

Behandlung von Dammrissen dritten und vierten Grades

Leseranfrage von Dr. med. F. P. aus S.

Frage

Für den Belegarzt einer geburtshilflichen Abteilung mit bis zu 700 Geburten kommt immer wieder die Frage auf, wie ein Dammriss (DR) Grad III beziehungsweise DR Grad IV (also Rektumschleimhautriss) post partum versorgt und behandelt werden muss.

Die Frage mag banal erscheinen, aber es gibt erstaunliche Meinungsdivergenzen bezüglich der Versorgung, zum Beispiel von »gar nicht« bis »schnell« abführen etc. Gibt es eine Ernährungsempfehlung? Besondere Nachbehandlungsmaßnahmen?

Antwort

Dammrisse dritten Grades (Durchriss des Sphinkters) und vierten Grades (Anriss des Rektums) können bei vaginalen Geburten trotz aller Vorsichtsmaßnahmen auftreten. *Fitzpatrick et al.* (2) geben zum Beispiel die Häufigkeit eines DR III mit 1,6 % bei Erstgebärenden und 0,6 % bei Mehrgebärenden an.

In der Tat gibt es zurzeit keine Leitlinie der Fachgesellschaften zu dieser Problematik, weder von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, noch vom American College of Obstetricians and Gynecologists. Dagegen gibt es eine Reihe von aktuellen Mitteilungen in der Literatur, die hilfreich sein können, und die im Folgenden in die Überlegungen einbezogen werden.

Für die Nahttechnik selbst gibt es ebenfalls keine einheitliche Empfehlung. Chirurgen und Proktologen wenden

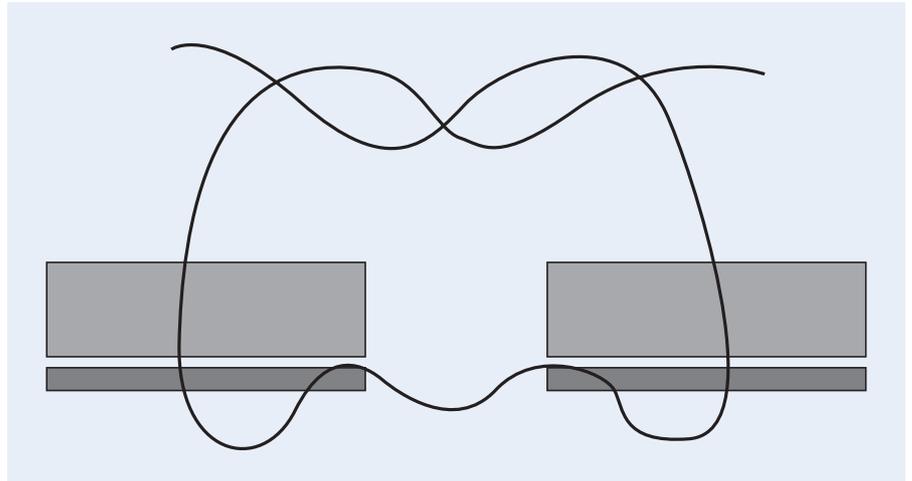


Abb.: Gambee-Naht. Zunächst wird die Darmwand von außen nach innen komplett durchstochen, mindestens zirka einen Zentimeter von der Darmläsion entfernt. Der zweite Stich erfolgt von innen nach außen, wobei nur die Mukosa gefasst wird. Auf der Gegenseite wird die Mukosa tangential nach innen durchstochen. Abschließend wird die Nadel wieder durch die gesamte Darmwand geführt. Die Nähte werden zunächst vorgelegt und abschließend sechs- bis achtmal gegenläufig geknotet

bei sekundärer Versorgung einer Sphinkterdehiszenz eine von *Parks und McPartlin* 1971 beschriebene Technik an (3). Hierbei wird der verletzte Sphinkterabschnitt freipräpariert und die Muskelbäuche werden überlappend vernäht. *Fitzpatrick et al.* (2) haben die Ergebnisse von 87 auf diese Weise operierten Sphinkterverletzungen mit 67 Fällen verglichen, bei denen eine nicht direkte Naht durchgeführt wurde und konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Bei der Naht einer Rektumverletzung gelten die gleichen Regeln wie bei jeder Darmnaht. Als Nahtmaterial kommt Polyglaktin (z.B. Vicryl®) in der Stärke 3-0 oder 4-0 an einer SH-Nadel in Frage. Auch resorbierbare monofile Materialien wie Polydioxanon (PDS®) können verwendet werden. Die Darmwand wird von der Vaginalhaut mobilisiert und wie bei einer Darmanastomose genäht, zum Beispiel mit der Gambee-Technik (Abb.).

Wichtiger als eine bestimmte Stichtechnik oder ein bestimmtes Nahtmaterial ist ein schonender Umgang mit dem Gewebe wie bei allen Darmoperationen üblich, also zum Beispiel nicht zu festes Zusammenziehen der Knoten und nicht zu viele Nähte. Eine detaillierte Kenntnis der recht komplizierten Anatomie des weiblichen Damms ist sicherlich hilfreich (7).

Postoperativ sollten keine Einläufe und keine Suppositorien gegeben werden. Normalerweise wird im Rahmen der Geburtsvorbereitung der Enddarm entleert. Doch auch wenn der Darm nicht auf diese Weise vorbereitet war, dürfte es keine zusätzlichen Probleme geben. Es hat sich gezeigt, dass auch elektive Operationen an Kolon und Rektum ohne mechanische Darmvorbereitung möglich sind (8), genauso wie ein quasi sofortiger Kostenaufbau (1). Sinnvoll wäre jedoch eine ballastarme Kost, zumindest in den ersten Tagen nach der Entbindung.

Als Komplikation eines DR IV kann eine rektovaginale Fistel auftreten, während es nach einem DR III zur Stuhlinkontinenz kommen kann. Nach *Fitzpatrick et al.* (2) hatten immerhin 53% der Patientinnen nach drei Monaten noch Inkontinenzprobleme, die allerdings nicht schwerwiegender Natur waren. Bei 91% bezog sich die Inkontinenz nur auf Flatus und nicht auf Stuhl. *Pinta et al.* (5) fanden dagegen Inkontinenzsymptome bei 61% der Patientinnen nach primärer Sphinkternaht und ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass routinemäßig sechs Monate später eine proktologische Evaluation erfolgen sollte. Dies ist eine Empfehlung, die man durchaus aufgreifen sollte.

Ein weiterer interessanter Vorschlag kommt von *Wheless* (6): In Einzelfällen mag es von Vorteil sein, die Operation eines DR III oder DR IV nicht im Nachtdienst durchzuführen, sondern am Tage, wenn ein erfahrener gynäkologischer Chirurg oder sogar ein Proktologe zur Verfügung steht.

Literatur

1. Feo CV, Romanini B, Sortini D, Ragazzi R, Zamboni P, Pansini GC, Liboni A (2004): Early oral feeding after colorectal resection: a randomized controlled study. *ANZ J Surg* 74, 298–301
2. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C (2000): Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary sphincter repair following obstetrical injury. *Eur J Obstet Gynecol* 89, 159–163
3. Kopf C, Haidinger W, Haidinger D (2004): Ergebnisse des überlappenden Sphinkterreparatur nach geburtstraumatischer Schädigung. *Chirurg* 75, 519–524
4. Parks AG, McPartlin JF (1971): Late repair of injuries of the anal sphincter. *Proc R Soc Med* 64, 1187–1189
5. Pinta TM, Kylänpää ML, Salmi TK, Teramo KAW, Lukkoonen PS (2004): Primary sphincter repair: Are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum* 47, 18–23
6. Wheless CR (1998): Ten steps to avoid fecal incontinence secondary to fourth degree obstetrical tear. *Obstet Gynecol Surv* 53, 131–132
7. Woodman PJ, Graney DO (2002): Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical repair and injury. *Clin Anat* 15, 321–334
8. Zmora O, Mahajna A, Bar-Zakai B, Rosin D, Hershko D, Shabtai M, Krausz MM, Ayalon A (2003): Colon and rectal surgery without mechanical bowel preparation: a randomized prospective trial. *Ann Surg* 237, 363–367

in
use only

Univ.-Prof. Dr. Ralph J. Lellé
MIAC
Frauenklinik
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
E-Mail info@lellenet.de

