

Therapie und Betreuung

# Höhergradige Dammrisse

Die intrapartale Analsphinkterverletzung ist eine ernstzunehmende Geburtskomplikation und tritt bei bis zu 5,9% der vaginalen Geburten auf (1). Es ist die häufigste Ursache der Analinkontinenz bei jungen Frauen und kann postpartale Morbidität sowohl kurz- als auch langfristig generieren mit einer positiven Korrelation zu Blasen-, Darm- und sexueller Dysfunktion (2,3). Die Analinkontinenz kann in bis zu 39% zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führen (4,5). Die zeitige Diagnose und Behandlung der Verletzung ist wichtig, da die Persistenz eines Sphinkterdefekts die Prognose massiv beeinträchtigt (6).

**+** La lésion du sphincter anal intra-partum est une complication grave et touche jusqu'à 5,9% des accouchements vaginaux (1). Elle est la cause la plus fréquente d'incontinence anale chez les jeunes femmes et peut générer une morbidité postpartum à court et à long terme en corrélation positive avec une dysfonction de la vessie, des intestins et une dysfonction sexuelle (2, 3). L'incontinence anale peut entraîner une altération considérable de la qualité de vie jusqu'à 39% des cas (4, 5). Le diagnostic précoce et le traitement de la lésion sont importants, car la persistance d'un défaut du sphincter affecte massivement le pronostic (6).

## Diagnostik

Klinisches Training und Erfahrung haben einen signifikanten Einfluss auf die korrekte Erkennung und Beurteilung des Ausmasses der Sphinkterverletzungen. Zwei prospektive Studien aus Grossbritannien haben eine verbesserte Detektion von höhergradigen Dammrissen bei Frauen nach Spontangeburt gezeigt, wenn ein erfahrener klinischer Forschungs-Fellow die perineale und rektale Untersuchung nach der Untersuchung vor der Versorgung des Perineums wiederholte (7).

Um die Detektionsrate von okkulten oder klinisch nicht verifizierbaren Sphinkterverletzungen zu verbessern, wurde der Einsatz der Endoanalsongraphie überprüft. In einer randomisiert kontrollierten Studie wurde ein Teil der Patientinnen mit Dammriss III. Grades einer klinischen Untersuchung und der andere Teil einer endoanal Ultraschall-Untersuchung zugeteilt und die Verletzungen wurden versorgt. Drei Monate und ein Jahr postpartal gab es keinen Unterschied bezüglich fäkaler Inkontinenz. Jedoch berichteten in der Ultraschall-Gruppe weniger Patientinnen über schwere fäkale Inkontinenz. Wichtig ist, dass 24% der Patientinnen mit Sphinkterverletzung, welche durch Ultraschall diagnostiziert wurde, keine klinische Bestätigung nach chirurgischer Exploration hatten, was auf eine hohe



Dr. med. Marylin Napitupulu  
Basel

Dr. med. Tilemachos Kavvadias  
Basel

Dr. med. Jean-Jacques Ries  
Basel

falsch-positive Rate des endoanal Ultraschalls hindeutet (8). Eine endoanale Routine-Sonographie unmittelbar postpartal ist somit nicht zu empfehlen.

## Nahttechnik für den internen und externen analen Sphinkter

Initial müssen bei der Versorgung eines höhergradigen Dammrisses die gerissenen Enden des analen Sphinkters identifiziert werden. Die zwei Enden sind normalerweise lateral retrahiert und der Einsatz von Allis-Klemmen wird empfohlen, um sie mittig adaptieren zu können. Bei der Versorgung ist auch der Einbezug der faszialen Schicht nebst dem Muskel wichtig. Es gibt zwei anerkannte Techniken zur Versorgung des Sphinkter ani externus: End-zu-End-Versorgung und Überlappungsmethode. Bei der End-zu-End-Versorgung werden die gerissenen Enden des externen analen Sphinkters adaptiert und versorgt. Bei der überlappenden Technik wird ein Ende des Muskels über das andere Ende zur Versorgung gebracht. Da die überlappende Technik eine totale Ruptur und Stumpflängen von 1 bis 1.5 cm auf beiden Seiten voraussetzt, sollte die Technik nicht bei IIIa- oder IIIb-Verletzungen angewendet werden. Gemäss Expertenmeinung wird der Gebrauch von 3-0 Vicryl, 3-0 PDS oder 2-0 Vicryl als Fadenmaterial empfohlen (9,10).

TAB. 1	Indikationen für eine Sectio nach Sphinkterverletzung bei nachfolgenden Schwangerschaften
<b>Mögliche Fälle:</b>	
I	Die Patientin war postpartal symptomatisch bzw. litt an einer analen Inkontinenz
II	Es traten Komplikationen auf (inkl. Wundinfekt) oder eine erneute Versorgung / chirurgische Revision war erforderlich
III	Die Patientin erlitt ein psychisches Trauma und fragt nach einer Sectio caesarea

Eine Meta-Analyse von 6 randomisiert-kontrollierten Studien (588 Patientinnen) unterschiedlicher Qualität hat bei 3c- oder höhergradigen Verletzungen die End-zu-End-Versorgung mit der Überlappungs-Technik verglichen und keine Unterschiede zwischen den zwei Nahttechniken nach 12 Monaten bezüglich Inzidenz von perinealen Schmerzen, Dyspareunie und flatuläre Inkontinenz gefunden. Es gab jedoch eine tiefere Inzidenz bezüglich fäkaler Drangsymptomatik und analer Inkontinenz bei Frauen mit Überlappungstechnik. Die Überlappungstechnik war mit einem tieferen Risiko für anale Inkontinenz nach 12 Monaten assoziiert. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Lebensqualität oder bezüglich Symptome der analen (flatulären und fäkalen) Inkontinenz 36 Monate nach der Versorgung. Für Komplett-Rupturen ist folglich eine End-zu-End-Versorgung oder die überlappende Technik gleichwertig (11).

### Antibiotika

Wundkomplikationen, inklusive Infektionen, Wunddehiszenz oder beides bei Sphinkterverletzungen werden reduziert, wenn intrapartal Antibiotika aus jeglichen Gründen (z.B. bei positiven Gruppe-B-Streptokokken oder Chorioamnionitis) gegeben wurden. In zwei Kohorten-Untersuchungen der gleichen Institution zeigten sich in je einer retrospektiven und prospektiven Studie intrapartale Antibiotika protektiv (59,60). In einer randomisierten kontrollierten Studie, bei welcher die Patientinnen eine Einzeldosis einer Zweitgeneration Cephalosporin (Cefotetan oder Cefoxitin) vs. Placebo während der Sphinkterversorgung erhielten, gab es in der Behandlungsgruppe signifikant geringere Raten an Wundkomplikationen zwei Wochen postpartal (8% vs. 24%,  $P=0.04$ ) (12).

Eine Einmaldosis Antibiotika während der Sphinkterversorgung wird demnach empfohlen.

### Postpartales Management

#### Unmittelbare Nachsorge

Diese beinhaltet die Schmerzkontrolle, die Vermeidung von Obstipation und die Evaluation der Miktion. Das Management der Obstipation wurde in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht, welche eine dreitägige Therapie mit oralen Laxantien versus obstipierende Therapien (mit Codein-Phosphat) verglich. Die Anwendung von oralen Laxantien war mit signifikant weni-

ger Schmerzen (medianes VAS 2 versus 3 beim ersten Stuhlgang,  $P<0.01$ ) und früherem Stuhlgang (median 2 Tage versus 4 Tage,  $P<0.01$ ) assoziiert (13). Stuhlweichmacher und orale Laxantien sollen Patientinnen mit Sphinkterverletzungen verschrieben werden und im Austrittsgespräch eine Empfehlung, zur Verhinderung einer Obstipation gegeben werden.

Adäquate Schmerzkontrolle ist auch ein wichtiger Teil des Managements. Rektale Suppositorien (Diclofenac und Indomethacin) wurden mit Placebo verglichen und in den ersten 24 Stunden gab es keinen nennenswerten Einfluss auf der Schmerzskala, wenn auch die zusätzliche Analgesie für perineale Schmerzen reduziert wurde (14). Obwohl Patientinnen mit Grad-III- oder -IV-Verletzungen in diese Studie eingeschlossen wurden, wurde der Anteil Patientinnen mit Grad-IV-Verletzungen nicht spezifiziert.

Gemäss Expertenmeinungen empfiehlt sich nur eine restriktive Anwendung von rektalen Suppositorien bei Grad-IV-Verletzungen aufgrund des Risikos der schlechten Wundheilung und der Wiedereröffnung der versorgten Wunde. NSAR oder Opiate können zur Schmerzkontrolle angeboten werden, sollten jedoch mit oralen Laxantien oder Stuhlweichmachern kombiniert werden, um den signifikant obstipierenden Nebenwirkungen dieser Medikamente entgegenzuwirken.

#### Kurzfristige (postpartale) und Langzeitpflege

Es gibt keine Standard-Guidelines für Follow-up. Patientinnen mit Sphinkterverletzungen sollten jedoch oft bezüglich Wundheilung betreut werden, um aufgrund der erhöhten Rate an Wundkomplikationen in der kurzfristigen postpartalen Phase die Rate der Re-Hospitalisationen zu senken (15).

Beckenbodentraining mit Elektrostimulation und Biofeedback kann die postpartale Urininkontinenz reduzieren, aber der Effekt auf die postpartale anale Inkontinenz zeigte keinen dauerhaften Langzeiteffekt (16). Der Zusatz von Biofeedback wurde als Möglichkeit zur Verbesserung der motorischen und sensorischen Phase empfohlen, um die kortikale Aufmerksamkeit auf den Sphinkter-Komplex zu lenken. Dennoch gibt es eine randomisierte Studie, welche keinen Benefit des Biofeedback bezüglich der Lebensqualität oder zur Verbesserung der fäkalen Inkontinenzsymptome zeigte (17). Die Beckenboden-Physiotherapie sollte auf jeden Fall Bestandteil der postpartalen Betreuung und Beckenbodenrehabilitation sein.

#### Take-Home Message

- ◆ Klinisches Training und Erfahrung können einen signifikanten Einfluss auf die korrekte Diagnose höhergradiger Dammrisse haben. Dabei ist die korrekte klinische Untersuchung inklusive rektale Palpation vor jeder Dammnahm von grosser Bedeutung.
- ◆ Die End-zu-End-Versorgung und die Überlappungstechnik sind gleichwertig, was die Langzeitsymptome der analen Inkontinenz angeht
- ◆ Intrapartale Antibiotika-Gabe verringert die Rate an Wundkomplikationen.
- ◆ Adäquate Analgesie, Stuhlregulation und Physiotherapie sollte jeder Frau nach Sphinkter-Verletzung empfohlen werden.
- ◆ Bei symptomatischen Sphinkter-Verletzungen, Komplikationen oder psychischem Leiden kann bei einer zukünftigen Schwangerschaft eine Sectio offeriert werden.

#### Messages à retenir

- ◆ La formation clinique et l'expérience peuvent avoir un impact significatif sur le diagnostic correct des déchirures obstétricales du périnée de haut grade (III et IV). L'examen clinique correct, y compris la palpation rectale avant chaque suture périnéale est d'une grande importance.
- ◆ La technique chirurgicale de bout en bout et la technique de chevauchement sont équivalentes en termes de symptômes à long terme de l'incontinence anale.
- ◆ L'administration intra-partum d'antibiotiques réduit le taux de complications de la plaie.
- ◆ Une analgésie adéquate, une régulation des selles et une physiothérapie devraient être recommandées à toute femme après une lésion du sphincter.
- ◆ En cas de lésions du sphincter symptomatiques, de complications ou de détresse psychologique, une césarienne peut être proposée pour une future grossesse.

Frauen mit Sphinkterverletzungen haben ein erhöhtes Risiko für eine anale Inkontinenz (18). Keine der obgenannten Nachsorge-Strategien hat einen präventiven Effekt auf die anale Inkontinenz. Frauen mit positiver Anamnese einer intrapartalen Sphinkterverletzung sollen aktiv nach den Symptomen gefragt und ggf. für weitere Behandlungen überwiesen werden.

### Beratung der Frauen zur Geburt bei nachfolgenden Schwangerschaften

Bis dato gibt es keine prospektive Studie, welche pränatale oder intrapartale Betreuung für darauffolgende Schwangerschaften bzw. Geburten bei Patientinnen mit Status nach Sphinkterverletzung untersucht hat (19). Obwohl das Risiko einer erneuten Sphinkterverletzung bei Frauen mit Status nach Sphinkterverletzung im Vergleich zu Frauen ohne Sphinkterverletzung erhöht ist, bleibt jedoch das absolute Risiko mit 3% tief (16, 17). Grosse retrospektive Studien haben gezeigt, dass 67-90% der Frauen mit Status nach Sphinkterverletzung vaginal gebären (20, 21).

Wenn ein Geburtsmodus entschieden wird, müssen die Frauen die erhöhte Morbidität bei einer Sectio mitberücksichtigen und gegen ein tiefes Risiko eines Rezidivs einer Sphinkterverletzung abwägen. Expertenberichte empfehlen, dass bei Frauen mit Sphinkterverletzung in der Anamnese eine Sectio bei darauffolgenden Schwangerschaften offeriert werden kann, wenn einer der folgenden Fälle auftritt: I) wenn sie eine anale Inkontinenz nach der Geburt erlitten haben, II) wenn es Komplikationen (inklusive Wundinfektion) gab oder eine erneute Versorgung erfolgen musste oder III) wenn sie ein psychologisches Trauma erlitten haben und eine geplante Sectio wünschen (22). Demzufolge ist das Management bei der nächsten Schwangerschaft abhängig von der symptomatischen und klinischen Evaluation. Frauen mit Sphinkterverletzungen in der Anamnese sollten informiert werden, dass das absolute Risiko des Wiederauftretens von Sphinkterverletzungen bei einer folgenden vaginalen Geburt gering ist. Dennoch ist es gerechtfertigt wenn eine Patientin nach Beratung über die assoziierten Risiken eine Sectio wünscht. Asymptomatischen Frauen soll erlaubt werden, eine vaginale Geburt zu haben (22).

gerschaften offeriert werden kann, wenn einer der folgenden Fälle auftritt: I) wenn sie eine anale Inkontinenz nach der Geburt erlitten haben, II) wenn es Komplikationen (inklusive Wundinfektion) gab oder eine erneute Versorgung erfolgen musste oder III) wenn sie ein psychologisches Trauma erlitten haben und eine geplante Sectio wünschen (22). Demzufolge ist das Management bei der nächsten Schwangerschaft abhängig von der symptomatischen und klinischen Evaluation. Frauen mit Sphinkterverletzungen in der Anamnese sollten informiert werden, dass das absolute Risiko des Wiederauftretens von Sphinkterverletzungen bei einer folgenden vaginalen Geburt gering ist. Dennoch ist es gerechtfertigt wenn eine Patientin nach Beratung über die assoziierten Risiken eine Sectio wünscht. Asymptomatischen Frauen soll erlaubt werden, eine vaginale Geburt zu haben (22).

**Dr. med. Marylin Napitupulu**

**Dr. med. Tilemachos Kavvadias**

**Dr. med. Jean-Jacques Ries**

Frauenklinik, Universitätsspital Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Basel  
tilemachos.kavvadias@usb.ch

**Interessenskonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Literatur:

- Ismail SI, Puyk B. The rise of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): 11-year trend analysis using Patient Episode Database for Wales (PEDW) data. *J Obstet Gynaecol* 2014;34(6):495-8
- Richter HE, Nager CW, Burgio KL, Whitworth R, Weidner AC, Schaffer J, Zyczynski HM, Norton P, Jelovsek JE, Meikle SF, Spino C, Gantz M, Graziano S, Brubaker L, NICHHD Pelvic Floor Disorders Network. Incidence and predictors of anal incontinence after obstetric anal sphincter injury in primiparous women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015 Jul-Aug;21(4):182-9
- Marsh F, Lynne R, Christine L, Alison W. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;154(2):223-7
- Sultan AH, Thakar R. Third and fourth degree tears. In : *Perineal and Anal Sphincter Trauma*. Springer-Verlag: London, 2007; 33–51
- Samarasekera DN, Bekhit MT, Wright Y, Lowndes RH, Stanley KP, Preston JP, Preston P, Speakman CT. Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury *Colorectal Dis* 2008;10:793–799
- Kirss J, Pinta T, Böckelman C, Victorzon M. Factors predicting a failed primary repair of obstetric anal sphincter injury. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; DOI: 10.1111/aogs.12909
- Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;101:19–21. (Level II-2)
- Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005;106: 6–13. (Level I)
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York (NY): McGraw-Hill Medical; 2014. (Level III)
- Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:318–23. (Level III)
- Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD002866. DOI: 10.1002/14651858.CD002866.pub3. (Meta-Analysis)
- Duggal N, Mercado C, Daniels K, Bujor A, Caughey AB, El-Sayed YY. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111:1268–73. (Level I)
- Mahony R, Behan M, O’Herlihy C, O’Connell PR. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum* 2004;47:12–7. (Level I)
- Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003931. DOI: 10.1002/14651858.CD003931. (Meta-Analysis)
- Lewicky-Gaup C, Leader-Cramer A, Johnson LL, Kenton K, Gossett DR. Wound complications after obstetric anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol* 2015;125:1088–93. (Level II-2)
- Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25:487–98. (Meta-Analysis)
- Peirce C, Murphy C, Fitzpatrick M, Cassidy M, Daly L, O’Connell PR, et al. Randomised controlled trial comparing early home biofeedback physiotherapy with pelvic floor exercises for the treatment of third-degree tears (EBAPT Trial). *BJOG* 2013;120:1240–7; discussion 1246. (Level I)
- Sultan A, Kamm M, Hudson C, Thomas J, Bartram C. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993;329:1905–11. (Level II-3)
- Farrar D, Tuffnell DJ, Ramage C. Interventions for women in subsequent pregnancies following obstetric anal sphincter injury to reduce the risk of recurrent injury and associated harms. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD010374. DOI: 10.1002/14651858.CD010374.pub2. (Meta-Analysis)
- Basham E, Stock L, Lewicky-Gaup C, Mitchell C, Gossett DR. Subsequent pregnancy outcomes after obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013;19:328–32. (Level II-3) [PubMed]^
- Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S. Risk of recurrence and subsequent delivery after obstetric anal sphincter injuries. *BJOG* 2012;119:62–9. (Level II-3)
- Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, editors. *Perineal and anal sphincter trauma*. London: Springer-Verlag; 2007. (Level III)