

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Rekonstruktion des Musculus  
sphincter ani und des hinteren  
Dammes 17 Jahre post partum bei  
nicht versorgtem Dammriß IV - ein  
Fallbericht**

Demmel MA, Görgl B, Nouri K

Schlapper D, Umschaden W

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2007; 14 (2)*

*(Ausgabe für Österreich), 16-18*

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2007; 14 (2)*

*(Ausgabe für Schweiz), 14-16*

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2007; 14 (1)*

*(Ausgabe für Deutschland), 27-29*

Homepage:

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

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

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# 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**



# REKONSTRUKTION DES MUSCULUS SPHINCTER ANI UND DES HINTEREN DAMMES 17 JAHRE POST PARTUM BEI NICHT VERSORGTEM DAMMRISS IV – EIN FALLBERICHT

FALLBERICHT

## EINLEITUNG

Nach Literaturangaben liegt die Inzidenz von Dammrissen III. oder IV. Grades post partum bei 0,7–6 % [1]. Als Risikofaktoren hierfür gelten Nulliparität, Forzepsentbindung, mediolaterale Episiotomie, Schulterdystokie, nicht jedoch das mütterliche Alter, die Einstellung des kindlichen Köpfchens und die Dauer der Austreibungsphase [2].

Bereits 10 % der Erstgebärenden ohne sowie 20 % der Erstgebärenden mit Dammriß III klagen noch 2 Jahre nach vaginaler Geburt über Symptome einer anorektalen Inkontinenz. Hierbei sind ein mütterliches Alter von über 30 Jahren und eine verlängerte Austreibungsperiode sehr wohl wesentliche Risikofaktoren. Die Korrelation von Dammrissen III. und IV. Grades mit postpartaler Inkontinenz wird in der Literatur mit einer schwankenden Häufigkeit zwischen 1 und 60 % (im Mittel etwa 20 %) angegeben [2].

Eine späte operative Versorgung des M. sphincter ani externus im entzündungsfreien, narbigen Ausheilungszustand führte in Studien bei insgesamt 71 % der Frauen noch zu einer Verbesserung der Inkontinenzbeschwerden, 40 % waren wieder vollkommen kontinent [3].

## KASUISTIK

Eine 38jährige Patientin aus Tschechien wurde wegen Stuhlinkontinenz und Unterbauchschmerzen vom niedergelassenen Gynäkologen an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorgestellt. Die Anamneseerhebung war aufgrund der mangelnden Sprachkenntnisse der Patientin nur mittels einer Dolmetscherin möglich: Seit Geburt

ihres dritten Kindes vor 17 Jahren könne die Frau keinen Stuhl mehr halten und leide unter in letzter Zeit zunehmenden Unterbauchschmerzen und Dyspareunie mit zeitweise auftretender Harninkontinenz. Ein Dammriß sei damals unversorgt geblieben. Weiters in der Anamnese: Regelmäßige Menses, drei Geburten, zwei Aborte, keine Vorerkrankungen oder -operationen.

Bei der gynäkologischen Untersuchung zeigte sich ein eindrucksvoller Befund im Bereich des Beckenbodens: Der hintere Damm fehlte komplett, der Anus ging im Sinne einer Kloakenbildung in den Introitus vaginae über, in dessen Tiefe die Narbe eines Dammrisses erkennbar war, wo sich auch das Punctum maximum des von der Patientin angegebenen Schmerzes lokalisieren ließ (Abb. 1). Bei der rektalen Untersuchung war der dorsale Anteil des M. sphincter ani externus palpabel, der ventrale Anteil fehlte jedoch vollständig. Der Uterus war nach links verzogen und fixiert bei auffälliger Portio sowie intakter vorderer Vaginalwand. Es fanden sich keine Auffälligkeiten in der Vaginalsonographie bzw. bei der Palpation des Abdomens.

## DIAGNOSTIK

Eine MRT des Beckenbodens verifiziert den klinischen Eindruck eines massiven Defektes des Musculus sphincter ani externus und internus ventral zwischen 11 und 1 Uhr bei regulär konfigurierter puborektaler Schlinge (Abb. 2). Zur genaueren Dokumentation des Defektausmaßes diente eine gezielte MRT des Analkanals mit vaginaler Kontrastierung, wodurch die Länge des Defektes nach kranial bis an den anorektalen Übergang und die Kommunikation des Analkanals mit dem Introitus vaginae gezeigt werden konnten. Zur

Abbildung 1: Ausgangsbefund mit Kloakenbildung zwischen Vagina und Rektum bei fehlendem hinterem Damm

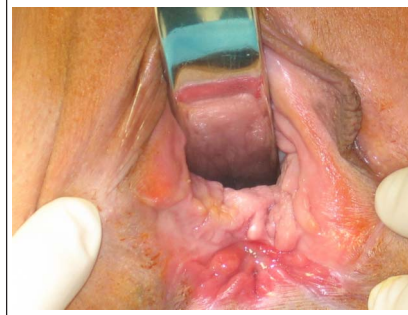
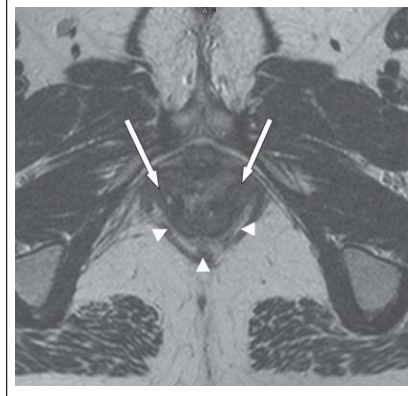


Abbildung 2: MRT: Großer ventraler Defekt im M. sphincter ani internus (bei 9 bis 3 Uhr, Pfeile) mit einer anovaginalen Fistel. Normaler dorsaler Sphincter ani internus (Pfeilspitzen).



Vervollständigung der präoperativen Befunde wurden noch eine anale Endosonographie (muskuläre Anatomie zwischen Vagina und Analkanal aufgehoben), eine Koloskopie (unauffällige Befunde bis zur Ileocecalklappe) sowie eine Sphinktermanometrie (Quantifizierung der ausgeprägten muskulären Insuffizienz) durchgeführt (Abb. 3). Eine urodynamische Untersuchung zeigte eine milde Urge-Inkontinenz.



Abbildung 3: Endosonographie: Obwohl die Endosonographiesonde (Stern) anal eingeführt wurde, befindet sie sich in der Vagina. Sie ist durch einen breiten ventralen Defekt im M. sphincter ani internus (bei 9 bis 3 Uhr, Pfeile) in die Vagina luxiert. Normaler dorsaler Sphincter ani internus (Pfeilspitzen).

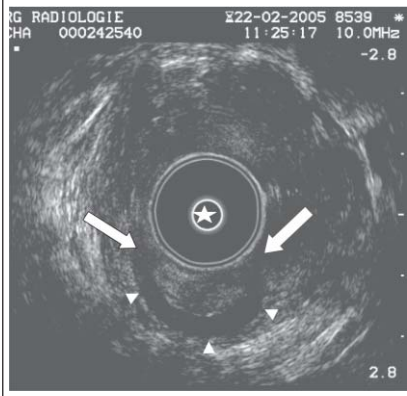


Abbildung 4a und b: Intraoperativer Situs nach Rekonstruktion des M. sphincter ani externus

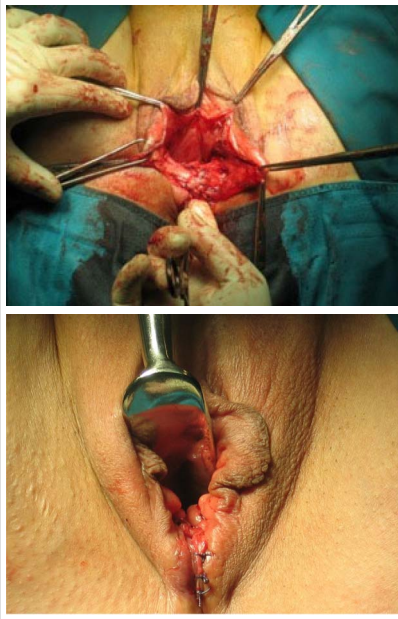


Abbildung 5: Intraoperativer Abschlußbefund



und postoperativ blanden lokalen Verhältnissen nach weiteren zwölf Wochen durchgeführt werden. Bei der Kontrolle nach acht Monaten zeigte die Sphinktermanometrie einen gegenüber der Ausgangsuntersuchung deutlich verbesserten Ruhe- und Kneiftonus. Auch der Lokalbefund war mit einem gut aufgebauten hinteren Damm äußerst zufriedenstellend. Vor allem aber war die Patientin sowohl hinsichtlich der Schmerzen als auch der Stuhlinkontinenz beschwerdefrei.

## THERAPIE UND VERLAUF

Nach Rücksprache und in Zusammenarbeit mit der Allgemeinchirurgischen Abteilung des Hauses wurde – auch hinsichtlich der angegebenen Unterbauchschmerzen – eine diagnostische Pelviskopie, welche keinen pathologischen Befund im kleinen Becken ergab, durchgeführt. In der gleichen Sitzung erfolgte durch den Chirurgen laparoskopisch die Anlage einer endständigen Sigmoidostomie. Daraufhin konnte die Patientin bei regelmäßigen Kontrollen in der Stomaambulanz für sieben Wochen entlassen werden. Über das Flüchtlingsreferat wurde für diese Zeit eine aus medizinisch-hygienischen Gründen notwendige Umquartierung organisiert.

Nach der Wiederaufnahme wurde nun die Rekonstruktion des Sphinkters und des hinteren Damms ausgeführt (Abb. 4): Es erfolgten die Längsspaltung der hinteren Vaginal-

wand und die Abpräparation derselben vom Rektum sowie eine semizirkuläre Umschneidung des Anus zur Darstellung des M. sphincter ani externus und des M. levator ani. Der Sphinkter wurde mittels überlappender Naht der beiden Sphinkterstümpfe mit Prolene 3/0 rekonstruiert, wonach der Anus für einen kleinen Finger gut durchgängig und mit festem Widerlager war. Anschließend wurden die Levatorennähte und die hohe Doppelung der Muscularis des Rektums (zur Teilrekonstruktion des M. sphincter ani internus) durchgeführt, wodurch nach Verschluß der primär inzidierten Vaginalwand ein hinterer Damm aufgebaut werden konnte (Abb. 5). Nach primärer Wundheilung wurde die Patientin unter Fortführung einer Therapie mit Dehnkegel und Sitzbädern wieder entlassen.

Die dritte operative Sitzung mit laparoskopischer Kolostomieauflösung konnte bei guter Wundheilung

## DISKUSSION

Dieses Fallbeispiel zeigt, daß ältere Sphinkterdefekte auch noch nach vielen Jahren mit gutem Erfolg rekonstruiert werden können. Hierbei ist der Erhalt des Narbengewebes im Randbereich der Sphinkterstümpfe besonders wichtig, weil der Sphinkter selbst durch den lange bestehenden Defekt geschrumpft ist, und so die an den Nähten liegende Zugkraft bei engerem Analkanal erheblich größer ist [4]. Bei alleinigen Sphinkterrekonstruktionen genügt bei einem Elektiveingriff die Vorbereitung des Darms durch Spülung mit salinischer Lösung, in unserem Falle machte jedoch die ausgedehnte Wiederherstellung der ursprünglichen anatomischen Verhältnisse eine initiale Kolostomie nötig. Erst dadurch konnte

eine komplikationslose Wundheilung unter blanden Lokalbedingungen ermöglicht werden.

Der gute Therapieerfolg in diesem extremen Fall verdeutlicht die Möglichkeit, auch bei schwer ausgeprägten Geburtsverletzungen bei entsprechendem Beschwerdebild noch Jahre im nachhinein eine operative Sanierung durchzuführen. Der Grundstein hierfür liegt in der gezielten Anamneseerhebung mit der Patientin, da Symptome der anorektalen Inkontinenz wie mangelnde Diskrimination zwischen Winden und Stuhlanteilen, gelegentliches Stuhlschmierer, Inkontinenz für Winde oder dünnen Stuhl oder eine verkürzte „Warnzeit“ [2] von den Frauen selbst nur zögernd erwähnt werden. Daß das der

Patientin oft peinliche Beschwerdebild auch – wie in unserem Falle – trotz mangelnder Sprachkenntnisse zum Ausdruck kommt, ist wohl nur auf die extreme Ausprägung ihres Befundes zurückzuführen, und auch das erst nach 17 leidvollen Jahren.

**Literatur:**

1. Anthuber C, Schüssler B. Stuhlinkontinenz als Folge der Geburt – ihre Vermeidung, Erkennung und Behandlung. In: Beck L, Bender HG (Hrg). Intra- und postoperative Komplikationen in der Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1996; 292.
2. Anthuber C, Wissner J, Dannecker C, Sosius P. Geburt und Beckenboden. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrg). Die Geburtshilfe, 2. Auflage.

Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2004; 754–6.

3. Probst M. Lokale chirurgische Maßnahmen zur Korrektur bei Stuhlinkontinenz. In: Schultz-Lampel S, Schultz H (Hrg). Harn- und Stuhlinkontinenz. Hans Marseille Verlag GmbH, München, 2005; 138.

4. Lingemann B. Proktologische Praxis, 2. Auflage. Hans Marseille Verlag GmbH, München, 2001.

**Korrespondenzadresse:**

*Prim. Dr. Maurus Demmel  
Landeskrankenhaus Wolfsberg  
Gynäkologisch-geburtshilfliche  
Abteilung  
A-9400 Wolfsberg, Paul-Hackhofer-  
Straße 9  
E-Mail: maurus.demmel@lkh-wo.at*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## 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](#)