

# Beckenboden in Gefahr

## Schwangerschaft und Geburtsvorgang als Risikofaktoren

**Die Strukturen des Beckenbodens werden durch den aufrechten menschlichen Gang und durch Geburten stark beansprucht, mit Folgen wie Drang- und Stressinkontinenz, Reizblasensymptomen, Stuhlinkontinenz und Prolaps. Nach der Geburt können sich die Organsysteme des Beckenbodens aber wieder sehr gut regenerieren, sodass strukturelle Läsionen nicht zwingend mit funktionellen Einbussen einhergehen müssen.**

Die Statistiken zeigen es klar: Die Sectioraten sind in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Dabei bewegen sich die Schweiz und die USA im oberen Mittelfeld, tiefer ist der Anteil der Kaiserschnitte in nördlichen europäischen und deutlich höher in südlichen Ländern, und am höchsten in Süditalien mit 70 Prozent. In der Schweiz steigt die Zahl der primären Sectios sehr deutlich an, und parallel dazu auch der Anteil der Gebärenden mit Status nach Sectio, erläuterte Privatdozent Dr. med. Luigi Raio, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern. Wie eine Untersuchung aus den USA kürzlich gezeigt hat, hatten Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, im Vergleich zu vaginal Gebärenden eine wesentlich höhere Morbidität (2,7% vs. 0,9%), und auch die mütterliche Mortalität war erhöht (13,3 vs. 2,6/100 000), ebenso Fruchtwasserembolien (15,8 vs. 3,3–7,7/100 000) (1). Auch die Gefahr von Plazentationsstörungen nimmt mit jeder Sectio zu. Keine Unterschiede bestehen bei Harninkontinenz und postpartaler Depression. Gemäss den Zahlen der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF) haben die Meldungen für Placenta percreta, die am zuverlässigsten sein dürften, in den letzten Jahren etwas zugenommen. Kaiserschnitte haben auch Langzeitfolgen wie Minderung der Fertilität, Extrauteringraviditäten, Fehl- und Totgeburten sowie vorzeitigen Plazentalösungen (1).

Auf der Seite des Kindes führt eine Sectio im Vergleich zur vaginalen Geburt zu vermehrter respiratorischer Morbidität am Termin (1–4% vs. < 1,0%), hingegen kommen eher überraschend Plexusverletzungen (2,1/1000 vs. 2–5/1000) und Frakturen (1–2%) bei beiden Geburtsvorgängen ähnlich häufig vor (2). Für das Kind bedeutet die Geburt physiologischerweise grossen Stress durch Wechsel von einem nassen in ein trockenes Milieu, von warm zu kalt, von einer kontinuierlichen auf eine alternierende Ernährung und von einer sterilen Umgebung auf eine bakteriell besiedelte (Haut, Luftwege, Darm). Dies erfordert komplexe Anpassungsmechanismen, welche durch eine Sectio beeinflusst werden. Epidemiologische Studien haben insbesondere Beziehungen zu späterem Asthma bronchiale, Allergien, Diabetes Typ 1 und intestinalen Erkrankungen sowie Langzeiteffekte auf das Immunsystem untersucht (3). Als Mechanismen für eine Störung des Immunsystems durch Sectio werden das Fehlen des Geburtsstresses als Immunaktivator, eine gestörte bakterielle Kolonisierung des Darmtrakts sowie eine veränderte epigenetische Regulation der Genexpression postuliert.

### Schützt Sectio vor Beckenbodenproblemen?

Die Vorstellung, dass Schwangerschaft und vaginale Geburt eine Beckenbodeninsuffizienz begünstigen, die ihrerseits Bedingungen für eine Anal- und Urininkontinenz schafft, erscheint logisch. Ein Cochrane-Review konnte diesbezüglich einen Vorteil für die Sectio geburt jedoch nicht bestätigen (4). Zwar erschien in einer Studie 3 Monate nach Geburt die Sectio als protektiv hinsichtlich Analinkontinenz, 6 Jahre später war die Inkontinenzrate jedoch deutlich gefallen, und es bestand kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Frauen nach vaginaler Geburt oder Sectio. Für das Symptom Flatusinkontinenz sahen verschiedene Studien unterschiedliche anale Inkontinenzraten, und je besser die Studienqualität war, desto mehr strebte die Odds Ratio gegen 1. Die statistischen Analysen legen nahe, dass bei der Ätiologie der Analinkontinenz andere Mechanismen als die direkte Geburtsbelastung und Beckenbodenschädigung eine Rolle spielen.

Frauen, die vaginal geboren haben, haben eine höhere Inzidenz für Stress-, Drang- oder gemischte Harninkontinenz. Die schweren Formen der Harninkontinenz zeigen keinen Unterschied zwischen Frauen, die vaginal oder per sectionem geboren haben. Nach neuen amerikanischen Untersuchungen erfuhr die Zahlen der Inkontinenz- oder Prolapsoperationen eine deutliche Steigerung (5). Dabei zeigt sich bei Frauen im mittleren Alter ein Plateau. «Man könnte dies bereits als Einfluss der steigenden Sectiorate interpretieren», kommentierte Raio, «sicher ist dies jedoch nicht. Was wir als Krankheit – Beckenbodeninsuffizienz, Inkontinenz und so weiter – ansehen, ist eher eine Folge der fehlgeleiteten Evolution vom vierbeinigen zum aufrechten Gang, oder ein Zeichen, dass die Gesellschaft auf diese Problematik heute etwas anders reagiert.

### Perineale Läsionen können Lebensqualität beeinträchtigen

Nach vaginaler Geburt kann es zu funktionellen Störungen (Urin-, Harninkontinenz, sexuelle Dysfunktion) und zu klinisch oder echografisch nachweisbaren anatomischen Läsionen von Beckenboden, Sphinkteren und endopelviner Faszie und zu neurovaskulären Verletzungen mit kurz- und langfristigen Folgen kommen. «Daher muss man in der postpartalen Betreuung nach Symptomen fragen, und man muss entsprechende Untersuchungen durchführen», sagte Privatdozent Dr. med. Chahin Achdari, Gynécologie et Obstétrique, CHUV Lausanne. Er berichtete über Erfahrungen aus der perinealen Sprech-

stunde für Frauen, die unter der Geburt Beckenbodenverletzungen erlitten hatten. Primiparae waren deutlich übervertreten, ebenso Zangengeburt (49%). Von den 181 Frauen zeigten viele Symptome wie Stuhldrang (21,5%) oder Flatusinkontinenz (38,1%). Alle Formen der Anorektalinkontinenz zusammen genommen betrafen 42 Prozent der Frauen, eine Veränderung der Lebensqualität gaben jedoch bloss 9,8 Prozent an. Zwar hatten Frauen mit Sphincter-externus- als auch Sphincter-internus-Läsionen generell etwas häufiger einen Wexner-Score  $\geq 4$  (Kasten), die Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant. Signifikant häufiger bestand jedoch ein Verlust der analen Kontraktionskraft und der Puborektaliskontraktion, was die Wichtigkeit der digitalen Rektaluntersuchung unterstreicht, wie Achtari betonte. Frauen, die einen Dammriss dritten oder vierten Grades erlitten hatten, klagten nicht häufiger über Harnentleerungssymptome, und der Einfluss dieser Beschwerden auf die Lebensqualität erschien minimal.

In einer Langzeituntersuchung 6 Jahre nach Entbindung hatten die Patientinnen mit Sphinkterläsionen nach spontaner oder assistierter Vaginalentbindung jedoch signifikant häufiger Inkontinenzprobleme und eine ausgeprägtere Beeinträchtigung von Sexualleben und Lebensqualität. In einer ähnlich angelegten Studie wurden Frauen nach Sectio und nach vaginaler Geburt miteinander verglichen, und es zeigte sich, dass Frauen nach Sectio signifikant häufiger an Drang- und Stressinkontinenz litten, häufiger über abdominale oder genitale Schmerzen klagten und auch signifikant häufiger von einer Beeinträchtigung des Sexuallebens berichteten. «Die va-

Kasten:

### Wexner-Score zur Erfassung des Schweregrads einer Analinkontinenz

Inkontinenz	nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
fest	0	1	2	3	4
flüssig	0	1	2	3	4
Wind	0	1	2	3	4
Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Einlagen				0	4
verstopfende Medikation				0	4
Kann Stuhlgang für 15 Minuten nicht verhindern				0	4

Je mehr Punkte, desto stärker die Inkontinenz

ginale Geburt scheint also einen günstigen Einfluss auf sexuelle Funktionen zu haben», kommentierte Achtari.

Bei Läsionen des Beckenbodens und der Sphinktere muss die Behandlung individuell angepasst erfolgen. Meist handelt es sich um Primiparae, und eine konservative symptomgeleitete Therapie (perineale Selbstmassage, Physiotherapie) erscheint angezeigt. Bei stark beeinträchtigter Lebensqualität kommt eine operative Therapie infrage. Sehr wichtig ist die Beratung im Hinblick auf zukünftige Entbindungen. Frauen, die bei einer ersten vaginalen Geburt eine Sphinkterläsion erlitten haben, tragen bei einer folgenden vaginalen Geburt ein hohes Risiko für eine erneute Sphinkterverletzung (6), wobei Ge-

# Andreamag<sup>®</sup>

Brausetabletten

**Hochdosiertes Magnesium  
300 mg (12,3 mmol)**

- 1x täglich
- mit **Himbeer-** oder **Orangenaroma**
- kassenpflichtig



**Wirkstoff:** Magnesium 300 mg (12,3 mmol). **Indikationen:** Magnesiummangel, zur Deckung eines erhöhten Bedarfs während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Hochleistungssport, Neigung zu Wadenkrämpfen und Muskelzuckungen, bei Eklampsie und Präeklampsie, tachykarden Herzrhythmusstörungen. **Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: 1x täglich 1 Brausetablette. **Kontraindikationen:** Niereninsuffizienz, AV-Block, Exsiccose. **Interaktionen:** Tetracycline, Eisensalze, Cholecalciferol. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich Durchfall. **Packungen:** 20 und 60 Brausetabletten. Liste D. **Kassenpflichtig.** Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.swissmedico.ch](http://www.swissmedico.ch).

Andreabal AG, 4123 Allschwil, Telefon 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, [www.andreabal.ch](http://www.andreabal.ch)

burtsgewicht des Kindes und Zangenentbindung Risikofaktoren darstellen. «Bei schwerem analem Sphinkterdefekt oder bei persistierenden Symptomen sollte daher zur Sectio geraten werden», schloss Achartari.

### Wird Inkontinenz vererbt?

Die Prävalenzraten für Harninkontinenz (30–60%), Reizblase (12–30%) und andere Symptome der unteren Harnwege (lower urinary tract symptoms, LUTS) sind weit verbreitet und beeinträchtigen Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Liste der Risikofaktoren für Harninkontinenz und LUTS ist lang und umfasst auch vermutete hereditäre Faktoren. Diesen gingen bisher verschiedene Studien nach, berichtete Prof. Dr. med. Ian Milsom, Departement für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universität Göteborg. Die Anzahl der wöchentlichen Inkontinenzepisoden war beispielsweise sowohl für Drang- wie Stressinkontinenz bei Asiaten deutlich tiefer als bei Weissen oder Schwarzen. Eine andere Studie fand bei Müttern und Schwestern von Frauen, die wegen Harninkontinenz überwiesen worden waren, eine 3- bis 4-fach erhöhte Stressinkontinenzrate. Auch für kindliches Bettnässen gibt es Hinweise auf einen Einfluss der Gene. Verschiedene Studien legen nahe, dass es eine familiäre Übertragung von Harninkontinenz gibt. «Allerdings gibt es bisher nur spärliche Evidenz zur Frage der relativen Wichtigkeit genetischer Faktoren im Vergleich zu Umwelteinflüssen bei Harninkontinenz, Reizblase oder LUTS», bedauerte Milsom. Einen Beitrag konnte die norwegische EPICONT-Studie, eine bevölkerungsbasierte Querschnittsuntersuchung zu den Risikofaktoren, leisten (7). Sie ergab, dass Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Harninkontinenz entwickeln, wenn ihre Mütter oder Schwestern inkontinent sind. Die Studie musste aber offen lassen, ob dieses erhöhte Risiko auf genetische Faktoren oder gemeinsame Umweltextpositionen zurückgeht. «Eine genetische Mitbestimmung der Harninkontinenz dürfte keinem einfachen mendelschen Muster folgen, sondern Resultat der Interaktion multipler Gene und der Umwelt sein», meinte Milsom. Zwillingsstudien erlauben, anhand monozygoter und dizygoter weiblicher Zwillingspaare die relativen Proportionen der phä-

notypischen Varianz als Resultat von genetischen und Umweltfaktoren zu erfassen. Das weltweit einzigartige schwedische Zwillingsregister umfasst alle seit 1886 in Schweden geborenen Zwillinge, bisher rund 170 000 Individuen. Zur Frage der Vererbung von LUTS wurde bei rund 25 000 Zwillingen eine Untersuchung mittels mehrerer Fragebögen bei einer Antwortrate von 60 Prozent durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass alle Symptome bei monozygoten im Vergleich zu dizygoten Zwillingspaaren häufiger vorkamen (8). Der grösste genetische Einfluss wurde jedoch in der quantitativen genetischen Analyse für Nykturie (34%) und Harninkontinenz (51%) gefunden. Die schwächste genetische Mitbestimmung ergab sich für die Symptome der Reizblase.

### Wie kann man den Damm schützen?

Die Sectio kann nicht alle Probleme von postpartaler Inkontinenz und Senkung lösen, denn schon die Schwangerschaft an sich hat einen negativen Einfluss auf den Beckenboden, erinnerte Privatdozentin Dr. med. Annette Kuhn, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern. «Wir sollten keine abschliessende Beurteilung des Beckenbodens vor Ende der Stillzeit vornehmen, da auch danach noch eine Erholung der Organsysteme in diesem Bereich möglich ist», betonte Kuhn, «und ebenso wenig sollte vorher eine invasive Diagnostik erfolgen.»

Randomisierte Studien mit relativ wenigen Teilnehmerinnen fanden, dass der Dammschutz präventiv wenig oder nichts bringt. Abschliessend lässt sich dies jedoch noch nicht beurteilen, denn es gibt auch eine neuere Untersuchung, die zeigt, dass die Art, wie der Dammschutz durchgeführt wird, einen Einfluss auf den Schutz des Perineums hat (9). In einem Cochrane-Review auf Basis randomisierter Studien hatte die Auflage von warmen Kompressen auf das Perineum einen signifikanten Effekt auf die Häufigkeit von Dammrissen dritten und vierten Grades. Auch perineale Massage hatte im Vergleich zum Verzicht darauf eine schützende Wirkung, während der bimanuelle Dammschutz keinen Effekt auf Dammrisse hatte, aber die Episiotomierate signifikant reduzierte. «Wir sollten mit Episiotomien restriktiv umgehen, da Patientinnen mit Episiotomien ein höheres Risiko für ausgedehnte perineale Traumen haben», zitierte Kuhn aus der Cochrane-Analyse. Ein anderer Review der Institution für evidenzbasierte Medizin fand zudem, dass eine aufrechte Position der Gebärenden in der Austreibungsphase bei Frauen ohne Regionalanästhesie zwar zu einem höheren Risiko für einen Blutverlust von mehr als 500 ml führt, aber die Geburtsdauer verkürzt und weniger assistierte Geburten und Episiotomien notwendig macht (11).

**Halid Bas**

Quelle: 1. Hauptthema «Schwangerschaft, Geburt, Beckenboden». Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), 25. bis 27. Juni 2014 in Interlaken.

### Take Home Messages

- Die Vorstellung, dass Schwangerschaft und vaginale Geburt eine Beckenbodeninsuffizienz begünstigen, die ihrerseits Bedingungen für eine Anal- und Urininkontinenz schafft, erscheint logisch. Ein Cochrane-Review konnte diesbezüglich einen Vorteil für die Sectio geburt jedoch nicht bestätigen.
- Frauen, die vaginal geboren haben, haben eine höhere Inzidenz für Stress-, Drang- oder gemischte Harninkontinenz; bei den schweren Formen der Harninkontinenz zeigt sich jedoch kein Unterschied zwischen vaginaler Geburt und Sectio.
- Bei schwerem analem Sphinkterdefekt oder bei persistierenden Symptomen sollte für spätere Entbindungen wegen des hohen Risikos erneuter Sphinkterläsionen zur Sectio geraten werden.
- In der quantitativen genetischen Analyse wurde für Nykturie und Harninkontinenz der grösste genetische Einfluss gefunden.
- Vor Ende der Stillzeit sollte keine abschliessende Beurteilung des Beckenbodens vorgenommen werden, da auch danach noch eine Erholung der Organsysteme in diesem Bereich möglich ist.
- In randomisierten Studien hatte die Auflage von warmen Kompressen auf das Perineum einen signifikanten Effekt auf die Häufigkeit von Dammrissen dritten und vierten Grades.

**Referenzen:**

1. Gregory KD et al. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol* 2012; 29 (1): 7–18.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine: Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 123: 693–711.
3. Cho CE et al. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208 (4): 249–254.
4. Nelson RL et al. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Feb 17; (2): CD006756.
5. Wu JM et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014; 123 (6): 1201–1206.
6. Spydslaug A et al.: Recurrent risk of anal sphincter laceration among women with vaginal deliveries. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (2): 307–313.
7. Hannestad YS et al. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004; 329 (7471): 889–891.
8. Wennberg AL et al. Genetic influences are important for most but not all lower urinary tract symptoms: a population-based survey in a cohort of adult Swedish twins. *Eur Urol* 2011; 59 (6): 1032–1038.
9. Foroughipour A et al. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *J Res Med Sci* 2011 Aug; 16 (8): 1040–1046.
10. Aasheim V et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; Dec 7; (12): CD006672.
11. Gupta JK et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16; 5: CD002006.