

Wie steht es um die Episiotomie in der Geburtsmedizin?

Eine Episiotomie, umgangssprachlich auch Dammschnitt genannt, wurde erstmals 1920 empfohlen, um den Geburtsausgang zu vergrößern, zur Prävention höhergradiger Dammverletzungen der Mutter sowie unter der Annahme, dass die Geburt für den Fetus erleichtert und der fetale Kopf vor Verletzungen geschützt werden könne [1]. In den vergangenen Jahrzehnten wurde durch viele Studien ersichtlich, dass keine ausreichende Evidenz für den routinemäßigen Einsatz besteht [2]. Seit dem Jahr 1996 empfiehlt die World Health Organization eine zurückhaltende Indikationsstellung [3]. In diesem Übersichtsartikel werden die Prozedur, die Indikation, Nutzen und Risiken der Episiotomie sowie die Frage, ob die Empfehlung des restriktiven Einsatzes realisiert wird, beleuchtet.

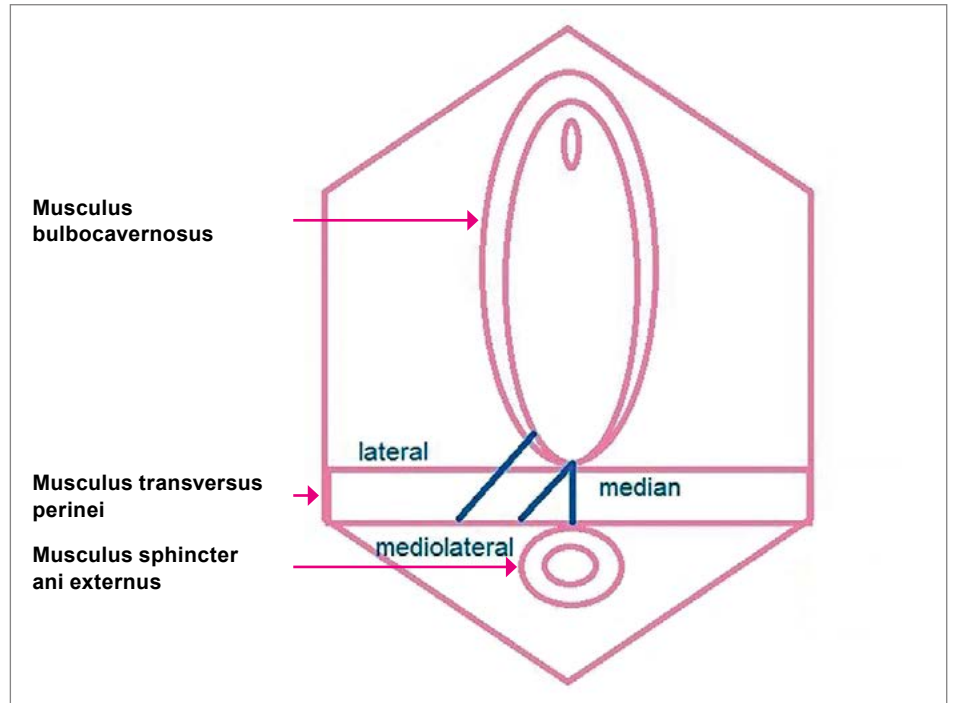


Abbildung 1: Schematische Darstellung der anatomischen Leitstrukturen und der Schnittführung einer Episiotomie.

Prozedur

Eine Episiotomie ist eine chirurgische Inzision des Perineums, um den Scheidenausgang sub partu zu erweitern. Empfohlen wird sie, wenn der Kopf des Kindes durchschneidet. Es konnte gezeigt werden, dass zu einem früheren Zeitpunkt ein größeres vaginales Trauma, ein längerer Schnitt und ein höherer Blutverlust entsteht [4]. Eine Anästhesie in Form einer Periduralanästhesie, Lokalanästhesie oder eines Pudendusblockes ist erstrebenswert. Zwei Schnittführungen werden präferiert, die mediane und die mediolaterale Episiotomie. Die mediane ist eine vertikale Inzision in der Mittellinie des Perineums, von der hinteren Kommissur in Richtung Anus. Bei der mediolateralen Episiotomie setzt man die Schere an der Mittellinie der hinteren Kommissur an und

schneidet mit einem Winkel von 60° in Richtung Tuber ischiadicum. Mehrheitlich ist die Inzision zwischen drei und fünf Zentimeter lang. Da sie am ausgewalzten Damm erfolgt, ergibt sich letztlich ein Winkel zwischen 30° und 60° zur perinealen Mittellinie. Seltener wählt man die laterale Schnittführung, bei der ein bis zwei Zentimeter seitlich der Mittellinie angesetzt und von dort in Richtung Tuber ischiadicum inzidiert wird. Konventionell erfolgt die Versorgung der Verletzung nach der Geburt der vollständigen Plazenta [5].

Indikation

Faktoren, die prinzipiell zur Episiotomie-Indikation führen, existieren nicht. Sieht der Geburtshelfer durch die Episiotomie Vorteile für Mutter

oder Kind und wägt dabei die Risiken ab, ist die Indikation angemessen und eine mediolaterale oder laterale Technik zu wählen. Bei einem pathologischen CTG in der Austreibungsperiode kann durch die Episiotomie die Geburt beschleunigt und fetaler Stress reduziert werden. Internationale und nationale Fachgesellschaften raten bei vaginal-operativen Entbindungen nicht mehr generell zur Episiotomie. Allerdings konnten Lund et al. in einer Metaanalyse 2016 belegen, dass das Risiko für eine Verletzung des Sphinkterkomplexes bei einer Vakuumextraktion mit mediolateraler oder lateraler Episiotomie (odds ratio von 0,53, 95 Prozent Konfidenzintervall 0,37 bis 0,77) geringer war als ohne einen Dammschnitt [6]. Nullipara oder Frauen mit einem kurzen Damm können bei der vaginal-operativen Entbindung von der Episiotomie profitieren. Im Falle einer

Schulterdystokie kann eine Episiotomie den Scheidenausgang erweitern, um Rotationsmanöver oder die Entwicklung des hinteren Armes zu erleichtern. Eine Prävention der Schulterdystokie ist durch die Intervention nicht erwiesen [7].

Komplikationen

Das Weiterreißen in den Schließmuskelkomplex, insbesondere bei medianer Episiotomie, das Risiko für ungünstige kosmetische Ergebnisse wie Asymmetrien, Fisteln, Hauttaschen oder eine Verengung des Introitus, erhöhter Blutverlust, höhere Raten an Wundinfektionen, Nahtdehissenzen, postpartaler Schmerzen und Dyspareunie sowie ein höheres Risiko für höhergradige Geburtsverletzungen bei nachfolgenden Geburten sind ebenso zu bedenken und möglichst mit der Patientin in einem Aufklärungsgespräch vor Geburtsbeginn zu besprechen [8, 9, 10].

Hintergrund

Die Inzision des Perineums während einer Kindsgeburt wurde bereits 1742 in einer irischen Publikation für Hebammen beschrieben [11]. DeLee empfahl 1920 besonders bei Nullipara den routinemäßigen Einsatz der Episiotomie bei allen vaginalen Geburten. Der präventive Nutzen für die Mutter bestand seiner Meinung nach darin, die Austreibungsperiode der Geburt zu verkürzen, Erschöpfung und Blutverlust zu reduzieren, den Beckenboden zu schützen und somit das Risiko für genitale Senkungen zu verringern. Durch die Intervention sollte die Geburt des Kindes erleichtert und das Risiko für intraventrikuläre Hirnblutungen vermindert werden [1].

In den ersten vier Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde die Hausgeburtsilfe von der Geburtshilfe im Krankenhaus nahezu ersetzt. Die zuvor unter der Geburt nur von der Hebamme geführte Frau, wurde nun auch von der sich entwickelnden ärztlichen Geburtsmedizin betreut. Diese wollte den Prozess der Geburt für

Mutter und Kind optimieren, sodass medizinische Interventionen, wie auch die Episiotomie, zunahmen [12]. So erhöhte sich die Episiotomierate in Großbritannien beispielsweise bei Nullipara von 14 Prozent auf 96 Prozent und von 16 Prozent auf 71 Prozent bei Multipara [13]. In den 80er-Jahren begann man, die routinemäßige Indikationsstellung zu hinterfragen und Nutzen-Risiko-Analysen durch den Vergleich mit einem zurückhaltenden Einsatz zu erstellen. Dabei wurde deutlich, dass man den präventiven Nutzen des routinemäßigen Einsatzes überschätzt hatte [14].

Die Darlegung, ein kontrollierter Schnitt sei leichter zu versorgen und verheile somit besser als eine Rissverletzung, konnte bisher nicht mit Daten belegt werden [15]. Im Gegenteil: Jiang et al. konnten in einer Metanalyse von 2017 zwölf Studien zusammenfassen und zeigen, dass bis zu 30 Prozent der Frauen bei zurückhaltendem Einsatz weniger höhergradige Dammverletzungen aufwiesen. Keine Unterschiede gab es bezüglich der Prävalenz von Dyspareunie, Harninkontinenz oder genitaler Senkungen im Gruppenvergleich. Bei Frühgeburten konnte die routinemäßige Indikationsstellung nicht zur Reduktion intraventrikulärer Hämorrhagien führen [16].

Die Annahme, ein Dammschnitt sei eine Protektion für Muskulatur und Faszien des Beckenbodens, war nicht zu belegen. Im Gegenteil: Eine Studie konnte aufdecken, dass Frauen mit Dammschnitt eine verminderte Kontraktionskraft des Beckenbodens aufwiesen [17]. Zudem konnte

nicht nachgewiesen werden, dass Frauen mit einem Dammschnitt eine geringere Prävalenz an Harn- oder fäkaler Inkontinenz aufweisen [18]. Das Argument, die Intervention könne die Verletzung des Musculus sphincter ani externus verhindern, ist ebenfalls nicht zu stützen. Pergialotis et al. konnten in ihrer Metaanalyse 2014 ableiten, dass das Risiko eines Dammrisses III° oder IV° vierfach erhöht ist (odds ratio 3,84, 95 Prozent Konfidenzintervall 1,96 bis 7,42), wenn es zur medianen Episiotomie kam. Bei der mediolateralen Episiotomie betrug die odds ratio 1,72 mit einem 95 Prozent Konfidenzintervall von 0,81 bis 3,65 [19]. Ergänzend konnte die Theorie nicht gehalten werden, dass Frauen zur Prävention der Schulterdystokie von einer Episiotomie profitieren [7].

Wodurch wird die Indikation zur Episiotomie beeinflusst?

Die Datenanalyse konnte zeigen, dass die Entscheidung zur Episiotomie abhängig von der Meinung und Einstellung des Geburtshelfers zur Episiotomie und auch dem klinischen Setting ist. So wurde beispielsweise an akademischen Fakultäten signifikant weniger inzidiert. Belegärzte hatten eine zwei- bis siebenfach höhere Rate an Dammschnitten [20]. Robinson et al. werteten 1.576 Entbindungen retrospektiv aus und konstatierten, dass der Hauptprädiktor, ob eine Frau eine Episiotomie erhält oder nicht von der Person abhängig sei, die sie unter der Geburt betreue. Hebammen hatten mit 21 Prozent die niedrigste

	2012	2013	2014	2015	2016
Deutschland	24,9 %	23,8 %	22,75 %	21,7 %	20,1 %
Bayern	23,3 %	21,8 %	20,5 %	19,2 %	18,0 %
Sachsen	26,8 %	26,1 %	23,3 %	24,5 %	22,9 %
Universitätsklinikum Leipzig	23,0 %	22,8 %	22,4 %	16,9 %	19,0 %

Tabellen: Episiotomieraten der vaginal entbundenen Schwangeren anhand der Perinatalerhebung Sachsens, Bayerns und des Universitätsklinikums Leipzigs sowie der bundesweiten Daten des Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua).

Quote, Ärzte aus akademischen Krankenhäusern einen Anteil von 33 Prozent und Belegärzte mit 56 Prozent die höchste Episiotomierate [21]. Gossett und Dunsmoor analysierten 3.000 Geburten zwischen 2004 und 2005 eines kommunalen Krankenhauses. Der Anteil an Episiotomien konnte in diesem Zeitraum von 21 auf 18 Prozent gesenkt werden. Ärzte, die weniger als zehn Jahre tätig waren, wiesen eine Rate von ca. 15 Prozent auf, bei einem Berufsleben von elf bis zwanzig Jahren betrug sie 25 Prozent und bei mehr als 20 Jahren Berufstätigkeit lag die Quote bei ungefähr 35 Prozent [22]. Bornmann et al. untersuchten die Episiotomierate am Universitätsklinikum Leipzig, einem Perinatalzentrum Level I, zwischen 2003 und 2012 und konnten einen Rückgang von 54,2 Prozent auf 23 Prozent verzeichnen – bei einer Frühgeburtenrate von 18,8 Prozent. Im landesweiten Durchschnitt Sachsens senkte sich der Anteil der Episiotomien lediglich von 37,4 auf 26,8 Prozent bei einer gesamten Frühgeburtenrate von 7,3 Prozent. Sie hielten fest, dass durch eine Orientierung an der aktuellen Studienlage im Hochrisikokollektiv eine effektive Senkung der Quote erzielt werden konnte [23].

Entwicklung der Episiotomierate von 2012 bis 2016 in Deutschland, Bayern, Sachsen und am Universitätsklinikum Leipzig

In der Tabelle wird deutlich, dass die Episiotomierate in den vergangenen Jahren stetig sinkt und somit eine kritische Indikationsstellung deutschlandweit praktiziert wird. Bekanntermaßen hat Bayern seine Episiotomierate im letzten Jahrzehnt bald halbiert (Diagramm). Nachdem sich 2006 „The American College of Obstetrics and Gynecology“ klar gegen den routinemäßigen Einsatz der Episiotomie aussprach, konnte man in den USA einen Rückgang der Episiotomierate von 33 Prozent im Jahr 2000 auf zwölf Prozent im Jahr 2012 verzeichnen [24]. Diese Entwicklung ist nicht allein aus medizinischer Sicht zwingend notwendig. Frauen stellen die Notwendigkeit eines Dammschnittes zunehmend in Frage und bezeichnen sie vereinzelt, öffentlich als Körperverletzung. Gegen Ärzte wurde bereits prozessiert, wegen einer aus Sicht der Frau unnötigen Episiotomie [25, 26].

Fazit

Wird eine Episiotomie erwogen, ist eine mündliche Zustimmung der Frau zur Episiotomie anzustreben. Die mediolaterale Schnittführung sollte bevorzugt und bei vaginal-operativen Entbindungen großzügiger eingesetzt werden, dabei sind Nutzen und Risiken vor der Intervention abzuwägen. Die Daten aus der Qualitätssicherung machen deutlich, dass die Geburtsmedizin ihre Episiotomierate weiter reduziert und versucht, besonnen zu intervenieren. Eine Senkung der Rate konnte von Geburtsmedizinerinnen im akademischen Setting und jüngeren Alters schneller erzielt werden, was die Frage aufwirft, wie man Kollegen mit längerer Berufserfahrung und aus nicht akademischen Krankenhäusern fortbildet und von einer restriktiven Anwendung überzeugt. Der internationale Fachaustausch ist sinnvoll, da der zurückhaltende Einsatz besonders in den USA vorbildlich realisiert wird.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-ärzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

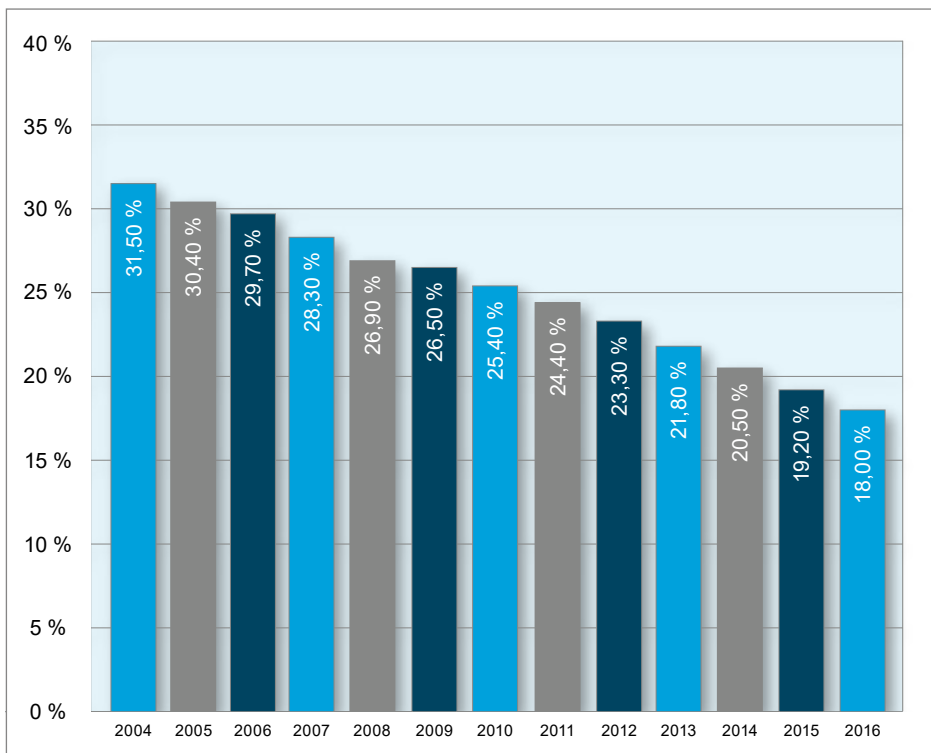


Diagramm: Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ), Modul Geburtshilfe 16/1 2004 bis 2016.



Autorin

Dr. Anne Heihoff-Klose

Abteilung für Geburtsmedizin,
Perinatalzentrum Level I,
Universitätsklinikum Leipzig,
Liebigstraße 20a, Haus 6, 04103 Leipzig

Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatal- und Geburtsmedizin

E-Mail: anne.heihoff-klose@medizin.uni-leipzig.de