

STICHHALTIG ODER FADENSCHERING?

Die Versorgung niedriggradiger Dammrisse post partum

L. Figuero Valdez, E. Giolbas

1. Fallbeschreibung

Frau N., 31 Jahre (III/II), hat soeben in der 39+4. Schwangerschaftswoche ein lebensfrisches Kind (Apgar 10/10/10) **spontan geboren**. Beide sind **wohllauf** und bonden.

Eine außerklinische Geburt war geplant, aufgrund der Vollbelegung des Geburtshauses kam Frau N. in die Klinik. Die **Geburt verlief unkompliziert**. Der Uterus ist fest am Nabel, die Blutung ist physiologisch, ihr Kreislauf ist stabil.

Die Hebamme teilt ihr mit, dass sie einen **Dammriss II. Grades (DR II°)** hat, der gleich nahtversorgt wird. Frau N. ist skeptisch, denn im Geburtshaus hieß es, dass dies bei niedriggradigen Dammrissen (DR I° & II°) nicht zwingend erforderlich sei. Sie will lieber ungestört weiter bonden und fragt:

„Muss ich wirklich genäht werden? Kann der Riss nicht genauso gut von allein verheilen?“

► Forschungsfrage: Ist zur Versorgung eines niedriggradigen Dammrisses (I. und II. Grades) post partum eine Naht erforderlich?

3. Studienlage

Es existieren **Leitlinien**, ein **(Cochrane) Review** und wenige **RCTs** aus dem deutschen und internationalen Raum. Die Studien sind **qualitativ hochwertig**, jedoch von mittlerer Aktualität und durch geringe Proband:innenzahlen limitiert. Die Ergebnisse sind mitunter umstritten und es fehlen Langzeitstudien.

S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin (2020) [4], in Anlehnung an die **NICE-Leitlinie (2017) [7]**

- **DR II°:**
 - Empfehlung zur **Naht der Muskelschichten** aufgrund der **besseren Heilungserfolge**
 - **Haut muss nicht genäht** werden, wenn **gut adaptiert**
 - Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4, **Konsensstärke 100%**
- **DR I°**
 - **Naht verbessert den Heilungserfolg**
 - **nicht notwendig** bei **gut adaptierten Wundrändern**

Cochrane Review Surgical repair of spontaneous tears that occur during childbirth versus no intervention (2011) [8] [9] [10]

- **N = 154** Teilnehmende, Intervention **Naht** versus Nicht-Intervention **Nicht-Naht** von **DR I° oder II°**
- Erfasst: Schmerzempfinden und mütterliche Komplikationen
- Ergebnis: keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich Schmerzinzidenz, Wundheilungsstörungen, Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (KKH) und Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität
 - Naht: Analgetikaverbrauch höher
 - Nicht-Naht: verlängerte Wundheilungsverläufe
 - **nach 8 Wochen post partum keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen**
- Evidenz ist limitiert, keine Empfehlung zugunsten einer Methode

► Die **Entscheidung für Naht oder Nicht-Naht** sollte der **klinischen Expertise** der entscheidenden Personen und den **Präferenzen der Frau** überlassen werden.

► **Informed Choice** muss Informationen über fehlende Langzeitstudien, mögliche verlangsamte Wundheilung und mögliches besseres Befinden bei Nicht-Naht beinhalten.

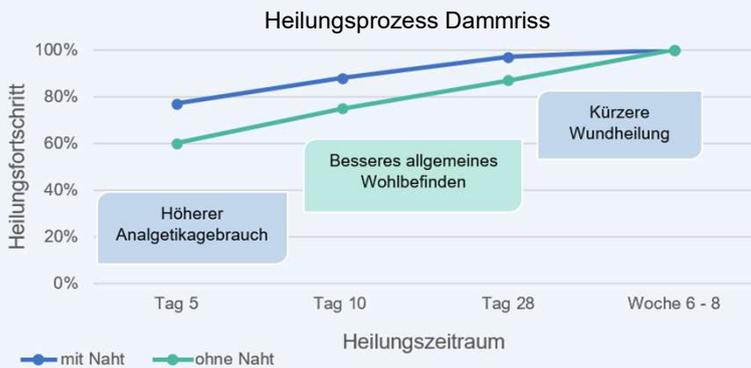


Abbildung 2: Heilungsprozess Dammriss post partum (Eigene Darstellung, 2022 nach [11])

4. Schlussfolgerungen & Empfehlung

Wenngleich die Studienlage zur Versorgung von DR I° & II° limitiert ist, zeigen die Daten dennoch, dass das **Nähen** der spontanen Rissheilung im Hinblick auf Genesung und Wundheilung **nicht per se überlegen** ist. Der beobachtete kürzere Heilungsprozess nach einer Naht steht einem besseren allgemeinen Wohlbefinden und weniger Analgetikaverbrauch bei Nicht-Naht gegenüber. Die S3-Leitlinie **Vaginale Geburt am Termin** greift die Studienlage und die multifaktoriellen Aspekte der Genesung nach DR nur partiell auf. Das niedrige Evidenzniveau gepaart mit dem höchsten Empfehlungsgrad bei 100% Konsensstärke lässt daher eine **auf Expertenmeinungen gestützte Empfehlung zu Gunsten der Intervention Naht** vermuten. **Fehlende Daten** in den Qualitätsberichten der klinischen wie außerklinischen Geburtshilfe zur Behandlung von DR weisen trotz hoher Versorgungszahlen auf ein **geringes Fachinteresse** hin.

Bei der Versorgung von DR I° & II° sollten **neben medizinischen Faktoren** (Blutungen, Adaption der Wundränder, Zustand der Verletzung) ebenso die **Genesungsressourcen** und der **Versorgungswunsch** der zu behandelnden Person Berücksichtigung finden. Erfolgt keine Naht, können eine Lagerung nach Fritsch in den ersten Stunden post partum sowie ein bewegungsreduziertes Wochenbett die Wundheilung begünstigen.

► Frau N.s Fragen sind berechtigt. Ihr **DR II° muss nicht grundsätzlich genäht** werden. Wenn sich der Riss gut adaptiert, die Blutung bald versiegt, die Muskelbeteiligung moderat ist und sie viel Betruhe halten kann, **kann der Verzicht auf die Naht** für sie die **bessere Option** sein. Die Hebamme sollte dies mit ihr besprechen und sie bei einer **informierten Entscheidung** unterstützen.

2. Definition & Prävalenz

2020 wurden in Deutschland 745.804 **Klinikgeburten**, davon 510.523 vaginale Entbindungen (spontan oder vaginal-operativ), erfasst. Dammrisse (DR) wurden in 213.629 Fällen dokumentiert:

DR I° n = 90.720 DR II° n = 113.556 DR III°/IV° n = 9.353

Bei **41,8% der vaginalen Entbindungen** wurden DR gemeldet. DR I° & II° stellten mit 95,6% die überwiegende Mehrheit dar. In der Bundesauswertung Geburtshilfe wird nicht verzeichnet, wie viele davon anteilig nahtversorgt wurden. [1]

Laut Statischem Bundesamt rangierte 2020 die **Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum** mit 394.093 auf **Platz 2 der häufigsten vollstationären Operationen**. [2]

In 239.381 Fällen betraf dies die chirurgische Versorgung von DR:

n = 120.989 Naht an der Haut von Perineum & Vulva (DR I°)
n = 108.642 Naht an Haut & Muskulatur von Perineum & Vulva (DR II°)
n = 9.750 Naht an Haut & Muskulatur von Perineum & Vulva, Naht des Sphincter ani/an Rektum (DR III°/IV°)

* Pro Person sind mehrere Eingriffe möglich. Möglicherweise ein Grund für die Abweichung der Zahlen von dokumentierten & versorgten Dammrissen.

Auf Anfrage bestätigte uns ein deutsches Uniklinikum, dass 2020 **über 99%** der DR I° & II° hausintern **genäht** wurden [3].

► Die vorliegenden Zahlen lassen daher folgern, dass an deutschen **KKH** die deutlich überwiegende **Mehrzahl von DR I & II° chirurgisch nahtversorgt** wird.

Inspektion



Diagnose

DR I°
Oberflächliche Verletzung der Damm- und Vaginalhaut ohne Verletzung der Muskulatur

Maßnahme

Keine Naht
(bei gut adaptierten Wundrändern)

Naht
(für schnelleren Heilungserfolg)

Gewebekleber
(erste Studien erfolgversprechend, kaum Erwähnung in Fachliteratur)



Diagnose

DR II°
Verletzung der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur (M. bulbocavernosus & M. transversus perinei) die Sphinktermuskulatur ist nicht beteiligt [4]

Keine Naht
(bei gut adaptierten Wundrändern)

Naht der Muskulatur
(für schnellen Heilungserfolg, bei gut adaptierten Wundrändern)

Keine Naht der Haut

Naht
(für schnelleren Heilungserfolg)

Abbildung 1: DR I° & II° - Inspektion, Diagnose, Maßnahme (Eigene Darstellung & Zeichnung, 2022)

In der **außerklinischen Geburtshilfe** verzeichnete der Qualitätsbericht der QUAG e.V. für das Jahr 2020 [5] 15.412 außerklinisch geplante & begonnene vaginale Einlingsgeburten. 5.917 (38,4%) der Gebärenden hatten einen Dammriss:

DR I° n = 3.067 DR II° n = 2.703 DR III°/IV° n = 147

*Die Erhebung erfasst auch die klinisch beendeten Geburten. Ob diese doppelt dokumentiert werden, ist nicht ersichtlich.

97,5% davon waren DR I° & II°. **Daten zur Versorgung** von DR im **außerklinischen Setting** sind **nicht veröffentlicht**. Es liegen eine Masterarbeit zu der Thematik [6] sowie Berichte aus der Praxis vor.

► Sie lassen den Schluss zu, dass **außerklinisch** tätige Hebammen die **spontane Rissheilung** von DR I°, in selteneren Fällen auch von DR II°, **befürworten und durchaus praktizieren**.