

Expertenbrief No. 75 (ersetzt No 29)

Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Der Beckenboden während Schwangerschaft, Geburt und postpartal

Autoren: V. Viereck, S. Meyer, D. Faltin, D. Perucchini, N. Kimmich, C. Betschart

Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie (AUG) und Akademie feto-maternale Medizin (AFMM)

	Evidenzlevel / Empfehlung
<p>Einführung Schwangerschaft und vor allem auch Geburt haben bei rund zwei Drittel der Frauen negative Auswirkungen auf die Funktionalität des Beckenbodens, sei es durch ein direktes Trauma des Beckenbodenmuskels (M. levator ani) oder durch eine geschädigte Innervation des Beckenbodens, v.a. des N. pudendus. Harn- oder Stuhlinkontinenz, Pollakisurie, Harndrangsymptome, Senkungen, Dyspareunie, Schmerzsyndrome oder repetitive Operationen sind die Folgen, mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Die Veränderungen abhängig vom Geburtsmodus werden unten diskutiert.</p> <p>In diesem Expertenbrief wird eingegangen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz von Beckenbodenbeschwerden nach der Geburt • Primär- und Sekundärprävention von Beckenbodenschädigungen • Beratung der Schwangeren vor der Geburt • Bedeutung der intrapartalen Massnahmen zur Minderung von Geburtstraumata • Empfehlungen zum Geburtsmodus im Fall einer Folgegeburt nach einem symptomatischen Geburtstrauma • Postpartale Nachsorge und Therapie von Beckenbodenproblemen <p>Vorbestehende Probleme des Harntraktes, insbesondere Inkontinenzbeschwerden, sollten zu Beginn der Schwangerschaft anamnestisch erfragt werden, da sie ein erhöhtes Risiko für eine postpartale Inkontinenz darstellen.</p> <p>Inzidenz von Beckenbodenschädigungen nach Spontangeburt Die Symptom- und Beschwerdenbreite sind sehr variabel, je nach Studienkohorte, Zeitpunkt der Symptomerfassung nach der Geburt und abhängig von der Methode der Erfassung. So wird die Inzidenz der Harninkontinenz nach Spontangeburt mit 3-50% angegeben. Die Inzidenz einer Analosphinkerverletzung nach einer vaginalen Entbindung liegt bei 1-11%, wobei zusätzlich 10-35% okkulte Defekte nicht diagnostiziert werden. Eine Flatus-/Stuhlinkontinenz tritt bei bis zu 10% der Frauen nach Spontangeburt auf. Dass die Spannbreite der Symptome in verschiedenen Studien variiert, zeigen auch die folgenden Zahlen: die Stuhlinkontinenzrate nach Sectio betrug 0.22%, nach Vaginalgeburt 0.37% (p<0.0001), und in der Kontrollgruppe von nulliparen Frauen 0.17% (p<0.0001). Die Inzidenz eines sonographisch detektierten Levator-ani-Muskel-Traumas (LAM) liegt bei Frauen nach Spontangeburt bei 6-16%, nach Vakuumextraktionen bei 9-35%, und nach Forzepsextraktionen bei 35-63%. Levator ani-Avulsionen scheinen v.a. unmittelbar vor der Geburt zu entstehen, wenn der fetale Kopf die Interspinalenebene Hodge +4 passiert, da hier die Überdehnung der Levator ani Muskeln sowie die Öffnungsfläche des Hiatus genitalis am grössten sind. Risikofaktoren für einen Levator ani-Abriss sind ein höheres maternasles Alter bei der Geburt, ein geringerer BMI, ein höheres fetales Gewicht/ ein grösserer Kopfumfang, eine protrahierte Austreibungsphase, eine Forzepsgeburt und eine okzipito-posteriore Einstellung. Ein Dammriss III°/IV° kann ein Indikator bzw. ein Hinweis für eine begleitende Levatoravulsion sein. Letztlich ist wahrscheinlich aber die Geburtsmechanik und die technische Durchführung der Entbindung, v.a. einer vaginal-operativen Entbindung,</p>	<p>Ila/B</p>

<p>entscheidend, nicht das Vorhandensein der Einzelfaktoren per se. Das Levator ani Trauma ist signifikant assoziiert mit Deszensusbeschwerden. Die Schwierigkeit dieser Risikofaktoren ist - abgesehen von Alter und Gewicht/Kopfumfang - dass sie erst nach der Geburt bekannt sind. Knöcherner Beckenringläsionen sind seltener, werden jedoch in protrahierten Geburtsverläufen mit Kindsgewicht über 4000 Gramm ebenfalls in bis zu 45% beschrieben. An Dyspareunie leiden ein Jahr postpartum gemäss einer Fragebogen-Studie an 198 Erstgebärenden 37.4% nach Spontangeburt, 40% nach Vakuumgeburt, 43.6% nach sekundärer Sectio und 23.8% nach elektiver Sectio.</p> <p>Diese Probleme nach Spontangeburt sind signifikant häufiger als nach einer Entbindung durch Sectio, und zwar unabhängig davon, ob es ein elektiver Kaiserschnitt oder ein sekundärer Kaiserschnitt war.</p> <p>Inzidenz von Beckenbodenschädigungen nach Sectio Fünfzehn Jahre nach der Sectio wurden nachfolgend aufgelistete Beckenbodenbeschwerden festgestellt, mit dem Hinweis, dass unabhängig davon auch altersbedingte Veränderungen zu den Schädigungen beitragen können: An Belastungsinkontinenz litten 17.5% der Frauen, an hyperaktiver Blase 14.6%, an Analinkontinenz 25.8% und an Senkungsbeschwerden 9.4%. Die Inzidenz einer Harninkontinenz beträgt in Post-Sectio Studien mit einem Follow-up von 6 Wochen bis 48 Monaten 3-10%. Nach elektiver Sectio werden keine klassischen Levator ani-Avulsionen am Ursprung am Os pubis beschrieben. In einer Auswertung des schwedischen Geburtenregisters mit 1.4 Millionen Frauen zeigte eine Sectio einen protektiven Effekt auf einen Genitaldeszensus. Erfolgt in der Austreibungsperiode eine sekundäre Sectio, so stieg in der Studie von Rogers et al. die Stuhlinkontinenzrate auf 13%.</p> <p>Die <u>number needed to treat</u> (NNT) sind 10-15 Sectiones zur Verhinderung einer milden und 110 zur Vermeidung einer schweren Harninkontinenz. Dieser Vorteil scheint sich im Laufe der Jahre zu verlieren, dies wird besonders in der Postmenopause beobachtet. Auf nicht-beckenboden-bezogene Folgeprobleme nach Sectio in Bezug auf Folgeschwangerschaften und Uterus wird im Rahmen dieses Expertenbriefes nicht eingegangen.</p> <p>Primär- und Sekundärprävention von Beckenbodenschädigungen Körperliches Beckenbodentraining/Sport vor und während der Schwangerschaft wirken sich weder positiv noch negativ auf den vaginalen Geburtsverlauf aus. Frauen mit präkonzeptionellen Risikofaktoren wie Alter bei der ersten Schwangerschaft ≥ 35 Jahre, BMI vor der Schwangerschaft $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ und leichtgradiger Inkontinenz, hatten signifikant häufiger eine stärkere <i>de novo</i> Harninkontinenz in der Schwangerschaft. Faktoren mit Veränderungsmöglichkeiten (BMI und Inkontinenz) gilt es vor der Schwangerschaft anzusprechen und die Patientin zu motivieren, diese anzugehen, zum Beispiel mit Ernährungsberatung und Physiotherapie.</p> <p>Beckenbodenphysiotherapie im Einzelunterricht ab der 18. Schwangerschaftswoche verhindert bei primär kontinenten Frauen das Risiko einer Harninkontinenz in der Spätschwangerschaft und nach der Geburt. Der Langzeiteffekt eines Beckenbodentrainings auf die postpartale Urin- und Stuhlinkontinenz ist ungewiss und am ehesten bei Risikogruppen mit z.B. Adipositas und bei selektivem Training zu erwarten. Vorzeitige Kontraktionen wurden durch die Beckenbodenübungen in der Schwangerschaft keine ausgelöst. Gezielte Übungen zur Stärkung des Beckenbodens in der Schwangerschaft unter Anleitung (Physiotherapie, Hebamme) z.B. im Rahmen der Geburtsvorbereitung sind zu empfehlen.</p> <p>Bei Deszensusbeschwerden in der Schwangerschaft können bei Bedarf spezielle Pessare (z.B. Restifem®) angewendet werden. Zuvor sollten vorzeitige Wehen oder eine vorzeitige Zervixverkürzung als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden.</p>	<p>la/A</p> <p>la/A</p>
--	-------------------------

<p>Beratung der Schwangeren vor der Geburt Gemäss neuen Untersuchungen von Moosdorff-Steinhauser et al. berichten 2/3 Frauen auf Nachfrage über leichte bis mittelschwere Inkontinenz im Verlauf ihrer Schwangerschaft, jedoch sucht nur jede 8. Frau deswegen Hilfe. Die meisten Schwangeren glauben, dass es sich um ein vorübergehendes Phänomen handle. Deshalb ist es wichtig, dass schwangere Frauen in der Konsultation auf Kontinenz angesprochen werden.</p> <p>Prinzipiell sollten alle schwangeren Frauen über die möglichen Folgen der Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden informiert werden. Dies geschieht idealerweise mittels einer entsprechenden Informationsbroschüre, welche unter anderem auch zwischen gegebenen Faktoren (z.B. Familienanamnese) und durch die Frau selbst modifizierbaren Faktoren unterscheiden soll. Die individuelle Aufklärung sollte risiko-adaptiert unter Einbezug der kindlichen sonographischen Parameter, des Körperbaus der Frau, der anamnestischen Risikofaktoren, des Geburtsmodus der vorangegangenen Geburten und der vorbestehenden Beckenbodensymptome geschehen. Grundsätzlich ist das Ansprechen möglicher Beckenbodentraumata während der Schwangerschaft zu empfehlen und je nach Sicherheits- und Wissensbedürfnis der Patientin durch eine Abklärung bei Spezialistinnen und Spezialisten zu ergänzen. Mit dem Kalkulationstool UR-CHOICE lässt sich die Beratung spezifizieren. https://riskcalc.org/UR_CHOICE/</p> <p>Dass eine Patientinnenaufklärung zu postpartalen Beckenbodenproblemen sinnvoll wäre, darüber sind sich die Expertinnen und Experten einig. Eine kürzliche Umfrage zeigte jedoch eine andere Praxis: nämlich, dass selbst urogynäkologische Fachleute in knapp 40% auf eine solche Aufklärung verzichten.</p> <p>Bedeutung prä- und subpartaler Massnahmen zur Minderung von Geburtstraumata Eine präpartale Bildgebung von maternalen Knochen- oder Weichteilstrukturen ist bisher nicht hilfreich, da keine Norm- und Grenzwerte für eine problematische Geburt existieren. Entscheidender scheint das Verhältnis von Kindsgrösse zu Geburtskanal und dessen Dynamik unter der Geburt zu sein, was jedoch im Vorfeld einer Geburt nur bedingt abschätzbar ist. Prä- und intrapartale Interventionen wie Dammmassage, Ballondilatation, warme Kompressen, Geburtspositionen und Pressstrategien, die sich auf eine Verminderung der Beckenbodentrauma auswirken können, werden kontrovers diskutiert. Die Auflage warmer Kompressen und ggf. eine Dammmassage in der Austreibungsperiode zeigten eine günstige Wirkung auf Dammverletzungen. Die präpartale Anwendung des Dammtrainers Epi-No® hingegen vermag Geburtsverletzungen, v.a. höhergradige Dammriss, nicht zu reduzieren. Die Periduralanästhesie verminderte das Risiko eines Levator Traumas und führte gegenüber Opioiden vermehrt zu Harnretentionen nach der Geburt. Unterschiedliche Pressstrategien zeigen keinen Unterschied bezüglich der Dammriss- und Episiotomierate, auch nicht in der Notwendigkeit der Indikationsstellung von Kaiserschnitt- oder instrumenteller Geburtsbeendigungen oder in den neonatalen Endpunkten. Für eine prophylaktische Episiotomie gibt es (ausser bei der vaginal-operativen Geburt) keine Evidenz.</p> <p>Unmittelbar vor Kopfdurchtritt ist es sinnvoll, nicht aktiv zu pressen, sondern lediglich zu atmen, wodurch die Analsphinkterverletzungsrate auf ein Drittel reduziert werden kann. Ein verzögertes Pressen führt dabei letztlich zu einer Verkürzung der eigentlichen Presszeit und zu einer erhöhten Rate vaginaler Spontangeburt. Eine längere Austreibungsphase ist ein Risikofaktor für Beckenbodentraumata. Bei protrahierter Austreibungsperiode und Fehleinstellung (hintere Hinterhauptslage) ist zudem unter Umständen sinnvoll, den Fetus unter Geburt ideal im Geburtskanal auszurichten, z.B. durch Rotation einer dorsoposterioren in eine dorsoanteriore Position. Die ideale Dauer der Austreibungsperiode bleibt weiterhin unklar. Eine protrahierte Geburt führt über Mikrotraumata und Nervenschäden zu Überdehnungen des Beckenbodens, eine zu schnelle Geburt erhöht das Risiko für Avulsionen. Hinsichtlich der Geburtsposition ist die Rückenlage im Vergleich zum Vierfüsslerstand, der Seitenlage oder der aufrechten Position ungünstig.</p> <p>Muss aus kindlicher oder mütterlicher Indikation eine vaginal-operative Geburtsbeendigung erfolgen, so ist für den Beckenboden die Vakuumgeburt (Cup-System nicht relevant) einer Forzepsgeburt vorzuziehen. Entscheidend ist bei beiden Varianten allerdings die korrekte</p>	<p>IV/A</p> <p>Ila/B</p> <p>Ia/A</p>
--	--------------------------------------

<p>Technik. Das Risiko eines Dammriss III° oder IV° kann bei einer vaginal-operativen Geburt gemäss neuerer Studien durch eine prophylaktische mediolaterale oder laterale Episiotomie vermindert werden, insbesondere bei Primiparae. Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, ist die mediolaterale Schnittrichtung mit einem Winkel von mindestens 60° vorzuziehen. Auf Levatorüberdehnungen und -avulsionen übt die Episiotomie keinen Einfluss. Kontrovers diskutiert wird auch, ob die Durchführung eines Dammschutzes die Rate der Geburtsverletzungen reduziert. Gross angelegte Schulungsprogramme zum Dammschutz in Skandinavien konnten jedoch eine deutliche Reduktion höhergradiger Dammverletzungen von 4-7% auf 1-2.5% durch einen adäquaten Dammschutz mit Abbremsen des kindlichen Kopfes bei Geburt zeigen. Ob zusätzliche Hilfsmittel am Damm, wie z.B. das BabySlide®, welches niedriggradige Dammrisse und Vaginalrisse zu reduzieren vermag, auch zu einer niedrigeren Rate an Darmrissen III/IV führen, muss in Studien noch überprüft werden.</p> <p>Postpartal gilt es, durch eine rektale Palpation die Intaktheit des Analsphinkters bei jeder Frau zu überprüfen und im Falle einer Läsion direkt peripartal zu versorgen.</p> <p>Empfehlungen zum Geburtsmodus im Fall einer Folgegeburt nach einem symptomatischen Geburtstrauma</p> <p>Der Schaden am Beckenboden wird in den allermeisten Fällen bei der ersten Geburt gesetzt. Im Falle von Deszensus kann dieser sich nach jeder weiteren Geburt aggravieren, jedoch nicht mehr in dem Masse wie bei der ersten Geburt.</p> <p>Gemäss S2k Leitlinien der AMWF hat die elektive Sectio in der Folgeschwangerschaft einzig bei St.n. Dammriss III und IV und postpartaler, intermittierender Stuhlinkontinenz eine Bedeutung von moderater Evidenz, um ein bleibende Stuhlinkontinenz zu verhindern. Liegt nach einem Dammriss III° keine Stuhlsymptomatik vor, so kann die Patientin sich erneut für eine vaginale Geburt entscheiden, ohne ein erhöhtes Risiko für eine Stuhlinkontinenz einzugehen. Dies wurde in einer kürzlich publizierten randomisiert-kontrollierten Studie von asymptomatischen Zweitgebärenden nachgewiesen, welche randomisiert wurden in eine Gruppe mit elektiver Sectio vs. Spontangeburt nach erlittenem Dammriss III° bei der ersten Geburt. Das Wiederholungsrisiko für einen erneuten Darmriss III/IV liegt bei 4-8%. Eine postpartale Harninkontinenz ist aus medizinischen Gründen keine Indikation für eine elektive Sectio zur Prävention weiterer Inkontinenz. Dennoch ist aber den Vorstellungen der Frau Rechnung zu tragen und diese gilt es, mit in die Entscheidung einzubeziehen.</p> <p>Die postpartale Konsultation und Nachsorge ist wichtig, um die Auswirkung der Spontangeburt auf die Funktionen des kleinen Beckens zu erfassen und sie ggf. rechtzeitig einer Therapie zuführen zu können. Die Anamnese über die Funktion des Beckenbodens, des Harntraktes sowie des Anorektums hat dabei einen zentralen Stellenwert und kann allenfalls weitere Untersuchungen und Behandlungen einleiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urogynäkologische Diagnostik (Pelvic-Floor-Sonographie, 2D, oder 3D/4D translabiale Perinealsonographie des M. levator ani und des Analsphinkters, Beckenbodentesting, urodynamische Abklärung, MRI) • Gezielte Beckenbodenrehabilitation • Im Falle von Operationen Beizug von urogynäkologischen Fachkollegen: Bei jungen Patientinnen sollen uteruserhaltende, autologe Verfahren bevorzugt werden. <p>Beckenbodentraining und Sport können postpartal graduell und nach Massgabe der Wöchnerin wiederaufgenommen werden. Gemäss neusten Empfehlungen ist eine frühe oder kontinuierliche körperliche Aktivität für die Beckenbodengesundheit und das allgemeine Wohlbefinden von Vorteil.</p>	<p>Ila/B</p>
--	--------------

Zusammenfassung	
<ul style="list-style-type: none"> • Eine systematische Episiotomie während der Geburt bringt gegenüber der indizierten Episiotomie keine Vorteile für den Beckenboden. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • Bei Notwendigkeit einer vaginal-operativen Geburt ist die Vakuumgeburt als beckenbodenschonender beurteilt als eine Forzepsentbindung. Bei beiden Varianten ist die richtige Technik entscheidend und sollte wiederholt trainiert werden. Eine mediolaterale Episiotomie reduziert das Risiko eines höhergradigen Dammrisses, insbesondere bei Primipara und sollte mit einem Winkel von mindestens 60° geschnitten werden. 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • Die Suche nach Analsphinkterläsion sollte systematisch nach einer vaginalen Geburt durchgeführt werden und unmittelbar von einem darin erfahrenen Geburtshelfer unter adäquaten Bedingungen (gute Analgesie, Lichtquelle und Instrumentarium) operativ versorgt werden 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • Die Periduralanästhesie scheint gegenüber der Geburt ohne Periduralanästhesie einen schonenden Effekt auf den Levator ani zu haben. 	IIa/B
<ul style="list-style-type: none"> • Während der Schwangerschaft scheint ein durch eine geschulte Physiotherapeutin oder Hebamme angeleitetes Beckenbodentraining bei kontinenten Frauen ein Vorteil zu bringen. Auch das Beckenbodentraining in der postpartalen Phase scheint in der Prävention und Therapie von Urin- und Stuhlinkontinenz ein Vorteil zu bewirken bzw. bewirken zu können, auch wenn sich dieser Vorteil in den darauffolgenden Jahren abschwächt. Eine Beckenbodenrehabilitation sollte aber gezielt und unter Anleitung erfolgen. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • In praktisch allen Studien weist die elektive Kaiserschnittentbindung zum Schutz des Beckenbodens gegenüber der Spontangeburt eine signifikant geringere Inzidenz von Senkungszuständen und Urininkontinenz auf. 	Ia/A
<ul style="list-style-type: none"> • Prinzipiell sollten alle schwangeren Frauen über die möglichen Folgen der Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden informiert werden. Dies geschieht idealerweise mittels einer entsprechenden Informationsbroschüre. Die individuelle Aufklärung sollte risiko-adaptiert geschehen. 	IV/A

Datum: 19.04.2021

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
Ia Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 10px;">A</div> <p>Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)</p> </div>
Ib Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung	
IIa Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 10px;">B</div> <p>Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierte klinische Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III)</p> </div>
IIb Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie	
III Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 10px;">C</div> <p>Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)</p> </div>
IV Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 10px; text-align: center;">✓</div> <p>Good Practice Punkt Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt</p> </div>

Deklaration von Interessenkonflikten:

V. Viereck: keine
S. Meyer: keine
D. Faltin: keine
D. Perucchini: keine
N. Kimmich: keine
C. Betschart: keine

Literatur

Bei den Autoren.

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben. Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.