Episiotomie: To do or not to do?

Die Leitung der Geburt insbesondere in der Austreibungsphase hat neben der unbeschadeten Geburt des Kindes auch die Protektion der Mutter vor kurz- und langfristigen Folgen des Beckenbodentraumas zum Ziel. In einer aktuellen Untersuchung gingen de Leeuw J. L. et al. (BJOG 2008;115:104–108) der Frage nach ob eine mediolaterale Episiotomie bei vaginal operativen Geburten höhergradige Dammrisse und Sphinkterverletzungen vermeiden hilft. Im holländischen Geburtsregister wurden 21 254 Vakuum Extraktionen und 7 478 Forzepsentbindungen untersucht. Die Autoren errechneten das Risiko für Sphinkterverletztungen in den einzelnen Risikogruppen und kalkulierten daraus das relative Risiko. Bei den Vakuum Extraktionen traten 646 (3.0 %), bei den Forzepsentbindungen 348 (4.7 %) Dammrisse III° und IV° auf. Als wichtigste Risikofaktoren wurden Primiparität, dorsoposteriore Lage und das Geburtsgewicht identifiziert. Die meisten Sphinkterverletzungen traten in der Gruppe ohne Episiotomie auf: 22.7 % (168/793, rel. Risiko 1.0). Bei medianen Episiotomien 8,54 % (7/82, rel. Risko 0.42) und nach mediolateraler Epi 2.60 % (173/6657 rel. Risiko 0.12). Die Autoren empfehlen deshalb bei der vaginal operativen Entbindung die mediolaterale Episiotomie zur Prävention höhergradiger Dammrisse einzusetzen.

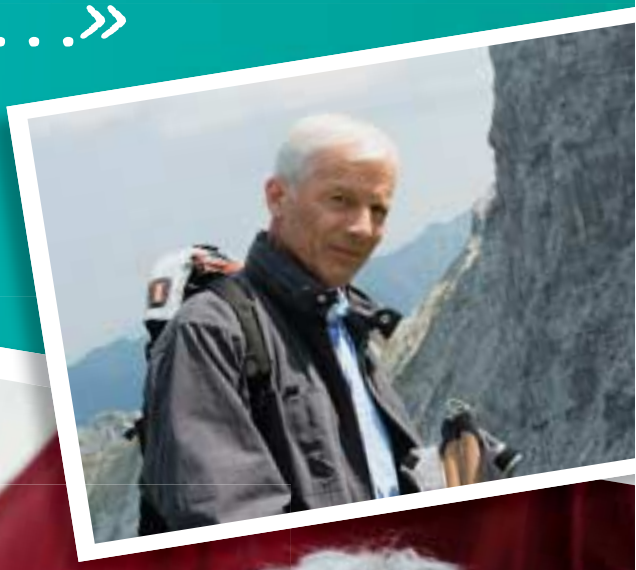
Kommentar
Es ist keine Frage, dass nach Sphinkterläsionen mit teilweise gravierenden Folgen für die Mütter gerechnet werden muss. Dazu gehört neben den verschiedenen Formen der Stuhlinkontinenz vor allem die Dyspareunie, von der mehr als 25 % der Patientinnen betroffen sein können. Unbestritten zeigt der routinemäßige Einsatz der Episotomie keinen Vorteil bei der Prävention von Beckenbodendefekten. Genauso unbestritten sind mediane Episiotomien bei vaginal operativen Geburten mit deutlich mehr Sphinkterverletzungen verbunden als die mediolaterale Episiotomie. Dazu gibt es mittlerweile eine überzeugende Literatur, auch wenn viele Studien relativ kleine Patientenzahlen aufweisen. Durch den selektiven Einsatz der mediolateralen Episiotomie vor allem bei höherem Geburtsgewicht und vaginal operativen Entbindungen kann die Inzidenz der DR III. und IV. Grades nach Literaturangaben (Fritel X. et al. BJOG 2007; 115:247–252) auf unter 1 % gesenkt werden. Ob bzw. inwieweit damit die funktionellen Langzeitprobleme vermieden werden können ist noch unklar. Zumindest die leichteren Formen der Stuhlinkontinenz können offenbar signifikant reduziert werden.
Auch im Marienkrankenhaus verfolgen wir das Konzept der selektiven mediolateralen Episiotomie. Allerdings sind wir trotz intensivem Bemühen nicht ganz so erfolgreich wie es uns die aktuelle Literatur vorgibt. Im Jahre 2006 lag die Rate der DR III. und IV. Grades bei 1.8 %. Raten von unter 1 % zu erreichen ohne die Indikation zur primären Sektio auszuweiten, erscheint mir kaum möglich.

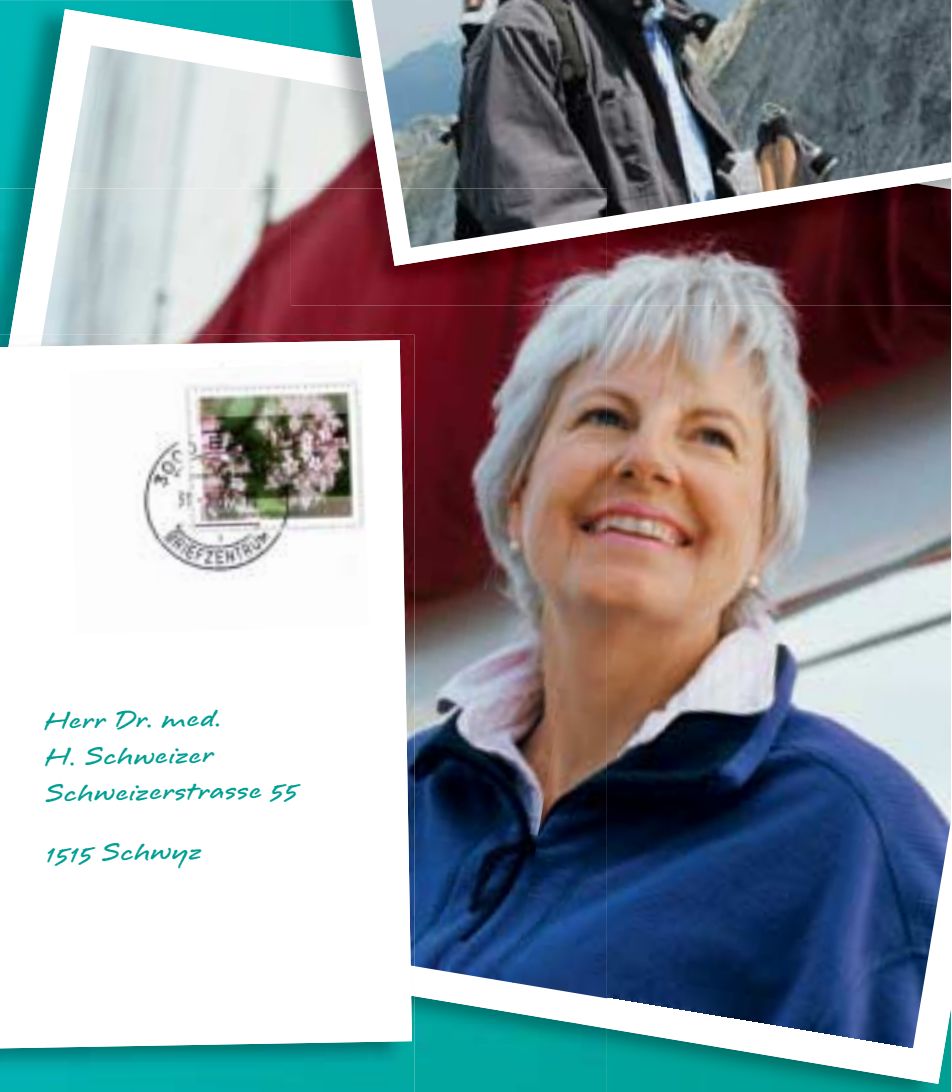
In Deutschland sind in den letzten Jahren viele Krankenhäuser dazu übergegangen die Ergebnisse der Geburtshilfe im sog. Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Nach einer Untersuchung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung wird jedoch nirgendwo so „gemogelt“ wie bei den Angaben über höhergradige Dammrisse.

Die Abb. 1 zeigt bei welchen Angaben die Geburtskliniken von der Erhebung abweichende („modifizierte“) Daten veröffentlichen. Bei einem Vergleich der Berliner Geburtskliniken schwanken die Angaben über DR III und IV von 0.0 (!) bis 2.4 % und stimmen in über der Hälfte aller Fälle nicht mit den objektiven Daten überein. Dies zeigt eine Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität.
Das Problem aller Studien und Ergebnisvergleiche bleibt die subjektive Einteilung der Dammrisse. Es wäre zu begrüßen, wenn sich die von A. Sultan (RCOG Guidelines 2001) vorgeschlagene Nomenklatur international durchsetzte:

I° Mucosa, Haut
II° Muskulatur
III°a <50 % des Sphincter ani externus

«Die hyperaktive Blase hat mein Leben bestimmt...»





«...doch jetzt bestimme ich wieder selbst!»

Herr Dr. med.
H. Schweizer
Schweizerstrasse 55

1515 Schwyz

Detrusitol® SR
Tolterodin
1 x täglich – UNGENIERT LEBEN

- Blasenselektiv[1]
- Stark wirksam[2]
- Gut verträglich[3]
- 1 x täglich 4 mg[4]

Detrusitol® SR
Tolterodin
1 x täglich – UNGENIERT LEBEN

1 Abrams P. Evidence for the efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder. Expert Opin Pharmacother. 2001;2(10):1685-1701. **2** Landis J. et al. Efficacy of antimuscarinic therapy for overactive bladder with varying degrees of incontinence severity, J Urol 2004; 171:752-756. **3** Zinner NR et al. Efficacy , Safety and Tolerability of Extended-Release Once-Daily Tolterodine Treatment for OAB in Older Versus Younger Patients. J Am Geriatr Soc. 2002;50(5):799-807. **4** Fachinformation Detrusitol® SR, Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2007.

Detrusitol® SR, Retard-Kapseln
Zusammensetzung: Wirkstoff: Tolterodin 2 bzw. 4 mg. **Indikationen:** Hyperaktive Blase (imperativer Harndrang, Pollakisurie oder Dranginkontinenz). **Dosierung:** Erwachsene: 1 x 4 mg/Tag; bei eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion: 1 x 2 mg/Tag. Die Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen ist nicht erwiesen. **Kontraindikationen:** Harnretention, schwere Kolitis ulzerosa, toxisches Megakolon, unbehandeltes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, Überempfindlichkeit gegen Tolterodin oder Hilfsstoffe. **Vorsicht bei:** Obstruktionen im Blasenhalsbereich (Harnverhalt) und im Gastrointestinaltrakt (Pylorusstenose), Hiatushernie, autonomer Neuropathie, bestehenden Herzerkrankungen, gleichzeitiger Anwendung mit QT-verlängernden Arzneimitteln. Bei gleichzeitiger Behandlung mit starken CYP3A4 Inhibitoren, so wie mit Makrolidantibiotika (z.B. Erythromycin und Clarythromycin) oder Antimykotika (z.B. Ketoconazol, Itraconazol und Miconazol): Tagesdosis von 2 mg nicht überschreiten. Akkomodationsstörungen und Beeinflussung der Reaktionszeit möglich. Schwangere und stillende Frauen sollten nicht mit Detrusitol SR behandelt werden. **Interaktionen:** Möglich mit Substanzen, die ebenfalls von CYP2D6 oder CYP3A4 metabolisiert werden, bzw. solchen, die diese Enzyme hemmen. **Unerwünschte Wirkungen:** Vor allem solche, die mit dem anticholinergen Wirkmechanismus in Zusammenhang stehen, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Packungen:** Detrusitol SR Retard-Kapseln 2 mg: Blisterpackung zu 28 Kapseln. Detrusitol SR Retard-Kapseln 4 mg: Blisterpackungen zu 14*, 28, 56* und 98 Kapseln. **Verkaufskategorie:** B. Für weitere Informationen siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz. *Kassenzulässig (FI 29MAY07)

Pfizer

68220-143-Dez07

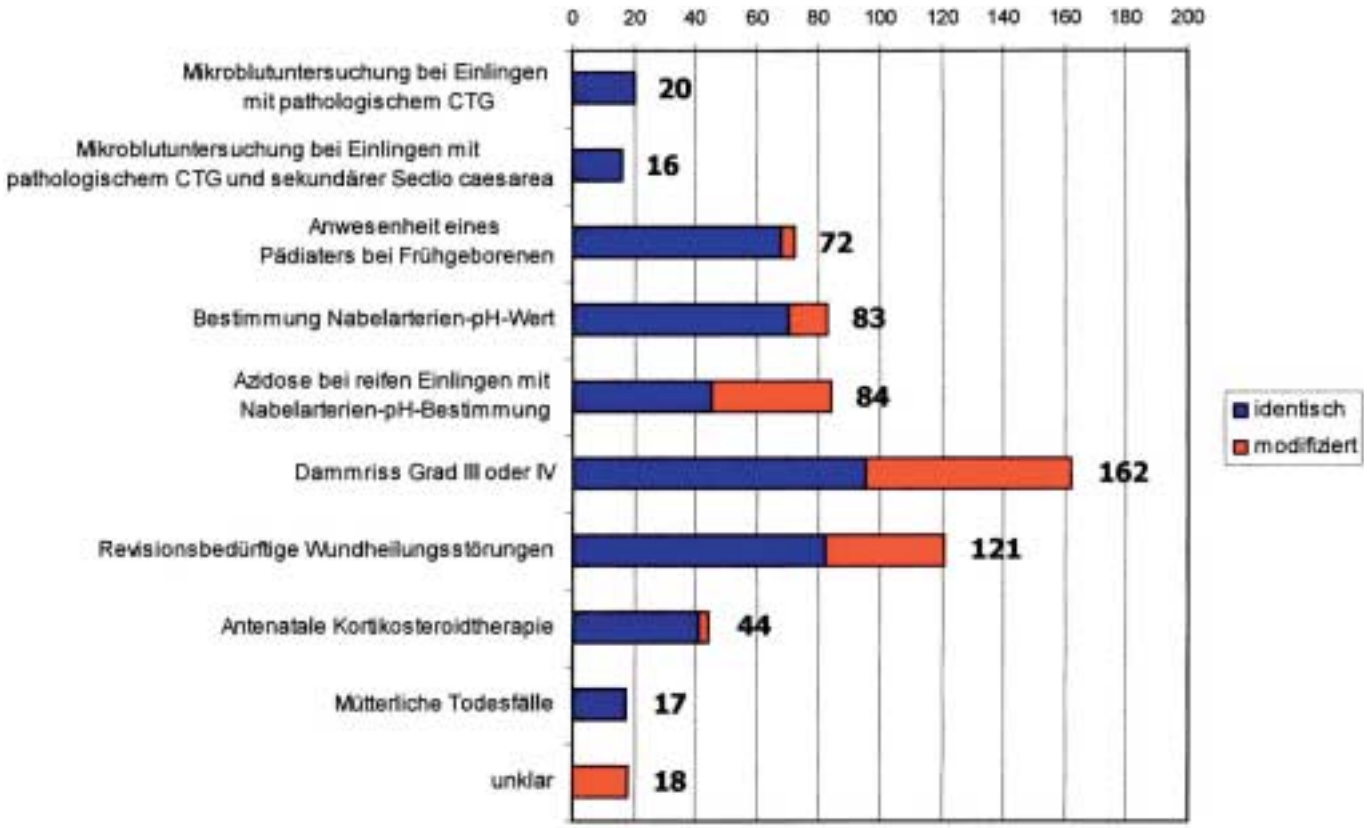


Abb. 1. „Qualitätsindikatoren“ in der Geburtshilfe.

III°b >50 % des Sphincter ani externus
III°c Sphincter ani internus
IV° Analschleimhaut

Derzeit gibt es weltweit keinen Konsens über das ideale Vorgehen. Die Routineepisiotomie allerdings reduziert weder Sphinkterverletzungen noch die Inkontinenzrate. Ohne Episiotomie besteht ein erhöhtes Risiko „vorderer“ Geburtswegsverletzungen und möglicherweise von Sphinkterschäden zumindest bei Erstgebärenden mit vaginal-operativer Entbindung und/oder erhöhtem Geburtsgewicht. Ohne Vereinheitlichung von Klassifikation und vergleichbaren Nahtversorgungstechniken werden wir die wichtige Frage um den gezielten Einsatz der Episiotomie nicht beantworten können.

H. Peter Scheidel

Aromatasehemmer zur Behandlung des symptomatischen Uterus myomatosus?

20 perimenopausale Frauen im Alter von 35–45 Jahren mit Uterus myomatosus (Volumen von > 300 cm3) und zyklusabhängigen Symptomen (Hypermenorrhoe, Dysmenorrhoe und oder Menorrhagien) wurden prospektiv untersucht. Die Patientinnen begannen eine medikamentöse Therapie mit einem Aromatasehemmer (Anastrozol

1 mg/die Arimidex®) in der 2. Zyklushälfte. Die Medikationsdauer betrug 3 Monate. Zu Beginn (T1) nach 30 Tagen (T2) und 90 Tagen (T3) erfolgte eine Ultraschallmessung zu den gleichen Zeitpunkten jeweils am Zyklustag 1, 2 und 3 wurde auch das Estradiol, FSH, Androstendiol und Testosteron bestimmt.

Resultate

Das Uterusvolumen nahm geringgradig, aber statistisch signifikant ab. Nach einem Monat minus 4,5 %, nach 3 Monaten minus 9 %. Bei 5 Patientinnen kam es hingegen zu einer leichten Zunahme des Volumens. Die Symptomenscores nahmen statistisch signifikant ab, von 5,5 auf 3,6. Die Hormonwerte blieben aber relativ stabil:

FSH	T1	3,89 mIU/l	T3	4,12 miu/L
Estradiol	T1	71,5 pg/ml	T3	74,70 pg/ml

Auch die Androgene blieben unverändert (Hilário, S.G. et al. Fertil. Steril. 2008) (published online)

Kommentar

Myome sind gutartige klonale Tumoren, welche unter dem Einfluss von Oestrogenen wachsen. Ähnlich den ektopen Endometrioseherden findet man innerhalb der Myome eine höhere Oestrogenkonzentration als im umgebenden Gewebe. Man bringt dies in Verbindung mit einer nachgewiesenen erhöhten Aktivität des Enzyms Aromatase innerhalb der Myome

Mit diesem Hintergrund scheint es einleuchtend, Aromatasehemmer im Sinne einer „targeted therapy" (wie übrigens auch bei der Endometriose) einzusetzen. In der vorliegenden Arbeit wurde klar gezeigt, dass Aromatasehemmer keinen systemischen Hypoestrogenismus erzeugen (unveränderte Menstruation, unveränderter Monatszyklus). Wie wir dies ja auch im Zusammenhang mit dem prämenopausalen Mammakarzinom wissen, genügen die 1 mg Anastrozol nicht, um die Hormonproduktion im Ovar signifikant zu drosseln. Dies ist nun der grosse Vorteil gegenüber den GnRH Analoga, welche nicht nur bei Patientinnen wegen den erheblichen Nebenwirkungen (Menopausensymptome) nicht sehr beliebt sind. Ausserdem fehlt der bei GnRH Analoga übliche „flare up", der die Symptome vorübergehend sogar verstärken kann. Überhaupt scheint mir gerade beim Uterus myomatosus der Einsatz von GnRH Analoga sehr zweifelhaft zu sein, obwohl (im Gegensatz zu der vorliegenden Arbeit) die Volumenreduktion des Uterus wesentlich stärker ist aus folgenden Gründen:

- *Die Wirkung hält nur so lange an wie die GnRH a wirken.*
- *Bereits in kurzer Zeit „wachsen" die Myome nachher wieder.*
- *Die Patientin kauft sich für das Verschwinden von Symptomen neue ein.*
- *Eine Dauertherapie ist schon wegen dem Verlust von Knochensubstanz nicht unbedenklich.*

Besteht Wunsch nach Erhaltung oder Verbesserung der Fertilität (Uterus myomatosus und gleichzeitig unerfüllter Kinderwunsch) gibt es beim wesentlichen Uterus myomatosus (zahlreiche Myome, grosse Myome oder submuköse Myome) keine Alternative zur organerhaltenden Myomoperation. Aus eigener Erfahrung konnte ich feststellen, dass eine Vorbehandlung mit GnRH a die Operation zT erheblich erschwert:

Vor kurzer Zeit hatte ich eine Patientin, die wegen ausgeprägter anämisierender Hypermenorrhoe mit GnRH a vorbehandelt war, wegen Kinderwunsch zu operieren. Die Entfernung der 29 unterschiedlich grossen, zT submukösen Myomen war im Gegensatz zu Frauen, die ohne Vorbehandlung waren, extrem erschwert. die Uteruswand war viel weicher, die präparatorischen Schichten fast aufgehoben und kleine Myome waren kaum mehr zu ertasten! Da versprechen Aromatasehemmer (falls sich die vorliegenden Ergebnisse bestätigen sollten) bei symptomatischen Frauen ein erfolgversprechender Kompromiss zu sein. Bei perimenopausalen Frauen wäre auch eine längerdauernde Therapie denkbar. Vielleicht gefolgt (um Kosten zu senken) von der Einlage einer Mirena-Spirale nach ein paar Monaten.

Michael K. Hohl