

Christiane Schwarz, Katja Stahl (Hrsg.)

Sara Kindberg, Peggy Seehafer

Geburtsverletzungen – vermeiden, erkennen, versorgen

EVIDENZ & PRAXIS

2. Auflage 2017
Elwin Staude
Verlag GmbH,
Hannover



ELWIN
STAUDE
VERLAG

2. überarbeitete Auflage 2017
© Elwin Staupe Verlag GmbH, Hannover 2017
Postfach 510660, 30636 Hannover
www.staupeverlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Lektorat: Katharina Budych, Britta Zickfeldt
Titelbild: imago/Ralph Peters
Layout: typotime, Bad Salzdetfurth
Druck: W.B. Druckerei GmbH, Hochheim am Main

ISBN: 978-3-87777-127-3



Das WebPlus

Als WebPlus zu diesem Buch stehen Ihnen auf der Internetseite des Elwin Staupe Verlags Dokumente als Download zur Verfügung. Die Dateien finden Sie unter www.staupeverlag.de/webplus. Der Code zu diesem Buch lautet: topsmo

Eltern-Flyer „wissen, verstehen, entscheiden“

Der Elternflyer „Geburtsverletzungen“ aus der Reihe „wissen, verstehen, entscheiden“, der diesem Buch beiliegt, kann im Elwin Staupe Verlag unter der Best.Nr. 2304 nachbestellt werden (www.hebamedia.de).

Wichtige Hinweise

Bei der Erstellung dieser Arbeit lagen keine Interessenkonflikte der Autorinnen oder Redaktionsmitglieder vor.
Die Arbeit wurde nicht fremdfinanziert.

Die Ratschläge, Empfehlungen und therapeutischen Angaben in diesem Buch, insbesondere von Medikamenten, ihrer Dosierungen und Applikationen, wurden von den Herausgeberinnen, den Autorinnen und dem Verlag nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet und sorgfältig geprüft.

Da die Entwicklung in Medizin und Wissenschaft jedoch stetig voranschreitet, menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jede Leserin und jeder Leser ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Sofern in diesem Buch eingetragene Warenzeichen, Handelsnamen und Gebrauchsnamen verwendet werden, auch wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sind, gelten die entsprechenden Schutzbestimmungen.

Prävention von Geburtsverletzungen

Wenn 80 % der Erstgebärenden und 50 % der Mehrgebärenden mit einer versorgungspflichtigen Geburtsverletzung nach vaginaler Geburt konfrontiert sind, ist die Suche nach präventiven Maßnahmen legitim.

Die Chance, dass Damm und Scheide intakt bleiben, hängt von verschiedenen Faktoren ab (s. S. 14). Bis zum Durchtritt des vorangehenden Teils lässt sie sich auch nicht korrekt einschätzen.

An einigen der bekannten Risikofaktoren für Geburtsverletzungen III. und IV. Grades (s. S. 15) kann man möglicherweise präventiv arbeiten, an anderen wie etwa dem Status als Erstgebärende oder nach einer früheren Geburtsverletzung lässt sich nichts ändern. Außerdem sind das Alter der Mutter, die Körpergröße, ihre geografische Herkunft und genetische Dispositionen Risikofaktoren, die nicht beeinflusst werden können.

In der klinischen Forschung liegt der Fokus auf der Vermeidung der Geburtsverletzungen III. und IV. Grades, Schwangeren hingegen ist wichtig, die Geburt gänzlich unverletzt zu überstehen.

Vorbeugende Maßnahmen in der Schwangerschaft

Dammassage

Die Meta-Analyse dreier Studien in einem systematischen Review (2013) ergab, dass eine pränatale Dammassage die Wahrscheinlichkeit einer Episiotomie bei Erstgebärenden statistisch signifikant reduziert (23). Im Hinblick auf die Häufigkeit von Dammrissen I. bis IV. Grades zeigte sich hingegen kein Unterschied, unabhängig davon, ob eine Dammassage durchgeführt wurde oder nicht.

Mehrgebärende klagten nach einer Dammassage drei Monate post partum seltener über Schmerzen im Bereich des Perineums als jene ohne Massage. Was die Häufigkeit von instrumentellen Geburtsbeendigungen, Harn-, Stuhl- und Luftinkontinenz nach der Geburt oder auch die sexuelle Zufriedenheit betraf, ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen mit und ohne Dammassage erkennen.

Die meisten Frauen können eine Dammmassage gut akzeptieren. Deshalb sollten Schwangere über diese Möglichkeit informiert werden und auch erfahren, wie eine Dammmassage richtig ausgeführt wird (23) (24) (25).

■ Vaginaldilatation

In den vergangenen Jahren kamen sogenannte Vaginaldilatoren auf den Markt. Mit ihrer Hilfe soll während der Schwangerschaft der Geburtsweg schonend gedehnt und dadurch Dammverletzungen bei der Geburt reduziert werden. Vom Hersteller wird ab der 38+0. Schwangerschaftswoche täglich ein zehnminütiges Training empfohlen.

Die Anwendung ist für die Frauen nicht schwer, kann aber als unangenehm empfunden werden und führt nicht selten zu leichten Blutungen und unkontrollierbarem Luftabgang aus der Scheide. Nach Aussagen von Hebammen und PhysiotherapeutInnen soll der Einsatz von Vaginaldilatoren auch zu Fällen mit Vaginalflatus oder Dammrissen geführt haben (26).

Eine Studie zu dem in Deutschland auf dem Markt befindlichen EPI-No-Trainer aus dem Jahr 2001 fand eine signifikante Verringerung der Episiotomie rate bei den trainierten Frauen, aber keine Unterschiede im Hinblick auf Dammrisse I. und II. Grades (27). An dieser Studie hatten allerdings nur 50 Erstgebärende teilgenommen. Eine randomisiert-kontrollierte Multicenterstudie aus Australien (2016) hat 660 Erstgebärende mit einer unkomplizierten Einlingsschwangerschaft mit Geburt am Termin untersucht. Eine Gruppe nutzte den Epi-No®-Trainer ab der 37. Schwangerschaftswoche bis zur Geburt, die andere Gruppe nicht. Allerdings war die Patientencompliance bei der Anwendung nicht überzeugend. Alle Frauen wurden spät im letzten Trimenon und drei bis sechs Monate post partum noch einmal mit einem 4D translabialen Ultraschall untersucht. Es fand sich kein Unterschied in der Häufigkeit der Levatorverletzungen, der irreversiblen Hiatusüberdehnung, Sphinkterverletzungen und weiteren Dammverletzungen. Es zeigte sich eine geringfügig, aber statistisch signifikant erhöhte Rate an Verletzungen des externen Sphinkters in der Gruppe der Anwenderinnen. Das heißt, die Nutzung des Epi-No®-Trainers zeigt keinen positiven Effekt auf die intrapartalen Geburtsverletzungen, auch wenn es mit der ungenügenden Anwendung durch die Schwangeren begründet werden kann (28). Aus den Ergebnissen dieser Studien lässt sich deshalb keine objektive Grundlage für eine Empfehlung ableiten.

■ Beckenbodentraining

Eine Meta-Analyse mehrerer Studien mit über 8.400 teilnehmenden Schwangeren brachte Hinweise, dass ein präpartales Beckenbodentraining mit mehrmals täglich kleinen Übungseinheiten dazu beiträgt, eine

Dammverletzung IV. Grades

In sehr seltenen Fällen kann bei einer Geburt auch die Schleimhaut des Enddarms verletzt werden. Es handelt sich dann um eine Dammverletzung IV. Grades. Sie tritt bei ca. 0,13 % aller vaginalen Geburten auf (1).

- ! Dammverletzungen III. und IV. Grades stellen eine schwerwiegende Geburtsverletzung dar. Sie müssen aufgrund ihrer Langzeitfolgen vermieden bzw. äußerst sorgfältig diagnostiziert und versorgt werden.

Dammsrisse III. und IV. Grades sind sehr schwierig zu nähen. Sie dürfen ausschließlich von einem Facharzt versorgt werden. Die ÄrztInnen werden sich dann häufig entscheiden, die Naht unter Spinalanästhesie (s. S. 71) oder Vollnarkose (s. S. 72) im OP durchzuführen.

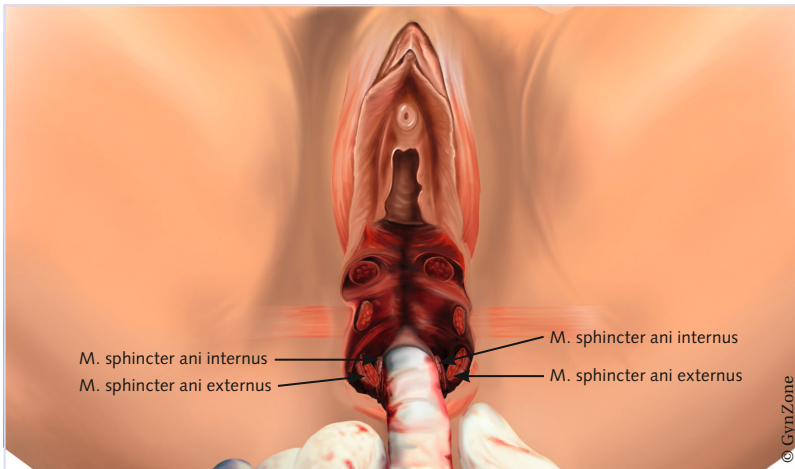


Abbildung 9: Beim **Dammriss IV. Grades** ist zusätzlich zum internen und externen Sphinkter die Schleimhaut des Enddarms verletzt.

Tief liegende Rissverletzungen der Zervix oder ein hoher Scheidenriss können nur instrumentell dargestellt werden und benötigen eine aufwendigere Nahtversorgung als oberflächliche Verletzungen. Sie sind nicht Bestandteil dieses Lehrbuches.

Gefäßverletzungen, die zu oberflächlichen oder tiefer liegenden, infralevatorischen und supralevatorischen Hämatomen führen, oder An- bzw. Abrisse von Levatormuskeln sind äußerlich nicht erkennbar und bedürfen bei Bedarf einer umfangreichen Diagnostik. Auch sie werden in diesem Lehrbuch nicht weiter beleuchtet.

Vorbereitung zur Naht

GeburtshelferInnen sollten sich bewusst sein, dass die Nahtversorgung ein wichtiges und manchmal auch traumatisches Ereignis für die Frauen ist, dem sie sich oft „fremdbestimmt ausgeliefert“ sehen. Am unangenehmsten ist es für viele Frauen, auf die Nahtversorgung zu warten, weil sie in dieser Zeit Angst verspüren und unter körperlichen Beschwerden leiden (58). Fast die Hälfte von ihnen berichtet retrospektiv von Schmerzen während der Naht, trotz Infiltrationsanalgesie (s. S. 65) (59). Des Weiteren wird das Fehlen einer angemessenen Aufklärung bemängelt (60).

Jede Frau hat die bestmögliche Versorgung ihrer Geburtsverletzung verdient. Wenn Sie sich in der Diagnostik oder der Nahtversorgung nicht sicher fühlen, bitten Sie eine erfahrene Kollegin um Unterstützung (61).

Zeitpunkt der Nahtversorgung

- Die erste Bondingphase sollte nicht gestört werden. Wenn die Verletzung nicht zu stark blutet, kann abgewartet werden. Die Nahtversorgung auch kleinerer Verletzungen kann bis zu zwölf Stunden abgewartet werden. Gerade bei sehr ödematos geschwollenem Wundgebiet bietet es sich an, unter angemessener Schmerzbehandlung und Kühlen abzuwarten, bis die Schwellung zurückgegangen ist.

Aufklärung der Frau

- Die Versorgung einer Naht setzt voraus, dass die Frau über den Umfang der Verletzung sowie die verschiedenen Möglichkeiten ihrer Versorgung und der Analgesie aufgeklärt wurde.
- Bei Geburtsverletzungen I. Grades, die nicht unbedingt genäht werden müssen, sollte die Frau auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, auf die Nahtversorgung zu verzichten (s. Abschnitt „Nähen oder Nichtnähen“, S. 38).
- Vor- und Nachteile einer Nahtversorgung sind der Patientin wertfrei vorzustellen, damit sie eine sogenannte informierte Entscheidung treffen kann.

Dokumentation

- Die Frau muss wie vor jeder anderen medizinischen Maßnahme ihr Einverständnis zur Nahtversorgung geben. Sie darf sie auch ablehnen. Mit einer Ablehnung ist nach einer sachgerechten Aufklärung aber nicht zu rechnen.

Knotentechniken

In der Nahtversorgung von Wunden kommen verschiedene Knotentechniken zum Einsatz. Knoten können sowohl mit ein oder zwei Händen als auch mithilfe von Instrumenten geknüpft werden. Dabei ist es neben dem verwendeten Fadenmaterial auch von Bedeutung, ob eine Naht einzeln geknüpft oder fortlaufend versorgt wird. Ebenso lassen sich in der Gewebetiefe nicht gut die gleichen Knoten knüpfen wie an der Körperoberfläche. Nicht zuletzt sind auch kosmetische Aspekte in der Narbenbildung von der Knüpftechnik abhängig.

Jede Knotentechnik hat ihre spezifischen Besonderheiten, dennoch ist es in einigen Situationen möglich, eine Knotentechnik nach eigenen Vorlieben auszuwählen.

Ein Knoten muss so lange seine Haltefunktion erfüllen:

- bis die Naht geheilt ist
- bis sich der Faden auflöst bzw.
- bis der Faden aus nicht resorbierbarem Material entfernt wird.

Dabei ist der Knoten so zu knüpfen, dass er die Adaptation der vernähten Wundflächen unterstützt, d.h. der Knoten sollte nahe an der Wundfläche zu liegen kommen. Er darf nicht so straff geknüpft werden, dass er in das Gewebe einschneidet oder ein Ausreißen des Fadens aus dem Gewebe verursacht.

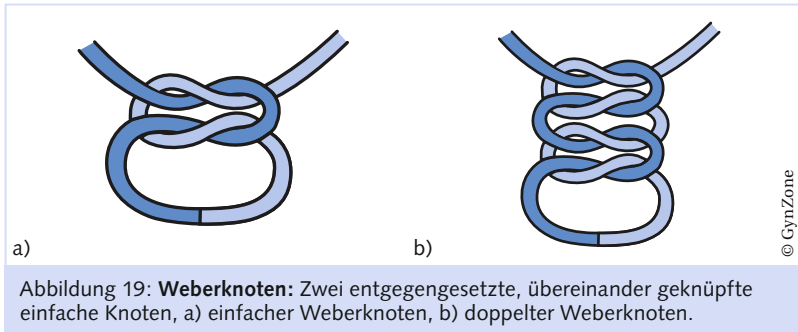
Das ist leichter gesagt als getan. Ist ein Gewebe mit lokalem Anästhetikum ödematös aufgespritzt, liegt der Knoten nach Abklingen der Wirkung möglicherweise zu locker auf. Entwickelt sich in der Wundfläche eine Entzündungsreaktion mit ödematöser Schwellung, schneidet der Knoten unter Umständen ein, obwohl er vorher flach auflag.

Ebenfalls ungünstig sind Knoten, die sich zu früh auflösen und damit ihrer Haltefunktion nicht gerecht werden. Sowohl eine falsche Knotentechnik als auch zu kurz abgeschnittene Fadenenden über dem Knoten können Grund dafür sein.

Im Folgenden werden drei instrumentelle Knotentechniken vorgestellt, die sich in geburtshilflichen Situationen bewährt haben. Darüber hinaus gibt es weitere Techniken, die durchaus genauso gut geeignet sein könnten, hier jedoch nicht behandelt werden.

Weberknoten

Ein Weberknoten entsteht aus zwei entgegengesetzt geknüpften, einfachen Knoten, die übereinander geknüpft werden. Knüpft man zwei Weberknoten übereinander, entsteht ein stabiler und sicherer Knoten für die Wundversorgung. Dieser Knoten wird u.a. von den Herstellern des Nahtmaterials als besonders geeignet und sicher empfohlen.



Alternativ zu dem unteren, ersten Weberknoten kann auch ein chirurgischer Knoten geknüpft werden. Dabei wird der Faden des ersten Knotens gleichzeitig durch zwei Umschläge gezogen. Der Vorteil des chirurgischen Knotens liegt darin, dass sich der erste Knoten sehr flach an das Gewebe legt und nicht so schnell auseinander rutscht, bevor der zweite Knoten das ganze System stabilisiert. Insbesondere für Ungeübte ist es so einfacher, einen stabilen, aber nicht zu festen oder zu losen Knoten zu knüpfen. Daher würden wir empfehlen, einen doppelten Weberknoten mit einem chirurgischen Knoten zu beginnen.

