

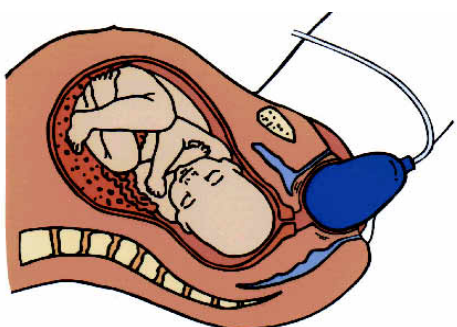
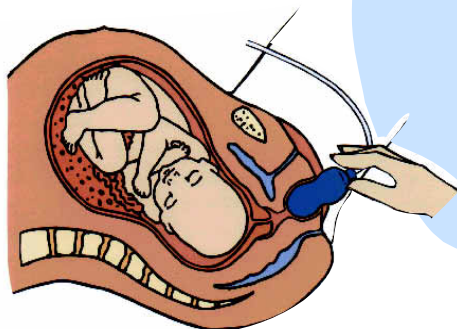
Trainingsgerät zur Geburtsvorbereitung und Vermeidung von Episiotomien

R. Schuchardt, J. Hillebrenner, S. Hoffmann, W. Horkel*, M. Schelling, **KTM Schneider**
 Frauenklinik der TU-München; Klinikum rechts der Isar, Abteilung für Perinatalmedizin; * Praxis Starnberg

Einleitung

Die Episiotomie stellt mit einer Episiotomierate von bayernweit insgesamt 52% sowie 67% bei Erstgebärenden (Bayerische Perinatalerhebung 1998) aller vaginalen Entbindungen die häufigste geburtshilfliche Operation dar. Damit ist häufig eine erhebliche Frühmorbidität wie z.B. Hämatome, erhöhter Blutverlust, Schmerzen, Inkontinenz sowie Infektionen und Wunddehiszenzen und dadurch eine längere Krankenhausliegedauer verbunden. Als Spätkomplikationen treten in 15-25% Dyspareunie sowie Deszensusprobleme, verursacht durch neuromuskuläre und bindegewebige Schädigungen des Beckenbodens auf.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu überprüfen, ob mit Hilfe eines neu entwickelten Trainingsgerätes (EPI-NO®), welches der Schwangeren praepartal eine schonende Dammdehnung ermöglicht, die Rate der Dammschnitte und Geburtsverletzungen gesenkt werden kann.



Material und Methodik:

In einer prospektiven, einfach geblindeten Pilotstudie (die Geburtshelfer waren über die Studienteilnahme nicht informiert) wurden 50 Erstparae und 30 Mehrgebärende untersucht. Als Kontrollgruppe bezüglich kindlichem Kopfumfang und Geburtsgewicht fungierten 100 Erstparae und 39 Mehrgebärende, die das Training nicht durchführten.

Das EPI-NO®-Gerät besteht aus einem aufpumpbaren, konischen Ballon, der über einen 70cm langen Schlauch mit einem Manometer verbunden ist. Der Ballon wird ab der 38. Schwangerschaftswoche einmal am Tag von der Schwangeren zu Hause in die Scheide eingeführt. Das schrittweise Aufpumpen des konischen Ballons bis zu einem Durchmesser von maximal 10 cm erfolgt über ein Manometer. Dadurch soll die Scheide und der Damm allmählich an größere Durchtrittsvolumina adaptiert werden.

Ergebnisse:

Die Episiotomierate betrug im untrainierten Kontrollkollektiv der Erstgebärenden 78% (78/100). In der EPI-NO®-Gruppe kam es zu einer Reduktion der Dammschnittrate um 36% entsprechend einer Episiotomierate von 42% (21/50).

Bei den Mehrgebärenden lag die Dammschnittrate bei einer im Vergleich zu den Erstgebärenden insgesamt niedrigeren Episiotomierate mit 30% (9/30) in der EPI-NO®-Gruppe signifikant unter der Dammschnittrate in der Kontrollgruppe mit 49% (22/39). Zu einem vorzeitigen Studienabbruch wegen Infektion oder Schmerzen war es nicht gekommen.

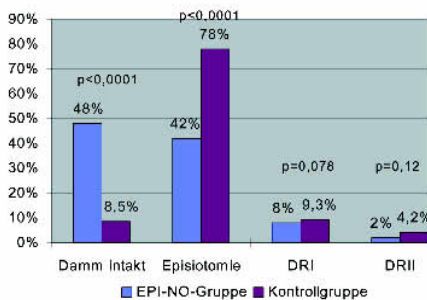
Die Rate der Dammschnitte konnte nach erfolgreichem Training in beiden Kollektiven (Erst- und Mehrgebärende) gegenüber dem Kontrollkollektiv signifikant ohne signifikanten Anstieg anderer Geburtsverletzungen Dammsrisse Grad I - III) gesenkt werden.

In der EPI-NO®-Gruppe lag außerdem ein signifikant niedrigerer Schmerzmittelbedarf vor.

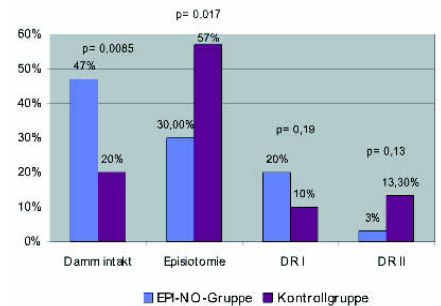
Die PDA-Rate war in der Kontrollgruppe mit 29% vs. 14% doppelt so hoch wie in der Studiengruppe (p=0,038). Ebenso war der Dolantinbedarf in der EPI-NO®-Gruppe mit 15,8% vs. 42,1% signifikant niedriger (p=0,01).

Bei der subjektiven Beurteilung der Geburtsangst kam es im Laufe des Trainings zu einer signifikanten Abnahme der Geburtsangst (p<0,001).

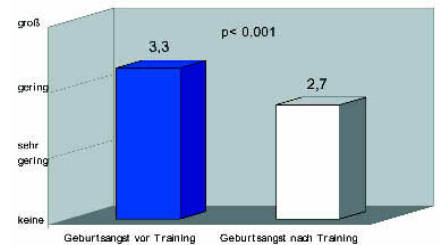
Erstgebärende



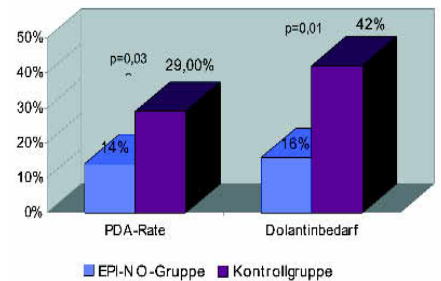
Mehrgebärende



Geburtsangst



Schmerzmittelbedarf



Schlussfolgerungen:

Durch eine langsame, schonende, mechanische Vordehnung von Damm und Scheide, die die Schwangere selbst regulieren kann, können sowohl Dammschnitte als auch andere Geburtsverletzungen wie z. B. Mikrotraumen der Beckenbodenmuskulatur, die durch das rasche Austreten des kindlich Köpfchens entstehen, reduziert werden. Unter dieser Vorstellung kann das Training unter Umständen nicht nur der Senkung der Dammschnittrate, sondern auch als Deszensusprophylaxe dienen. Durch ein tägliches Geburtstraining können sowohl die Geburtsangst als auch der Schmerzmittelbedarf der Schwangeren unter der Geburt signifikant gesenkt werden.

Der Einsatz des Gerätes ist nach den vorliegenden Daten nicht nur bei Erst- sondern auch bei Mehrgebärenden sinnvoll. Nach Abschluß der Pilotstudie gilt es nun, die Ergebnisse anhand größerer Fallzahlen in Form einer prospektiv randomisierten Studie zu bestätigen und ein Lang-Zeit follow up anzuschließen.

Literatur: beim Verfasser