



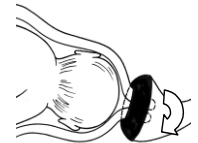
Anleitung Cerclage Pessar (Typ A ungelocht, Typ ASQ perforiert)



Dr. Arabin GmbH & Co KG
Alfred-Herrhausen Str. 44, D-58455 Witten
Tel: (49) 0 2302 189214 www.dr-arabin.de info@dr-arabin.de

Bestandteile und Lagerung: Das Cerclage Pessar besteht aus gewebefreundlichem Silikon- Es kann bei Raumtemperatur bei 1 bis 30 °C geschützt vor UV Strahlung ohne direkten Kontakt zu reaktiven Medien wie Gas, Ozon oder Mineralöl gelagert werden.

Indikation: Das Cerclage-Pessar wurde zur **Prävention einer Frühgeburt** entworfen für Schwangere mit körperlichen Belastungen wie langes Stehen, mit erhöhtem intrauterinem Druck (Polyhydramnion/Mehrlings-Schwangerschaft) oder einer Zervixverkürzung. Das Pessar besteht aus flexiblem hautfreundlichem Silikon, kann gefaltet und schmerzfrei eingeführt werden. Eine Perforation (ASQ) der Modelle ermöglicht ein Abfließen von Fluor. Das Pessar soll die Zervix nicht verschließen, sondern eher die Spannung auf das Zervix-Gewebe vermindern und den utero-zervikalen Winkel verändern (Abbild).. **Die Indikation und Applikation muss durch einen erfahrenen Geburtshelfer erfolgen, der sich zuvor mit den grundlegenden Studien und der Technik vertraut gemacht hat-, aber auch Kenntnisse des komplexen Syndroms der Frühgeburt besitzt.**



Größen: Cerclage Pessare werden indiziert nach

- Außendurchmesser (65 mm für Frauen ohne und 70 mm für Frauen mit vorangegangener Vaginalgeburt),
- Höhe der Wölbung (17mm selten im 1.Trimester, 21mm bei Einlings-Schwangerschaft, 25mm bei Mehrlings-Schwangerschaft, 30 mm selten bei Senkungsbeschwerden) und nach
- Innendurchmesser (32 mm bei jeder Zervix-Verkürzung, 35 mm selten nur bei weiter Zervix und/oder U förmiger Trichterbildung, um Manipulationen zu verhindern).Die Größen-Indikationen sind relativ und können je nach Situation modifiziert werden.

Training: Nach den Richtlinien der Europäischen Arbeitsgruppe zur Verhinderung der Frühgeburt sowie der deutschen Leitlinien-AG zur Verhinderung der Frühgeburt werden praktische und theoretische Schulungen empfohlen, bevor man ein Pessar appliziert. Noch wichtiger ist es, dass die Risikopatientinnen in einem Zentrum behandelt und weiter kontinuierlich poliklinisch oder klinisch betreut werden, wobei möglichst wenig Personalwechsel stattfinden sollte, da nur dann richtige Indikationen zu Intensivierung der Überwachung oder Zusatzbehandlungen gestellt wird. Ärzte in Ausbildung oder ohne Erfahrung sollten überwacht werden. Wir empfehlen das "you tube" von Prof. Alfirevic , die FAQs auf our home page und die folgende Publikation als Unterstützung: Kyvernitakis et al., Position Paper of the Task Force for Obstetrics and Prenatal Medicine (AGG - Section Preterm Birth) on the Placement, Removal and Surveillance of the Arabin Cervical Pessary in Patients at Risk for Spontaneous Preterm Birth. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2019. 79(11): p. 1171-75. Alle Informationen sind auf www.dr-arabin.de zu finden.



Gebrauch: Der Arzt (Ärztin) platziert das Cerclage Pessar im Liegen. Entscheidend ist es, dass die **Wölbung des Pessars mit dem kleineren Durchmesser nach oben** zeigt. Beim **Einführen** bleibt das Pessar bis zum Erreichen des oberen Scheidengewölbes gefaltet und wird dann vorsichtig so hoch wie möglich im hinteren Scheidengewölbe nach kranial geschoben, so dass die gesamte Zervix im oberen Ringdurchmesser liegt. Durch kurzes Drücken auf dem vorderen Rand wird eine sakralwärts gerichtete Rotation verstärkt (Video, www.dr-arabin.de, siehe auch FAQs, scan you tube rechts). Die Patientin sollte das Pessar nicht fühlen. Bei Symptombefreiheit soll das Pessar bis etwa zur 37. Woche liegen bleiben..

Vor der **Entfernung** sollte die Zervix vorsichtig zurückgeschoben werden. Bei geplantem Kaiserschnitt kann das Pessar auch noch im OP entfernt werden. Im Fall von vorzeitigem Blasensprung, Chorioamnionitis, vaginaler Blutung und schmerzhaften nicht behandelbaren Wehen soll eine Spekulum-untersuchung stattfinden und das Pessar entfernt werden, um aufsteigende Infektionen und Zervixläsionen zu verhindern. Ist die Entfernung schmerzhaft (Ödem, Kontraktionen, Prolaps) sollten Zervix-Läsionen dadurch vermieden werden, dass man das Pessar vor der Entfernung durchschneidet (z.B. mit einer Episiotomie-Schere).

Nachuntersuchung und Kontrollen während der Therapie: Nach dem ersten Einsetzen des Pessars sollte die Patientin nach ca einer Woche nachuntersucht werden. Bei der ersten Nachuntersuchung sollte das Pessar in seiner Lage kontrolliert werden, ebenso muss dokumentiert werden, dass die Zervix von dem inneren Durchmesser umgeben ist. **Die Patientin sollte für die Dauer der Behandlung vorzugsweise von demselben Arzt betreut werden, der mit der Pessar-Behandlung bei Patientinnen mit drohender Frühgeburt vertraut ist – am besten in einer sogenannten „preterm birth clinic“.** Vaginalsonographische Untersuchungen bei liegendem Pessar sind möglich, dabei sollte der Transducer am besten auf der oberen Cervixlippe eingeführt werden, da das Pessar die Ultraschallwellen absorbiert. Falls dies nicht möglich oder unangenehm für die Patientin ist, sollte die Vaginalsonde sakralwärts gerichtet und hinter das Pessar platziert werden. Die rotierte Position des Pessars kann, ohne die Zervix zu berühren, leicht durch eine klinische Untersuchung festgestellt werden. Weitere Untersuchungsintervalle und zusätzliche Behandlungsstrategien bei drohender Frühgeburt richten sich nach Schweregrad der drohenden Frühgeburt. Da die Entwicklung bei drohender Frühgeburt schwer vorhersehbar ist, sollten Kontrollen zumindest bis zu 34 Schwangerschaftswochen nur durch erfahrenen Geburtshelfer ausgeführt werden- Bei symptomlosen Patientinnen und stabiler Zervix können die Schwangeren ambulant betreut werden..

Nebenwirkungen/ Komplikationen: Obwohl Pessare eine sichere Behandlungsform darstellen, sind sie ein „Fremdkörper“. Daher ist die häufigste Nebenwirkung vermehrter Ausfluss und ggf. Geruch. Ausfluss sollte nicht mit Fruchtwasserabgang verwechselt werden- Hierdurch würde das Pessar zu früh entfernt. Es ist essentiell, dies nicht mit einem Blasensprung zu verwechseln und zunächst eine Ultraschall-Untersuchung des Fruchtwassers und biochemische Tests durchzuführen, bevor man das Pessar zu früh entfernt.

Beim Stuhlgang oder Senkungsbeschwerden in der Schwangerschaft kann das Pessar tiefer treten und schlimmstenfalls dislozieren. Die Patientin sollte hierüber informiert werden, dann das Pessar zu ertasten und es wieder hoch zu schieben. Bei Problemen sollte sie einen Arzt aufsuchen, ggf. auch um vorzeitige Wehen oder einen Blasensprung auszuschließen. In seltenen Fällen mit Beschwerden oder Schmierblutungen kann die Pessargröße durch den behandelnden Arzt gewechselt werden, generell sollten Manipulationen eher vermieden werden. Bei Schmerzen, Blutungen, einsetzenden Wehen oder vorzeitigem Blasensprung sollte die Patientin einen Gynäkologen aufsuchen. Bei nachgewiesenem vorzeitigem Blasensprung sollte das Pessar entfernt werden wegen des Risikos einer Chorioamnionitis, Ausnahmen (Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes, Transfer der Mutter) sollten begründet dokumentiert werden. Selbstverständlich muss das Pessar vor der Geburt entfernt werden.

Liegedauer: Die Dauer der ununterbrochenen Therapie hängt von der Schwangerschaftswoche der ersten Applikation ab. Sie kann > 30 Tage betragen.

Kontraindikationen: Verdacht auf Chorioamnionitis, aktive regelmäßige Geburtswehen, Senkungszustände mit Vorfall des Uterus, Uterus bicolis, bestehender nachgewiesener vorzeitiger Blasensprung . 8

Anwendung: Das Cerclage-Pessar wird als therapeutisches Produkt bezeichnet. und ist ein **EINMALPRODUKT**. Bei Wiederverwendung könnten ungewollte Infektionen nicht ausgeschlossen werden

Hinweis: Schwere Komplikationen sollten dem Hersteller und ggf. den verantwortlichen Behörden gemeldet werden.

Entsorgung: Gebrauchte oder beschädigte Silikonprodukte werden nur in medizinischen Einrichtungen entfernt. Zur Entsorgung müssen die länderspezifischen Vorschriften eingehalten werden.

