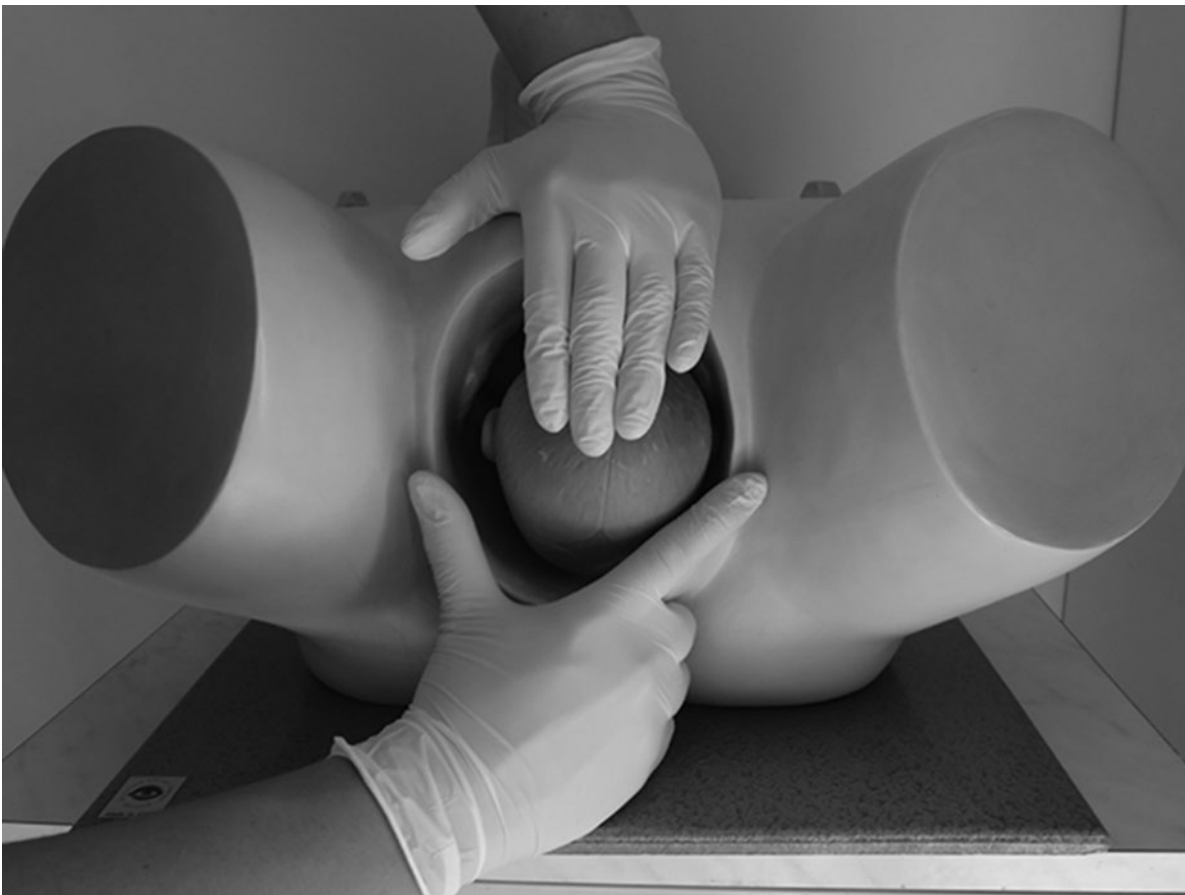


Hochgradige Dammverletzungen evidenzbasiert reduzieren – OASI Care Bundle Project

Daniela Garten

Mit dem OASI Care Bundle Project wurde ein Maßnahmenpaket zur Reduzierung geburtshilflicher Sphinkterverletzungen erarbeitet. Der folgende Beitrag erläutert die evidenzbasierten Elemente und zeigt ihre Relevanz für geburtshilfliche Einrichtungen auf.



► **Abb. 1** Der finnische Griff ist eine Dammschutzmethode, mit der die Geschwindigkeit der Kopfgeburt reguliert werden kann. Dammschutz zählt zu den vier Komponenten des OASI Care Bundle Projects. (Foto: D. Garten)

Hintergrund

OASI (obstetric anal sphincter injuries) ist die englische Abkürzung für geburtshilfliche Sphinkterverletzungen, also Dammverletzungen III. und IV. Grades.

In Industrieländern ist in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Inzidenz dieser geburtshilflichen Verletzungen zu beobachten. Zeitgleich begann eine Debatte über die Art und Weise des Dammschutzes. In Befragungen gaben viele Hebammen an, die „hands-off“-Methode zu favorisieren [32].

Begründet wurde der Anstieg der Inzidenz von OASI anhand verbesserter Klassifikation, Diagnoseverfahren und demografischer Verschiebungen [7][30][23]. Weitere in der Literatur vermerkte Faktoren sind u. a. ein erhöhter maternaler BMI (Body Mass Index), größere kindliche Geburtsgewichte, vermehrt vaginal-operative Geburten und die Art der Episiotomie [12].

Die Folgen **hochgradiger Dammverletzungen** sind weitreichend bekannt:

- Stuhlinkontinenz
- sexuelle Dysfunktion
- Risiken bei Folgeschwangerschaften
- langfristige emotionale und medizinische Beeinträchtigungen [11][9][8]

Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass bei Durchführung einer Hands-on-Methode die OASI-Rate gesenkt werden konnte [20][17][5].

Unwissen und Uneinigkeit in Bezug auf Richtlinien und Evidenz führten dazu, dass das **OASI Care Bundle Project** erarbeitet wurde. Ein „care bundle“ ist ein Maßnahmenpaket mit einzelnen evidenzbasierten Elementen [27]. Das OASI Care Bundle wurde von der britischen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (RCOG) und dem Royal College of Midwives (RCM) entwickelt. Es beinhaltet vier Maßnahmen, mit denen die Inzidenz geburtshilflicher Sphinkterverletzungen evidenzbasiert reduziert werden soll. Die Durchführung aller Maßnahmen ist entscheidend für das Outcome [6].

Relevanz

Auch in Deutschland gibt es eine Inkonsistenz zum Thema Prävention geburtshilflicher Sphinkterverletzungen. Aufgrund fehlender Forschung, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie fehlenden Wissens ist das Vorgehen nicht standardisiert [28].

Es sollte der Anspruch jeder geburtshilflichen Einrichtung sein, die Rate an hochgradigen Dammverletzungen so gering wie möglich zu halten und die eigene Praxis stets zu reflektieren und zu verbessern.

Evidenzbasierte Elemente des OASI Care Bundles

Nachfolgend seien die hier aus dem Original zitierten vier vom RCM und RCOG ausgewählten Elemente des OASI Care Bundles näher erläutert [6]:

1. The **woman is aware** of the care bundle
2. **Episiotomy**, when indicated, at 60 degrees at crowning
3. Use of **manual perineal protection** whenever possible
4. **Perineal examination**, including a per rectum examination, carried out following all vaginal deliveries [6]

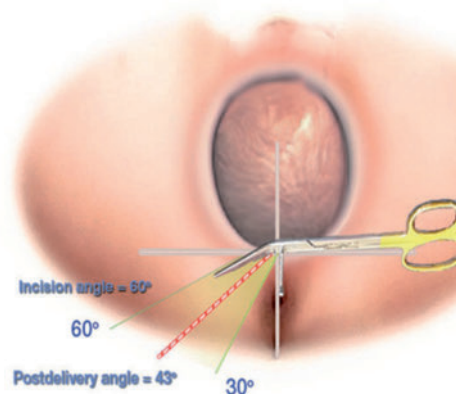
Kommunikation

Frauen sollen über geburtshilfliche Sphinkterverletzungen aufgeklärt werden, möglichst schon in der Schwangerschaft oder bei Aufnahme in der geburtshilflichen Einrichtung. Es ist wichtig, klar zu kommunizieren, was das „care bundle“ beinhaltet. Die Frauen müssen in die Durchführung des Maßnahmenpakets einwilligen. Da die einzelnen Elemente evidenzbasiert sind, stellen sie kein Risiko für die Frauen dar.

Episiotomie

Falls eine Episiotomie indiziert ist, sollte diese mediolateral und im 60°-Winkel, beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes durchgeführt werden. Ziel ist es, die Episiotomie in einem 45°-Winkel nähen zu können. RCOG und RCM verweisen auf Ergebnisse, die zeigen, dass eine Episiotomie, die im 45°-Winkel geschnitten wurde, nach der Geburt nur 22,5° misst.

Da eine Episiotomie keine Routinemaßnahme darstellt, sollte diese weiterhin nur nach klarer Indikationsstellung und Einwilligung der Frau erfolgen. Der Grund für den Eingriff der Episiotomie muss dokumentiert werden.



► **Abb. 2** Mediolaterale Episiotomie im 60°-Winkel beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes mit einer chirurgischen Schere. EPISCISSORS-60 ist nicht im „care bundle“ eingeschlossen, kann aber verwendet werden. (Quelle: 2018 Medinvent Ltd)

INFO

Episcissors-60

Die Episcissors-60 ist eine spezielle chirurgische Schere für die akkurate Durchführung einer Episiotomie (s. Anwendungsbeispiel ► **Abb. 2**). Sie ist so konzipiert, dass eine mediolaterale Episiotomie im 60-Grad-Winkel, ausgehend von der Mittellinie des Perineums, geschnitten wird.

Studien zeigen, dass eine Episiotomie mithilfe von Episcissors-60 nach der Geburt in einem Winkel von 30-60 Grad genäht werden konnte. Besonders das geburtshilfliche Personal in Ausbildung schätze die Episcissors-60. Die wiederverwendbare Episcissors-60 kostet um die 400 britische Pfund [25].

Dammschutz

Obwohl die Datenlage uneindeutig ist und die Begriffe *hands-off*, *hands-on* und *hands-poised* nicht klar definiert sind, sollte – wann immer möglich – ein manueller Dammschutz während einer Kopf- und Schultergeburt durchgeführt werden [29][3]. Dabei wird die evidenzbasierte Methode **Finnish Grip**



► **Abb. 3** Bei der Dammschutzmethode Finnischer Griff wird beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes die rechte Hand auf das Perineum gelegt. Dabei sollen Daumen und Zeigefinger so positioniert sein, dass diese gegenüberliegen. Die restlichen Finger zum Anus hin beugen und den Damm stützen. (Foto: D. Garten)

empfohlen. Es ist wichtig, dass die Hebamme das Perineum zu jedem Zeitpunkt überblicken kann.

STICHWORT**Finnish grip**

Der finnische Griff (Finnish grip) ist eine spezielle Dammschutzmethode, um die Geschwindigkeit der Kopfgeburt zu regulieren. Dieser Griff sollte während der Kopfgeburt ohne Unterbrechung und mit angemessenem Druck angewendet werden [26][29][21]:

- Beim Durchschneiden des kindlichen Kopfes die rechte Hand auf das Perineum legen. Dabei sollen Daumen und Zeigefinger so positioniert sein, dass diese gegenüberliegen. Die restlichen Finger zum Anus hin beugen und den Damm stützen (► **Abb. 3**).
- Die linke Hand auf den kindlichen Kopf auflegen, sodass die Kopfentwicklung mit angemessenem Gegendruck gesteuert werden kann (► **Abb. 1**).
- Sobald das kindliche Kinn mit dem gebeugten Mittelfinger durch das Perineum tastbar ist, sollte die Frau zum „Hecheln“ bzw. „Kurzatmen“ angeleitet werden und nicht mehr aktiv mitpressen. So kann der kindliche Kopf langsam und kontrolliert geboren werden.
- Wichtig: Mit der Hand am Perineum sollte die Dammhaut nicht zusammengefasst werden!

Rektale Untersuchung

Zu einer postpartalen Diagnostik des Perineums sollte nach jeder vaginalen Geburt routinemäßig auch eine rektale Untersuchung durchgeführt werden. Nur mithilfe einer rektovaginalen Untersuchung lassen sich geburtshilfliche Sphinkterverletzungen ausschließen [16]. Die Frau sollte über die Notwendigkeit aufgeklärt werden und ihr Einverständnis geben. Eine Dokumentation sollte erfolgen.

Diskussion weiterer Dammschutzmaßnahmen

Zusätzlich zu den evidenzbasierten Elementen des OASI Care Bundle werden weitere Maßnahmen diskutiert, um geburtshilfliche Sphinkterverletzungen zu vermeiden.

Gebärposition

Unabhängig vom OASI Care Bundle Project sollte es Frauen während der Geburt ermöglicht werden, sich frei zu bewegen. Zudem sollten Frauen über die gewünschte Gebärposition individuell entscheiden können [5][6].

Die Literatur verweist darauf, dass die halbsitzende Rückenlage eine ungünstige Position für die Geburt ist, besonders in Kombination mit aktivem Mitpressen [13]. Falls Frauen im Stehen oder im Wasser gebären wollen, entfällt laut RCM und RCOG das Maßnahmenpaket [6].

Sollten spezielle Risikofaktoren für eine hochgradige Dammverletzung bekannt sein, kann der Frau nur empfohlen werden, eine Position einzunehmen, in der die Hebamme/der Geburtshelfer das Perineum problemlos überblicken kann und eine kontrollierte und langsame Geburt möglich ist.

Warme Kompressen

Diverse Studienergebnisse zeigen, dass warme Kompressen durchaus eine Rolle bei der Vermeidung von geburtshilflichen Dammverletzungen spielen [1]. Da es sich jedoch um *keine* standardisierte Methode handelt und die Durchführung stark variiert, wurde dieses Element nicht in das Projekt aufgenommen. Die Verwendung von warmen Kompressen sollte trotzdem in geburtshilflichen Einrichtungen erwogen und angeboten werden [6].

Dammmassage

Vereinzelte Studien verweisen auf die Möglichkeit der Dammmassage zur Verringerung von Dammverletzungen, unterliegen jedoch verschiedenen Limitationen und wurden somit nicht als Teil des OASI Care Bundle integriert. So ist u. a. nicht klar, ob eine Dammmassage bereits in der Schwangerschaft oder erst während der Geburt durchgeführt werden sollte [1][18].

Kristeller-Handgriff

Die Anwendung des Kristeller-Handgriffs (uterine fundal pressure) ist aktuell nur wenig belegt. Die angewandte Technik variiert stark. Studienergebnisse konnten keine Vorteile für das fetale Outcome herausstellen. Jedoch wird immer wieder auf Komplikationen durch den Kristeller-Handgriff verwiesen [13][33][4][22][15][10]. Dazu gehört auch das Risiko für geburtshilfliche Sphinkterverletzungen [24].

FAZIT

Die offizielle Implementierung des OASI Care Bundle Projects in den 16 teilnehmenden britischen Kliniken ist abgeschlossen. Die Daten werden ausgewertet und die Ergebnisse sind abzuwarten.

Deutschlandweit lag die Rate an Dammrissen III. oder IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten im Jahr 2017 bei 1,39 %. Sie ist damit unverändert zu 2016 und 2015 [14].

Trotzdem stellt das OASI Care Bundle Project bereits jetzt eine evidenzbasierte Grundlage dar, die auch für geburtshilfliche Teams in Deutschland relevant erscheint. Es ist durchaus möglich, klinikinterne Statistiken bzgl. OASI zu erheben, zu analysieren und ein angepasstes „care bundle“ zu implementieren. Mithilfe von standardisierten Methoden lässt sich die Qualität in der Betreuung stets verbessern.



Daniela Garten ist leitende Hebamme B.Sc. im Kreißaal am Städtischen Klinikum Dresden.

Korrespondenzadresse

Städtisches Klinikum Dresden
Kreißaal – Daniela Garten
Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Literatur

- [1] Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*; 2011
- [2] Ampt AJ, Ford JB, Roberts CL et al. Trends in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001 – 2009. *Aus N Z J Obstet Gynaecol* 2013; 53(1):9–16
- [3] Antonakou A. Hands-on or hands-off the perineum at childbirth: A re-appraisal of the available evidence. *Eur J Midwifery* 2017; 1:5
- [4] Api O, Balcin ME, Ugurel V et al. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2009; 88: 320–324
- [5] Basu M, Smith D, Edwards R. Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2016; 202: 55–59
- [6] Bidwell P, Thakar R, Sevdalis N et al. A multi-centre quality improvement project to reduce the incidence of obstetric anal sphincter injury (OASI): study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18: 331
- [7] Dahlen HG, Priddis H, Thornton C. Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact. *Midwifery* 2015; 31: 1–8
- [8] Ducarme G, Pizzoferrato AC2, de Tayrac R et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynaecol Obstet Hum Reprod* 2018; 2468-7847 (18) 30519-1
- [9] Edozien LC, Gurol-Urganci I, Cromwell DA et al. Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. *BJOG* 2014; 121: 1695–1704
- [10] Groutz A, Hasson J, Wengier A et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 1–4
- [11] Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG* 2013; 120: 1516–1525
- [12] Hals E, Øian P, Pirhonen T et al. A Multicenter Interventional Program to Reduce the Incidence of Anal Sphincter Tears. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 901–908
- [13] Harder U. Verzögerte Kopfgeburt – Alternativen zum Kristeller-Handgriff. *Die Hebamme* 2016; 29: 373–380
- [14] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017: Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Berlin: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; 2018
- [15] Kainer F. Kristellerhilfe – obsolet oder sinnvoll? *Die Hebamme* 2016; 20: 238–240
- [16] Keriakos R, Gopinath D. Obstetric anal sphincter injuries. *Journal of Acute Disease* 2015; 4(4): 259–265
- [17] Krissi H, Aviram A, Hirsch L et al. Structured hands-on workshop decreases the over-detection rate of obstetrical anal sphincter injuries. *Int J Colorectal Dis*; 2015
- [18] Labrecque M, Eason E, Marcoux S et al. Randomised controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 593–600
- [19] Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 146(1): 71–75
- [20] Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L et al. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*; 2012
- [21] Leenskjoeld S, Høj L, Pirhonen J et al. Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Danish Medical Journal* 2015; 62(5): A5075
- [22] Mahendru R, Malik S, Anand T et al. Age old practice of Uterine Fundal Pressure in Labour – more risky than beneficial. *Biomedical Research* 2010; 21: 295–296
- [23] Meister MR, Cahill AG, Conner SN et al. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(3): 310, 1–7
- [24] National German Guideline (S-1): Guideline for the management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth; AWMF 2014; Registry No. 015 / 079
- [25] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Episiotomy for guided mediolateral episiotomy (MIB33). Medtech innovation briefing; 2015
- [26] Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland - result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 974–977
- [27] Resar R, Griffin FA, Haraden C et al. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012
- [28] Schmidt-Wussow S. Maßnahmen während der Austreibungsphase, um Dammverletzungen zu reduzieren. Übersetzung freigegeben durch Cochrane Deutschland; 2017
- [29] Stedenfeldt M, Øian P, Gissler M et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG* 2014; 121(1): 83–91
- [30] Sultan AH, Kettle C. Diagnosis of Perineal Trauma. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, Hrsg. *Perineal and Anal Sphincter Trauma*. London: Springer; 2009

- [31] Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R et al. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *IJ* 2014; 25(12): 1621–1627
- [32] Trochez R, Waterfield M, Freeman RM. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *Int Urogynecol J* 2011; 22: 1279–1285
- [33] Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ et al. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Review* 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0953-4180>
Die Hebamme 2019; 32: 51–56
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0932-8122