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Technik der Sectio caesarea

M. Hohlagschwandtner,
E. A. Joura, P. Husslein

Die Technik der Sectio caesarea ist im Fluß, so daß in den letzten Jahren Modifikationen und Vereinfachungen diskutiert werden. Viele dieser Schritte wurden mittels randomisierter Studien und Evidence-based Medicine untersucht. Die folgenden Empfehlungen zur Technik der Sectio caesarea basieren auf internationalen Studien und stellen wissenschaftlich untermauerte Alternativen zur traditionellen Technik dar.

Laparotomie

Die Pfannenstiellaparotomie (knapp unterhalb der Schamhaargrenze) stellt die Methode der Wahl dar. Eine Alternative ist die Joel-Cohen-Laparotomie (oberhalb der Schamhaargrenze, zwischen der Interspinallinie) [1], während der medianen Laparotomie nur bei spezieller Indikationsstellung eine Bedeutung zukommt.

Das stumpfe Eröffnen der Bauchdecke ermöglicht einen gewebs- und gefäßschonenden abdominalen Zugang, der sich in einem geringeren Blutverlust manifestiert [1].

Die Verwendung der Diathermie hat sich als nicht unbedingt notwendig herausgestellt, da die hormonelle Situation der Mutter eine ausreichende Hämostase gewährleistet [2].

Uterotomie

Die Blasenpräparation ist nicht notwendig, wenn die Uterotomie knapp oberhalb der

Umschlagsfalte erfolgt. Dies gewährleistet trotzdem eine Inzision im unteren Uterinsegment (unter dem physiologischen Retraktionsring). Zusätzlich verhindert das Unterlassen der Blasenpräparation eine zu tiefe Uterotomie, was vor allem bei vollständig verstrichenem Muttermund von Vorteil ist [3]. Die Erweiterung der Uterotomie sollte stumpf erfolgen [4].

Entwicklung der Plazenta

Die spontane Plazentalösung führt im Vergleich zur manuellen Lösung zu einem geringeren Blutverlust und einer niedrigeren postoperativen Endometritisrate [5].

Uterotomieverschluß

Der Verschluß der Uterotomie wurde in der Literatur untersucht und diskutiert [6–10]. Zusammenfassend ergab sich kein Nachteil des einreihigen gegenüber dem zweireihigen Uterotomieverschluß. Bezüglich Einzelknopf- oder Fortlaufnaht konnten wir in unserem Kollektiv keinen Nachteil der Fortlaufnaht entdecken. Es wird daher der einreihige, fortlaufende Uterotomieverschluß empfohlen [11]. Die Datenlage reicht nicht aus, um einen Vor- oder Nachteil der Uterotomie naht am exteriorisierten Uterus festzustellen [12].

Peritonealisierung

Inzwischen liegen eine Reihe von methodisch einwandfreien Studien vor, die sowohl das viszerale [13] als auch das parietale [14–16] Peritoneum bei Sectiones offen ließen. In keiner einzigen dieser Studien ergibt sich durch den Verzicht auf die Peritonealisierung ein Nachteil. Die sich daraus ergebende kürzere OP-Zeit ist als Vorteil für die Patientin zu werten. Zusätzlich wurden in einzelnen Studien Vorteile wie rascheres Einsetzen der Darmtätigkeit bzw. verminderter Bedarf an Stimulantien und geringere postoperative Schmerzen beschrieben. Es wird daher das Offenlassen des viszeralen und parietalen Peritoneums empfohlen.

Bauchdeckenverschluß

Die Adaptierung der Rektusbäuche ist nach unserem Wissen nicht unter Studienbedingungen untersucht; im eigenen Krankengut konnten wir keine Nachteile bei Verzicht auf Muskelnähte feststellen. Die

Faszie wird wahrscheinlich durch eine fortlaufende Naht ebenso sicher verschlossen wie mit Einzelknopfnähten; es gibt allerdings Einzelberichte von Platzbäuchen nach fortlaufender Naht. Subkutannähte bringen keine Vorteile hinsichtlich Wundheilungskomplikationen [17].

Es gibt keine Evidenz hinsichtlich des Hautverschlusses [18]. Es wird ein kosmetischer Hautverschluß empfohlen (z. B. resorbierbare intrakutane Hautnaht).

Peri- und postoperatives Management

Die Regionalanästhesie hat sich weitgehend als Standardverfahren durchgesetzt. Zum einen wird das Kind in keiner Weise belastet und zum anderen kann die Frau den ersten Schrei des Kindes im Beisein ihres Partners erleben. Nach Setzen der Regionalanästhesie soll präoperativ ein Dauerkatheter gesetzt werden, der bei der Mobilisierung wieder entfernt werden soll.

Als Infektionsprophylaxe wird intraoperativ, die Gabe eines „single-shot-Antibiotikums“ empfohlen [19]. Als Atonieprophylaxe wird intraoperativ eine Oxytocingabe i.v. nach Abnabelung des Kindes empfohlen. Da Thromboembolien eine der größten Morbiditätsursachen darstellen, soll im Wochenbett niedermolekulares Heparin s.c. appliziert werden.

Weiters besteht ein postoperatives Management aus einer möglichst frühzeitigen oralen Flüssigkeitszufuhr und Nahrungsaufnahme bereits nach 6 Stunden. Dies führt zu einem früheren Einsetzen der Darmtätigkeit, es sinkt der Analgetikabedarf und es steigt das Wohlbefinden [20]. Eine frühzeitige Mobilisierung nach 8 Stunden beugt Thrombosen vor.

LITERATUR

1. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 615–21.
2. Joura EA, Husslein P. Cesarean delivery: bladder flap and use of diathermy. *J Reprod Med* 2000; 45: 363–4.
3. Hohlagschwandtner M, Husslein P, Joura EA. Is the formation of a bladder flap at cesarean section necessary? A prospective randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1089–92.
4. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, Field K, Roberts WE, Martin JN Jr. Intra-operative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incision at cesarean delivery: a randomised clinical trial. *BJOG* 2002; 109: 448–52.
5. Wilkinson C, Enkin MW. Manual removal of placenta at cesarean section (Cochrane Methodology Review).

In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

6. Hauth JC, Owen J, Davis RO. Transverse uterine incision closure: One versus two layers. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1108–11.

7. Chapman SJ, Owen J, Hauth JC. One- versus two-layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 16–8.

8. Hohlagschwandtner M, Chalubinski K, Nather A, Husslein P, Joura EA. Continuous versus interrupted sutures for single-layer closure of uterine incision at cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268: 26–8.

9. Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, Harel F, Gauthier RJ. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1326–30.

10. Joura EA, Nather A, Hohlagschwandtner M, Husslein P. The impact of a single- or double layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 895.

11. Enkin MW, Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at Caesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

12. Wilkinson C, Enkin MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

13. Nagele F, Karas H, Spitzer D, Staudach A, Karasegh S, Beck A, Husslein P. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1366–70.

14. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus nonclosure of the peritoneum at caesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

15. Joura EA, Nather A, Hohlagschwandtner M, Husslein P. Peritoneal closure and adhesions. *Hum Reprod* 2002; 47: 115–9.

16. Nather A, Hohlagschwandtner M, Sami A, Husslein P, Joura EA. Nonclosure of peritoneum at cesarean delivery and future fertility. *Fertil Steril* 2002; 78: 424–5.

17. Magann EF, Chauhan SP, Rodts-Palenik S, Bufkin L, Martin JN Jr, Morrison JC. Subcutaneous stitch closure versus subcutaneous drain to prevent wound disruption after cesarean delivery: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1119–23.

18. Alderdice F, McKenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

19. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

20. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section (Cochrane Methodology Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Maria Hohlagschwandtner
Universitätsfrauenklinik Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: maria.hohlagschwandtner@
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](#)