



## Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt

# Management von Dammrissen III/ IV. Grades nach Vaginaler Geburt

Leitlinienprogramm

**gynécologie**  
suisse



**OEGGG**

## Federführender Autor/en:

Autor	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. Werner Bader	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB)
Dr. Stephan Kropshofer	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)



**A|U|B**

## Mitglieder der Arbeitsgruppe:

PD Dr. Thomas Aigmüller,  
Prof. Dr. Andrea Frudinger  
Prof. Dr. Engelbert Hanzal  
Dr. Susanne Hölbfer  
Moenie van der Kleyn MPH  
Prof. Dr. Annette Kuhn  
Prof. Dr. Christl Reisenauer

Dr. Katrin Beilecke  
Dr. Ksenia Halpern  
Prof. Dr. Hanns Helmer  
Dr. Hansjörg Huemer  
Dr. Irmgard E. Kronberger  
Prof. Dr. Johann Pfeifer

# Management von Dammrissen III/ IV. Grades nach Vaginaler Geburt

Leitlinienprogramm

gynécologie  
suisse



OEGGG

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB)
Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie Österreich (ACP)
Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin e.V. (AGG)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Coloproktologie Deutschland (CACP)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)
Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC)
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Österreichisches Hebammengremium
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)



A|U|B

## Epidemiologie

Konsensbasierte Empfehlung		1.E 1
Expertenkonsens	Konsensusstärke	+++
Ist eine Episiotomie indiziert, so sollte diese mediolateral durchgeführt werden um den M. sphincter ani nicht durch den Schnitt selbst zu verletzen.		-



## Reihung der Risikofaktoren in absteigender Gewichtung

- ➔ Forzeps (OR 2,9 – 4,9)
- ➔ Geburtsgewicht > 4 kg oder kindlicher Kopfumfang >35cm (OR 1,4 – 5,2; steigend mit dem Geburtsgewicht des Kindes)
- ➔ Mediane Episiotomie (OR 2,4 – 2,9)
- ➔ Nulliparität (OR 2,4)
- ➔ Vacuumextraktion (OR 1,7 – 2,9)
- ➔ GFM Female genitale Mutilation (OR 1,6 – 2,7)
- ➔ Occipitoposteriore Haltung (OR 1,7 – 3,4)
- ➔ Schulterdystokie (OR 2)
- ➔ Verlängerte Dauer der Austreibungsperiode (OR 1,2 – 3,9)
- ➔ Kristeller-scher Handgriff / Fundusdruck (OR 1,8)
- ➔ Geburt in Steinschnittlage oder tief hockender Position (OR 1,2 – 2,2)



OEGGG



A|U|B

## Risikoreduzierende Faktoren

- ➔ Selektive Episiotomie (OR 0,7)
- ➔ mediolaterale Episiotomie im Rahmen von vaginal-operativer Entbindungen (OR 0,2 – 0,5)
- ➔ perineale feuchte Kompressen (OR 0,5)
- ➔ Antenatale oder subpartale Dammmassage (OR 0,5)



## Geburtshilfliche Maßnahmen- Weder Prophylaxe noch Risiko erhöhend

- ➔ Zeitpunkt und Art des Pressens
- ➔ Wassergeburt
- ➔ Ritgen´s Manöver
- ➔ Vaginale Ballondilatation während der Schwangerschaft
- ➔ „hands -on“ vs. „hands -off“ Techniken. „Hands -off“ verhindert Dammschnitte aber hat keinen Einfluss auf Ri ssverletzungen
- ➔ Dammassage (OR 0,5)



## Maßnahmen ohne endgültige Beurteilung

- ➔ Geburtseinleitung und Wehenstimulation
- ➔ Mütterliche Adipositas
- ➔ Periduralanästhesie

Auch die Rolle der Episiotomie in Bezug auf die Parität sowie den Winkel der Schnittführung erfordert weitere Untersuchungen.





## Klassifikation

Von einem höhergradigen Dammriss spricht man, wenn zumindest der M. sphincter ani externus verletzt ist:

- ➔ **Dammriss III** : Sphinkter verletzt, Rektumwand intakt
- ➔ **Dammriss IV** : Sphinkter verletzt, Rektum eröffnet

Die folgende Unterteilung des DR III kann hilfreich sein:

- ➔ **IIIa** : weniger als 50% der Muskeldicke des M. sphincter ani externus zerrissen
- ➔ **IIIb** : mehr als 50% der Muskeldicke des M. sphincter ani externus zerrissen
- ➔ **IIIc**: M. sphincter ani externus und internus zerrissen

## Diagnostik

### Konsensbasierte Empfehlung 3.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei unklaren Wundverhältnissen soll ein Arzt mit hoher Fachkompetenz beigezogen werden (vorrangig Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Facharzt mit koloproktologischer Expertise)

### Konsensbasierte Empfehlung 3.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Zweifelsfall sollte der höhergradige Dammriss als Diagnose gewählt werden.

## Postpartale Versorgung – Operatives Vorgehen I

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Versorgung des DR III/IV soll in einer adäquaten Regional- oder Allgemeinanästhesie) zur Erreichung einer optimalen Darstellung des Operationsgebietes und einer maximalen Sphinkterrelaxation erfolgen.

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Versorgung des DR III/IV soll in einem geeigneten Eingriffsraum mit adäquater Beleuchtung erfolgen. Geeignete Instrumente mit atraumatischen Klemmen für die Darstellung der Sphinktermuskulatur sind vorzuhalten. Eine Assistenz soll anwesend sein.

Vollständige aseptische Verhältnisse können in ausgewählten Fällen von Vorteil sein.

## Postpartale Versorgung – Operatives Vorgehen II

Konsensbasierte Empfehlung 4.E1	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei der Versorgung des DR III/IV soll einmalig perioperativ ein Antibiotikum verabreicht werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 4.E2	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei der Versorgung des DR III/IV sollte atraumatisches, langsam resorbierbares Nahtmaterial verwendet werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 4.E3	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die Anlage eines Anus praeter soll im Rahmen der primären Versorgung von höhergradigen Dammrissen nicht vorgenommen werden.	

## Postpartale Versorgung

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E1

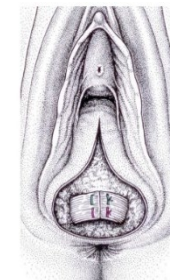
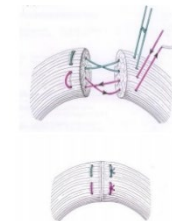
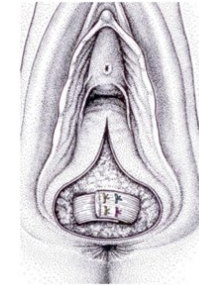
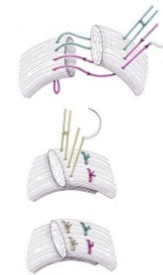
Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Operationsteam soll bei einer Dammriss III / IV Versorgung ein Facharzt mit ausreichender Erfahrung (vorrangig Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Facharzt mit koloproktologischer Expertise) zur Verfügung stehen. In Ausnahmefällen kann die Versorgung auch bis zu 12 Stunden postpartal durchgeführt werden, um eine fachgerechte Versorgung zu gewährleisten.

## Operative Strategie

1. Feststellung zusätzlicher Geburtsverletzungen und exakte Klassifikation des Dammrisses mittels Spiegeleinstellung und rektaler Untersuchung
2. Gegebenenfalls zuerst Versorgung von Zervix- und hohen Scheidenrissen, von innen nach außen, danach Versorgung des Dammrisses.
3. Bei DR IV: Rektumnaht Stoß auf Stoß, atraumatisch, vorzugsweise mit Fadenstärke 3-0
4. Bei auffindbaren Enden des M. sphinkter ani internus – Adaptation derselben mit atraumatischen Einzelknopfnähten, vorzugsweise mit Fadenstärke 3-0
5. Identifikation der Enden des M. sphincter ani externus und Fassen mit Allis-Klemmen
6. Naht des M. sphinkter ani externus mit atraumatischen U-Nähten – vorzugsweise mit Fadenstärke 2-0.
  - a. Überlappende Technik
  - b. Stoß-auf-Stoß Technik. Bei inkomplettem Riss des Muskels sollte diese Technik angewendet werden
  - c. Der Operateur soll die Methode, bei der die größere Routine besteht, zur Anwendung bringen.
7. Schichtweise Versorgung des Dammes
8. Dokumentation der Geburtsverletzungen und Verfassen eines OP-Berichtes.



Expertenkonsens	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei DR IV sollte die Rektumnaht Stoß auf Stoß, atraumatisch, vorzugsweise mit Fadenstärke 3-0 erfolgen.	

Konsensbasierte Empfehlung 4.E1	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei auffindbaren Enden des M. sphincter ani internus soll die Adaptation derselben mit atraumatischen Einzelknopfnähten, vorzugsweise mit Fadenstärke 3-0 erfolgen.	

Konsensbasierte Empfehlung 4.E2	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei inkomplettem Riss des M. sphincter ani externus sollte die Stoß-auf-Stoß Technik angewendet werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 4.E3	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Da weder die Stoß-auf-Stoß Technik noch die überlappende Technik in der Versorgung des Risses des M.sphincter ani externus eine Überlegenheit gezeigt hat, soll der Operateur die Methode, bei der die größere Routine besteht, zur Anwendung bringen.	

## Maßnahmen für das Wochenbett I

Konsensbasierte Empfehlung 5.E1	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die postoperative Gabe von Laxantien sollte über eine Therapiedauer von zumindest 2 Wochen erfolgen.	

Konsensbasierte Empfehlung 5.E2	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Eine tägliche Reinigung mit fließendem Wasser, insbesondere nach Stuhlgang wird empfohlen. Diese können z.B. als Spülungen oder Wechselduschen durchgeführt werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 5.E3	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Sitzbäder (mit oder ohne Zusätzen) oder Wundsalben sollten nicht angewandt werden.	



## Maßnahmen für das Wochenbett II

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Kühlende Auflagen oder gekühlte topische Schmerzmittel können Schwellung und damit Schmerzen positiv beeinflussen und sollten angewandt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Auf eine ausreichende Schmerztherapie soll geachtet werden, da die lokalen Schmerzen zu einem Harn- aber auch Stuhlverhalt führen können.

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei unkompliziertem Heilungsverlauf im Wochenbett sollte von einer rektalen Untersuchung Abstand genommen werden.

## Maßnahmen für das Wochenbett III

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Patientinnen sollen über das Ausmaß der Geburtsverletzung sowie deren Spätfolgen aufgeklärt werden. Dies beinhaltet auch die Information zur Nachsorge, zu Verhaltensmaßnahmen sowie Hilfsangeboten.

Eine Aufklärung über die möglicherweise lange Latenzzeit bis zum Auftreten von Symptomen einer analen Inkontinenz soll erfolgen.

## Nachsorge

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine gynäkologische oder koloproktologische Nachuntersuchung sollte nach etwa 3 Monaten mit besonderem Schwerpunkt auf die Anamnese, Symptome der analen Inkontinenz, der Inspektion sowie vaginaler und rektaler Palpation erfolgen.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Zuweisung zur Physiotherapie zum Zweck der Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur sollte erfolgen.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei persistierenden Beschwerden analer Inkontinenz trotz Ausschöpfen aller konservativen Therapieoptionen soll die Patientin an ein Zentrum mit entsprechender Expertise (Endoanalsonographie, konservative sowie operative Therapieoptionen) weitergeleitet werden.

## Empfehlungen für Folgegeburten

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine elektive Sectio caesarea sollte Frauen nach Dammriss III/IV angeboten werden, insbesondere Patientinnen mit persistierenden Symptomen einer Stuhlinkontinenz, reduzierter Sphinkterfunktion oder bei vermuteter fetaler Makrosomie.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei gewünschter Spontanentbindung soll eine ausführliche Anamnese bezüglich möglicher Folgen einer vorausgegangenen DR III/IV – Verletzung und eine sorgfältige Aufklärung erfolgen.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei angestrebter Spontanentbindung soll bei Zustand nach DR III/IV eine Episiotomie restriktiv angewendet werden.