

1. Einleitung

Der Dammschnitt, als weltweit häufigste geburtshilfliche Operation, findet in der Literatur erstmalig im 18. Jahrhundert Erwähnung.

Der Begriff „Episiotomie“ wurde 1857 von Braun geprägt, der selbst diesen Eingriff für unnötig hielt und ablehnte (Nugent 1935). Sir Fielding Ould, Master des Dublin Lying-In-Hospitals, führte 1742 den ersten Dammschnitt aus. Er gab in seiner Veröffentlichung: „Treatise of Midwifery in three parts“ die Empfehlung, bei schwierigen Geburten einen Schnitt vom Scheidenausgang in Richtung Anus zu führen, entsprechend der medianen Episiotomie.

Die mediolaterale Episiotomie wurde erstmals von Dubois 1847 beschrieben (Nugent 1935).

Die stetige Zunahme der Krankenhausgeburten im Vergleich zu den Hausgeburten brachte eine verstärkte Anwendung der Episiotomien mit sich. Im Jahre 1900 wurden in den USA weniger als 5% der Frauen im Krankenhaus entbunden. 1930 waren es schon 25% der Entbindungen und 1950 stieg die Zahl der Krankenhausgeburten auf über 80% an (Stoops, Dunn und Stys 1986).

Thacker und Banta veröffentlichten 1983 eine Metaanalyse unter dem Titel: „Vorteile und Gefahren der Episiotomie: eine interpretierende Untersuchung der englischsprachigen Literatur von 1860 bis 1980“. Sie stellten fest, dass der Dammschnitt schon im 18. und 19. Jahrhundert in der Literatur erwähnt worden war, aber erst Anfang des 20. Jahrhunderts zunehmend Anwendung im klinischen Alltag fand.

Auch der Leipziger Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe Carl Sigmund Franz Crede' war ein Befürworter der Episiotomie (Wilcox 1885).

Im geschichtlichen Verlauf erhielt der Dammschnitt weiteren Zuspruch von verschiedenen Autoren, die in ihren Berichten besonders die Vorteile einer Episiotomie, die sich für Mutter und Kind daraus ergaben, beleuchteten (Barter, Parks und Tyndal 1960, Thacker und Banta 1983, Kölbl 2001).

In der Fachliteratur wurden nicht nur das Für und Wider des Dammschnittes im Allgemeinen diskutiert, sondern auch zunehmend die Vor- und Nachteile der einzelnen Schnittformen sowie deren Anwendungsberechtigung.

„Sollte die Episiotomie routinemäßig bei jeder Geburt zur Anwendung kommen? Sind Komplikationen, die aus einem großen Dammriss resultieren würden, dadurch zu vermeiden?“

Mit dieser Frage beschäftigten sich verstärkt in den siebziger und achtziger Jahren die Autoren Dörr (1959), Laufe und Leslie (1972) sowie Wenderlein und Merkle (1983). Es konnten jedoch in keiner Studie die Vorzüge einer routinemäßigen Episiotomie, wie sie von J. B. Delee (1920) in „The prophylactic forceps operation“ erwähnt wurden, bewiesen werden.

Die Autoren Thacker und Banta verglichen in ihrer zweiten Reviewarbeit 1995 Ergebnisse von prospektiven Studien unter besonderer Fragestellung nach der „idealen“ Schnittführung.

Der Trend zur „routinemäßigen“ Episiotomie wurde in den Veröffentlichungen der letzten Jahre mehr und mehr verlassen und die Episiotomie als individuell indizierter, operativer Eingriff gefordert (Thacker und Banta 1995).

Kölbl (2001) sprach sich für ein restriktiveres Verhalten aus.

Carroll und Belizan (2000) fanden bei restriktiver Indikationsstellung (Episiotomiefrequenz 27,6%) signifikant weniger Dammriss (relatives Risiko 0,88) und weniger Wundheilungsstörungen (relatives Risiko 0,69) als bei liberaler Indikationsstellung (Episiotomiefrequenz 72,7%).

Ein auf wenige Indikationen beschränkter Einsatz der Episiotomie führte zu einer Senkung der Episiotomierate (Weeks und Kozak 2001). Demnach ergab sich ein Rückgang der Episiotomierate auf 39% im untersuchten Beobachtungszeitraum von 1980-1998.

Ist die Episiotomie in der modernen Geburtshilfe also noch notwendig? Sind durch eine restriktive oder liberale Anwendung der Episiotomie Deszensus, höhergradige Dammriss, Wundheilungsstörungen und Schmerzen zu vermeiden? Kann langfristig die Beckenbodenfunktion erhalten werden?

Diesen Fragen gingen verschiedene Arbeitsgruppen nach (Reynolds 1987, Sleep et al. 1984, Thacker und Banta 1983, Tharnov, Kringelbach und Melchior 1990, Kölbl 2001).

Trotz der wissenschaftlichen Diskussion über die Notwendigkeit des Dammschnittes sollte die Gebärende mit ihrer kritischen Meinung nicht unberücksichtigt bleiben. Die Qualität der Entbindung wird von den Gebärenden häufig nach dem Schmerzempfinden während der Dammverletzung unter der Geburt und deren Heilungsergebnis beurteilt. Zu dieser Feststellung kamen verschiedene Arbeitsgruppen in ihren Untersuchungen und Analysen über Spätkomplikationen nach Episiotomie (Myers-Helfgott und Helfgott 1999, Kaufmann und Kaufmann 1992, Hirsch 1991, Eason und Feldmann 2000, Rageth, Buerklen und Hirsch 1989).

Die Vorteile einer Episiotomie sollten immer kritisch den Komplikationen gegenübergestellt werden und die Indikationen individuell erfolgen (Myers-Helfgott und Helfgott 1999).

So variiert die Anwendungshäufigkeit der Episiotomie und die bevorzugte Schnittführung von Klinik zu Klinik und Land zu Land, sowie in bezug auf die Parität der Gebärenden (Hirsch 1989).