

Expertenbrief No 29

Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Der Beckenboden während Schwangerschaft und nach der Geburt: Empfehlungen des AUG Vorstandes

Autoren: S. Meyer, G. Schär, D. Faltin, J. Humburg, D. Perucchini, B. Schüssler, V. Viereck

Einführung

Die **Schwangerschaft** ist für physiologische Veränderungen im Harntrakt verantwortlich, charakterisiert durch Pollakisurie, Harndrangsymptome, Harnverlust bei körperlicher Belastung oder Harndrang und Störungen der Blasenentleerung. Die Prävalenz aller Inkontinenztypen variiert von 32% bis 64%, während die Belastungsincontinenz leicht prädominant ist (40% bis 59%). Mit Ausnahme einer physiologischen Verlangsamung der Darmpassage welche zu einer Obstipation führen kann, wird die anorektale Funktion durch die Schwangerschaft nicht verändert. Vorbestehende Probleme des Harntraktes, insbesondere Inkontinenzbeschwerden, sollten zu Beginn der Schwangerschaft anamnestisch erfragt werden (erhöhtes Risiko einer postpartalen Inkontinenz (1)).

Die **Spontangeburt** kann Ursache sein für Harnprobleme wie zB.

- Harndrangprobleme
- Belastungsincontinenz (zwischen 15% und 30%)
- Miktionsstörungen infolge postpartaler Harnretention
- Sie kann auch zu einer anorektalen Inkontinenz führen (zwischen 3% und 5%)
- eine Veränderung der Beckenstatik

Diese Probleme sind signifikant häufiger im Vergleich zu einer Entbindung mittels Kaiserschnitt, dabei macht es keinen Unterschied ob dies ein elektiver Kaiserschnitt oder ein sekundärer Kaiserschnitt war (2, 9, 10)

Die **postpartale Konsultation** ist wichtig um die Auswirkung der Spontangeburt auf die Funktionen des kleinen Beckens zu erfassen. Die Anamnese über die Funktion des Harntraktes sowie des Anorektums hat dabei einen zentralen Stellenwert und kann allenfalls weitere Untersuchungen und Behandlungen einleiten:

- Urogynäkologische Diagnostik (Perinealsonographie, Ultraschall des Analsphinkters, Beckenbodentesting, urodynamische Abklärung)

Verschreibung einer Beckenbodenrehabilitation

Spezialprobleme

- Eine **systematische Episiotomie** während der Geburt bringt gegenüber der indizierten Episiotomie keine Vorteile für den Beckenboden (3)
- **Bei Notwendigkeit einer instrumentierten Geburt** wird die Vakuumgeburt als beckenbodenschonender beurteilt als eine Geburt mittels Forceps.
- **Die Suche nach einer Läsion des Spinkter ani** sollte systematisch nach einer vaginalen Geburt durchgeführt werden. Sie sollte unmittelbar chirurgisch repariert werden durch eine adäquate Exposition und erneute Vereinigung der zerstörten Strukturen (im Operationssaal und unter Analgesie)
- Die **Periduralanästhesie** scheint gegenüber der Geburt ohne Periduralanästhesie keine Vor- oder Nachteile im Bereiche des Harntraktes oder des Anorektums zu ergeben.
- Während der Schwangerschaft scheint ein **durch eine Physiotherapeutin angeleitetes Beckenbodentraining, wie auch die vorbereitende Massage des Perineums** einen Vorteil zu bringen. Auch das **Beckenbodentraining in der postpartalen Phase** scheint in der Prävention von Urin- und Stuhlinkontinenz einen Vorteil zu bewirken, auch wenn sich dieser Vorteil in den darauf folgenden Jahren abschwächt (4,6,8). Auf jeden Fall ist die Beckenbodenrehabilitation bei jeder Form der Inkontinenz hilfreich (5,7).
- In praktisch allen Studien weist die **elektive Kaiserschnittentbindung zum Schutz des Beckenbodens gegenüber der Spontangeburt eine signifikant geringere Inzidenz der Urininkontinenz** auf. Dieser Vorteil scheint sich im Laufe der Jahre zu verlieren, dies wird besonders in der Postmenopause beobachtet (11,12).

Referenzen:

1. Stainton MC, Strahle A, Fethney J Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Aug;45(4):295-9.
2. Bahl R, Strachan B, Murphy DJ, Am J Obstet Gynecol. 2005 Mar;192(3):789-94
3. Carrolli, G. Belizan, J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006
4. Hay-Smith, J. Herbison, P. Morkved, S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. [Systematic Review] Cochrane Incontinence Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
5. Hay-Smith, EJC; Dumoulin, C, Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
6. Morkved S, Bo K, Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up, BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 107(8):1022-8, 2000.
7. Hay-Smith, EJC; Bo, K; Berghmans, LCM; Hendriks, HJM; de Bie, RA; van Waalwijk van Doorn, ESC, Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women, Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006.
8. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM, Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial, BMJ. Vol.323, pp.1-5, 2001
9. MacArthur C. Glazener CM. Wilson PD. Lancashire RJ. Herbison GP. Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. BJOG. 113(2):218-24, 2006
10. Glazener, C M A. Herbison, G P. MacArthur, C. Lancashire, R. McGee, M A. Grant, A M. Wilson, P D, New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae, BJOG. 113(2):208-17, 2006
11. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. NEJM. 6;348(10):900-7, 2003
12. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study. Am J Obstet Gynecol.195(2):433-8, 2006

Datum: Januar 2012