

Erstelldatum: 19.05.2003		1931 Geburtshilfe		Nr. 193126/2		Seite 1 von 2	
Episiotomie				Kantonsspital Aarau 			
<b>Verfasser:</b> Sükrü Arioglu, LA		<b>Genehmigt am:</b> 18.04.2019		<b>Ersetzt Versionen:</b>			
<b>Anlaufstelle:</b> FKL		<b>Genehmigt durch:</b> M. Todesco		Ohne Anpassung um 3 Jahre verlängert			
<b>Telefon:</b> 5073		<b>Gültig ab:</b> 18.04.2019		18.4.2019			
<b>E-Mail:</b> <a href="mailto:suekrue.arioglu@ksa.ch">suekrue.arioglu@ksa.ch</a>		<b>Gültig bis:</b> 17.04.2022					

## 1. Ausgangslage

Episiotomien werden zur Beschleunigung der Endphase der Geburt getätigt. Die Prävalenz ist geographisch sehr variabel und beträgt zwischen 10% in Schweden bis zu 100 % in Argentinien und Taiwan. In der Frauenklinik liegt die Episiotomie-Rate im Jahr 2015 bei 8 %.

## 2. Aktuelle Datenlage

- Episiotomien steigern den Grad der Perinealen Verletzungen<sup>(1)</sup>
- bezüglich postpartalen Schmerzen und Dyspareunie gibt es keine eindeutigen Daten
- solange die Episiotomie beim Einschneiden des Kopfes gemacht wird, besteht die Annahme, dass zu der Zeit die Levatormuskulatur entweder zur Seite gedrängt oder schon gerissen ist und durch die Episiotomie nicht verletzt wird
- Episiotomien führen zu vermehrten Komplikationen im Heilungsprozess in den ersten 7 Tagen postpartal
- für den Beckenboden ist eine Episiotomie keine Prophylaxe (für eine Beckenbodeninsuffizienz)<sup>(2)</sup> - zudem heilen Dammsrisse genauso gut, wie Episiotomien

## 3. Indikation zur Episiotomie

Eindeutige Gründe das Kind in den nächsten 3 - 4 Wehen auf die Welt bringen zu müssen und Gründe zur Annahme eine Episiotomie würde das ermöglichen (z.B. sehr straffer Damm, sonographisch grosser Kindes Kopf - bei gleichzeitig pathologischem CTG usw.)

## 4. Art der Episiotomie

- Mediolateral (Verminderung des Risikos für DR Grad III und IV im Vergleich zu medialer Episiotomie<sup>(3,4,5,6,7,8)</sup>)
- nur bei auf dem VT straff ausgedünntem (aufgespanntem) Damm und deutlich einschneidendem Kindes Kopf/-steiss
- von der hinteren Kommissur ausgehend ca. 80 - 90 Grad zur Mittellinie (der Winkel verzieht sich nach der Geburt dann wieder auf 30 - 60 Grad)
- Länge des Schnittes ca. 3 - 5 cm

### Nicht zu vergessen ist:

Risiko eines DR III oder IV ohne Episiotomie = 1 %  
bei mediolateraler Episiotomie = 9 %  
bei medianer Episiotomie = 20 %<sup>(9)</sup>

**Also erst gut überlegen dann die Schere in die Hand nehmen!**

# Episiotomie



## Quellen

- (1) Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95:464. (Verhinderung des perinealen Traumas unter der Geburt)
- (2) Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005; 293:2141. (Ergebnisse der routine-Episiotomie)
- (3) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top guideline No. 29, March 2007. (Management bei DR III und IV)
- (4) Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:591. (Der Bezug von Episiotomien zu perinealen Traumen und Morbidität, sexueller Dysfunktion und Beckenbodenproblemen)
- (5) Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet Gynecol* 1990; 75:765. (Mediane Episiotomie mehr Nachteile als Vorteile)
- (6) Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, et al. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *CMAJ* 1997; 156:797. (Bezug der medianen Episiotomie zu hochgradigen perinealen Verletzungen bei Erstgebärenden)
- (7) Helwig JT, Thorp JM Jr, Bowes WA Jr. Does midline episiotomy increase the risk of third- and fourth-degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol* 1993; 82:276. (Erhöht die mediane Episiotomie das Risiko ders DR III und IV bei operativen Geburten)
- (8) Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ. A comparison between midline and mediolateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:408. (Vergleich zwischen medianer und mediolateraler Episiotomie)
- (9) Owen, J, Hauth, JC. Episiotomy infection and dehiscence. In: Gilstrap, LC III, Faro, S (eds) *Infections in Pregnancy*, Alan R Liss, New York 1990. (Episiotomie Infektionen und Dehizens)