


Erstelldatum: 27.05.2011		1931 Geburtshilfe		Nr. 1931113/2		Seite 1 von 5	
Dammverletzungen und deren Versorgung				Kantonsspital Aarau 			
<b>A Verfasser:</b> Sükrü Arioglu		<b>Genehmigt am:</b> 20.06.2016		<b>Ersetzt Versionen:</b>			
<b>Anlaufstelle:</b> Geburtshilfe		<b>Genehmigt durch:</b> Monya Todesco		1931113/1 v. 16.5.2011 Damriss III und IV			
<b>Telefon:</b> 9581		<b>Gültig ab:</b> 20.06.2016		Vom Internet ins Intranet am 21.12.2015			
<b>E-Mail:</b> <a href="mailto:suekrue.arioglu@ksa.ch">suekrue.arioglu@ksa.ch</a>		<b>Gültig bis:</b> 19.06.2019					

## 1. Nomenklatur der perinealen Geburtsverletzungen nach Sultan 1999

- **Damriss ersten Grades:** Verletzung der perinealen Haut, des subkutanen Gewebes und des Scheidenepitels. Die perineale Muskulatur ist intakt.
- **Damriss zweiten Grades:** Verletzung dringt in die Faszie und Muskulatur des Perineums ein. Die oberflächliche und tiefe transverse Perinealmuskulatur, Teile des m. pubococcygeus und bulbocavernosus sind verletzt. Die Analsphinktermuskulatur ist intakt.
- **Damriss dritten Grades:** Die Verletzung involviert zusätzlich teilweise oder gänzlich den externen Analsphinktermuskel (EAS) und/oder den internen Analsphinktermuskel (IAS).  
Der DR 3 ist unterteilt in
  - 3a: < 50 % des EAS ist gerissen
  - 3b: > 50 % des EAS ist gerissen
  - 3c: IAS ist gerissen (zusätzlich ist der EAS durchtrennt)
- **Damriss vierten Grades:** Die Verletzung betrifft auch das Rectum (Mukosa).

## 2. Generelles

- So wenig Nahtmaterial wie möglich nutzen (je weniger Fremdmaterial desto besser die Heilung!)
- Antibiotikaphylaxe (Cefuroxim 1.5 g (3 g ab 80 kg KG) i.v. / bei Allergie Clindamycin 600 mg i.v.) ist nur bei Verletzungen III und IV Grades notwendig.
- Eine gute Lagerung, Beleuchtung und Assistenz ist für den Erfolg der Versorgung wichtig.
- Bei Verunreinigungen der Wundfläche mit Stuhl muss die Wunde gründlich (z.B. erst mit Wasser und dann mit Octenisept) ausgespült werden.
- Anästhesie: Falls schon eine PDA liegt, braucht es in den meisten Fällen keine zusätzliche Anästhesie. Wenn nicht reicht für die Versorgung eines DRI-II in der Regel eine Lokalanästhesie des Dammes aus. Die Scheide zu betäuben ist nicht nötig, da sie kaum schmerzempfindlich ist. Bei DR IV wird die Versorgung der Wunde im OPS gemacht. Die Narkose wird je Absprache mit der Patientin und dem Anästhesisten geplant. Die Frau sollte keine Schmerzen empfinden und die Muskulatur entspannt sein.
- Empfehlungen der Versorgung des DR III:
  - end-zu-end oder überlappend möglich da keine eindeutigen Ergebnisse für eins von beiden nachweisbar sind (1,2) Empfehlung: Der Operateur sollte die Version, die ihm besser liegt nehmen.
  - Läsionen des Musculus sphincter internus suchen und mitversorgen.
- Nahtmaterial
  - Damm-/Scheidennaht
    - ✓ Vicryl 2/0 für die Scheide und die tiefen Nähte des Dammes
    - ✓ Vicryl Rapid 4/0 für die oberflächlichen Nähte, die Labien (nur wenn blutend) und die Hautnaht
    - ✓ PDS 2/0 für die Sphinkter und PDS 3/0 für Rectumnähte

## 3. Scheidennaht

- Die Scheide muss vor der Naht ausführlich inspiziert werden (es können mehrere Scheidenrisse zugleich vorhanden sein).
- ev. einführen eines Maustupfers zur besseren Übersicht
- Darstellung des kranialen Endes der Verletzung
- Anfang der Naht ca. 0.5 cm kranial des Anfangs des Scheidenrisses
- fortlaufende, nicht überwendliche Naht bis zum Hymenalsaum mit 2/0 Vicryl

# Dammverletzungen und deren Versorgung

- Falls der Anfang der Verletzung nicht gut darstellbar ist, kann eine Umstechung am sichtbaren, kranialsten Punkt der Verletzung als Haltefaden gesetzt und dann mit leichtem Zug an dem Faden der Riss besser dargestellt werden.
- Bei komplizierten Rissen der Scheide kann ein angeklebter Haltefaden am Hymenalsaum eine gute Hilfe zur Rekonstruktion der Anatomie sein.
- Bei der Naht der Scheide wird neben der Mukosa auch das darunter liegende verletzte Gewebe (rectovaginal Septum) mit in die Naht eingefasst. (**Cave Risiken:** Durchstich in das Rectum/Verengung der Scheide/Hämatombildung) Keine zu oberflächlichen oder zu tiefen und auch keine zu weit lateral ausladenden Einstiche. Es sollte nur das verletzte Gewebe adaptiert werden.
- Ist der Hymenalsaum erreicht, wird ein Endknoten gemacht ohne das Hymen mit einzuknoten (Abb. A). Bei kleinen Scheiden/Dammverletzungen kann auch mit dem gleichen Faden der Damm versorgt werden. Hierbei wird ohne Knoten der Hymenalsaum unterstochen und im Damm die Naht fortgeführt. (Abb. B)

Abbildung A

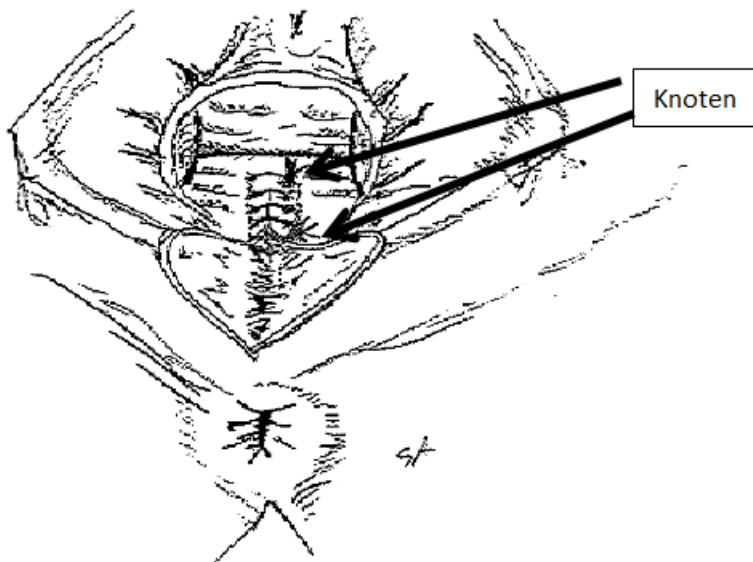
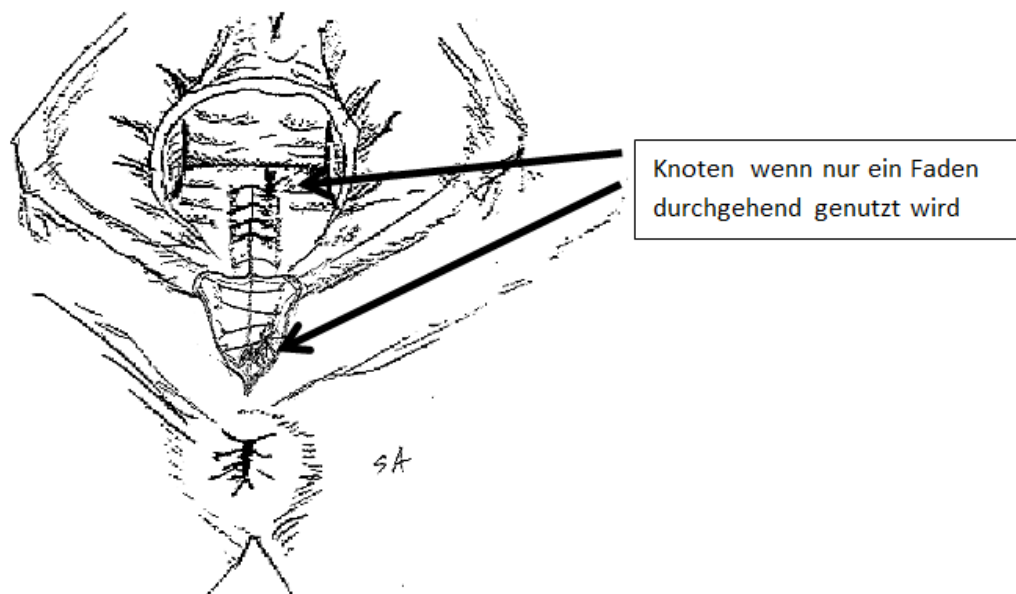


Abbildung B



# Dammverletzungen und deren Versorgung

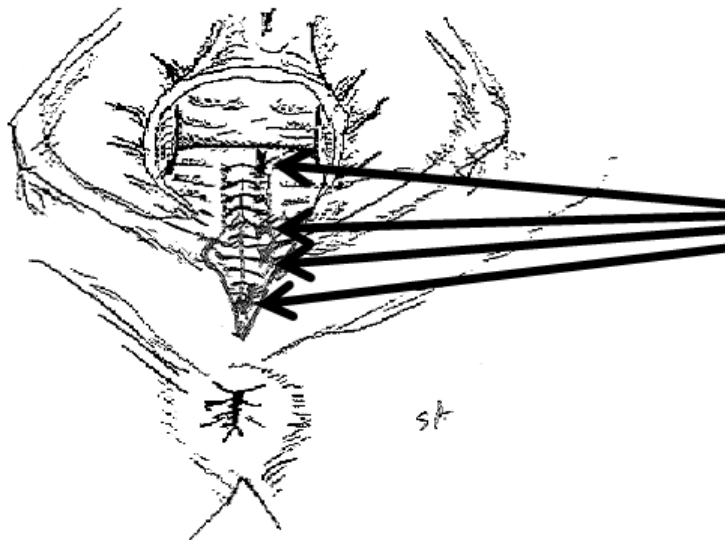
Kantonsspital Aarau



## 4. Damмнаht

- Nahtmaterial ist der gleiche Faden wie bei der Scheidennaht
- Bei tiefen Dammrissen (Grad II) wird zwei oder dreischichtig genäht.
- Erste Schicht ist die Muskulatur.
- Sie wird fortlaufend nichtüberwendlich vom Introitus Richtung dorsal bis zum Ende der Verletzung geführt und hier ein versenkter Endknoten gemacht (Abb. B).
- Falls der Faden in der Scheide geknotet wurde und ein neuer Faden für den Damm genutzt wird, wird der Anfangsknoten in der Tiefe der Dammverletzung gesetzt. Falls der Dammriss sehr tief ist, kann vor der Muskelnaht eine tiefe fortlaufende Naht gemacht werden. Dafür sollten die Anfangs- und Endknoten in der Tiefe bleiben (Abb. C).

Abbildung C

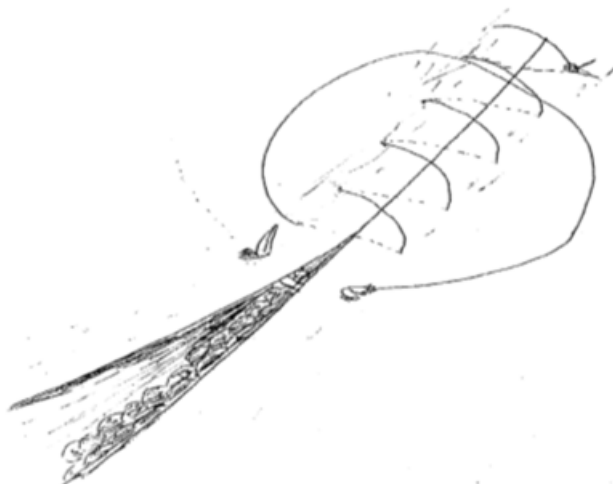


4 Knoten bei 2 Fäden  
und/oder bei tiefer  
Dammnaht

## 5. Hautnaht


- Die Hautnaht wird fortlaufend mit 4/0'er Vicryl Rapid Faden gemacht. Der erste Knoten wird an der unteren Kommissur/Anfang des Dammes gemacht. Dann wird fortlaufend (Kürschnernaht Abb. D) genäht und am Ende wieder ein Knoten wie am Anfang gemacht.
- Der Faden muss später nicht entfernt werden.

Abbildung D



SA

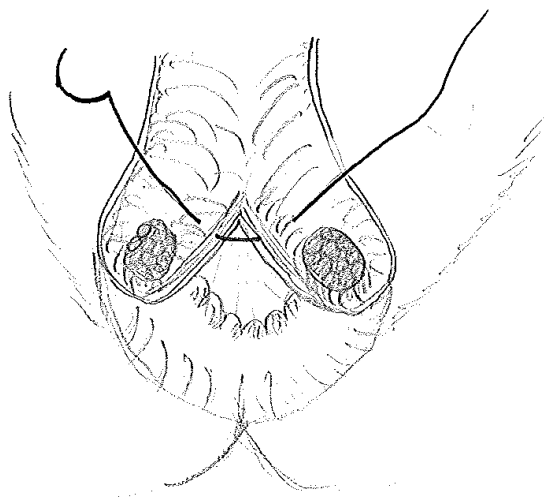
## Dammverletzungen und deren Versorgung

Kantonsspital Aarau 

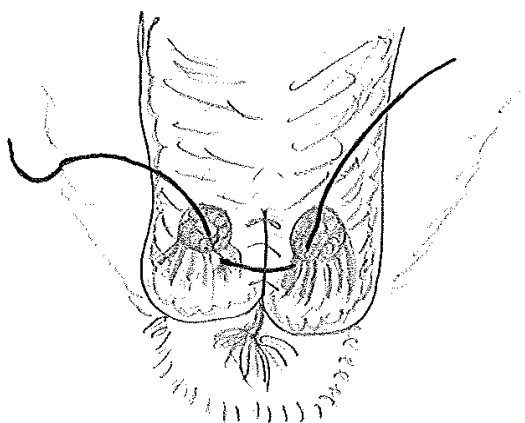
### DR III und IV

Vorgehen bei der chirurgischen Versorgung

- perioperative antibiotische Prophylaxe mit Cefuroxim 1,5 g i.v.
- Naht der Analwand (perirektales Bindegewebe, Muscularis und Submucosa unter Aussparung der Mucosa) mit Einzelknopfnähten mit PDS-Faden Stärke 3-0 (bei DR IV)



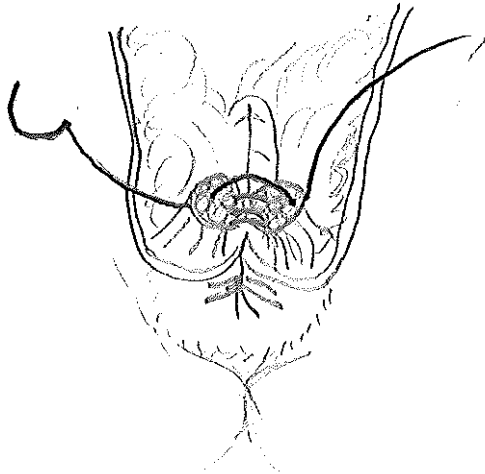
- End-zu-End-Naht des Musculus sphincter ani externus mit einzelnen U-Nähten mit PDS-Faden der Stärke 2-0



Setzen von U-Nähten zur Adaptation Stoss auf Stoss nach optimaler Darstellung der Muskelenden, von dorsal beginnend.

## Dammverletzungen und deren Versorgung

Kantonsspital Aarau



Komplettierung der Naht im ventralen Bereich. Überprüfung des Ergebnisses durch rektale Palpation. Versorgung der Vaginal- und Dammverletzungen wie üblich.

- Stuhlregulation, antiphlogistische Therapie, keine rektale Medikation

### Generelle Daten-Quelle

UpToDate (Sep 2015) Repair of episiotomy and perineal lacerations associated with childbirth (Versorgung von Episiotomien und perinealer Geburtsverletzungen.) Marc R Togli, MD

1. Fernando R, Sultan A, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (Versorgungsmethoden der Analsphinkterverletzungen unter der Geburt). Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013
2. Farrell SA, Gilmour D, Turnbull GK, Schmidt MH et al. Overlapping compared with end-to-end repair of third- and fourth-degree obstetric anal sphincter tears: a randomized controlled trial. (Randomisierte Studie über den Vergleich von End zu End Naht und überlappender Naht des Sphinkter ani bei DR II und IV) Obstet Gynecol. 2010 Jul;116(1):16-24