

Expertenbrief Nr. 75

(siehe auch: http://sggg.ch/de/members_news/1005)Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. med. Daniel Surbekgynécologie
suisseSociété Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia**Der Beckenboden während Schwangerschaft, Geburt und postpartal**

Durch Schwangerschaft und Geburt kommt es bei vielen der Frauen zu Schädigungen des Beckenbodens mit Folgen wie Harn- oder Stuhlinkontinenz, Senkungen (u. a.). Der aktualisierte Expertenbrief gibt ein Update zu Präventionsmöglichkeiten mit prä-, intra- und postpartalen Massnahmen.

V. Viereck, S. Meyer, D. Faltin, D. Perucchini, N. Kimmich,
C. BetschartArbeitsgemeinschaft Urogynäkologie (AUG) und Akademie
feto-maternale Medizin (AFMM)

Beeinträchtigungen der 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) – treten sehr häufig nach Schwangerschaften und Geburten auf. Zu den Folgen gehören neben Harn- oder Stuhlinkontinenz auch Pollakisurie, Harndrangsym-

ptome, Senkungen, Dyspareunie, Schmerzsyndrome oder repetitive Operationen, welche dann mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind.

In diesem Expertenbrief wird eingegangen auf:

- 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 bei Beckenbodenproblemen.

Vorbestehende Probleme des Harntraktes, insbesondere Inkontinenzbeschwerden, sollten zu Beginn der Schwangerschaft anamnestisch erfragt werden, da sie ein erhöhtes Risiko für eine postpartale Inkontinenz darstellen.

Zusammenfassung

- **Eine systematische Episiotomie** während der Geburt bringt gegenüber der indizierten Episiotomie keine Vorteile für den Beckenboden.
- **Bei Notwendigkeit einer vaginal-operativen Geburt** wird 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 für einen höhergradigen Dammris, insbesondere bei Primipara, und sollte mit einem Winkel von mindestens 60° durchgeführt werden.
- **Die Suche nach Analsphinkterläsionen** sollte systematisch nach einer vaginalen Geburt erfolgen, und im Falle einer Läsion sollte diese unmittelbar von einem darin erfahrenen Geburtshelfer unter adäquaten Bedingungen (gute Analgesie, Lichtquelle und Instrumentarium) operativ versorgt werden.
- **Die Periduralanästhesie** scheint gegenüber der Geburt ohne Periduralanästhesie einen schonenden Effekt auf den Levator ani zu haben.
- **Während der Schwangerschaft** scheint das durch eine geschulte Physiotherapeutin oder Hebamme angeleitete Beckenbodentraining bei kontinenten Frauen vorteilhaft zu sein. Auch das Beckenbodentraining in der postpartalen Phase scheint zur Prävention und Therapie von Urin- und Stuhlinkontinenz Vorteile zu haben, auch wenn sich der Effekt in den Folgejahren abschwächt. Eine Beckenbodenrehabilitation sollte gezielt unter Anleitung erfolgen.
- **In allen Studien weist die elektive Kaiserschnittentbindung** zum Schutz des Beckenbodens gegenüber der Spontangeburt signifikant geringere Inzidenzen von Senkungszuständen und Urininkontinenz auf.
- **Prinzipiell sollten alle schwangeren Frauen über die möglichen Folgen** von Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden informiert werden. Das geschieht idealerweise mit einer entsprechenden Informationsbroschüre. Die individuelle Aufklärung sollte risikoadaptiert erfolgen.

Inzidenz von Beckenbodenschädigungen nach Spontangeburt

Die Symptome und die Beschwerden sind sehr variabel, je nach Studienkohorte und Zeitpunkt der Symptomerfassung nach der Geburt, und hängen von der Methode der Erfassung ab. So wird die Inzidenz der **Harninkontinenz** nach Spontangeburt mit 3 bis 50% angegeben. Die Inzidenz einer **Analsphinkterverletzung** nach einer vaginalen Entbindung liegt bei 1 bis 11%, wobei zusätzlich okkulte Defekte zu 10 bis 35% 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% ($p < 0,0001$), in der Kontrollgruppe von nulliparen Frauen dagegen 0,17% ($p < 0,0001$). Die Inzidenz eines sonografisch detektierten **Levator-ani-Muskel-Traumas** (LAM) liegt bei Frauen nach Spontangeburt bei 6 bis 16%, nach Vakuumextraktionen bei 9 bis 35% und nach Forzepsextraktionen bei 35 bis 63%. Levator-ani-Avulsionen scheinen vor allem unmittelbar vor der Geburt zu entstehen, wenn der fetale Kopf die Interspinaebene 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 erhöhtes maternales Alter bei

der Geburt, ein geringer BMI, ein erhöhtes fetales Gewicht respektive ein grösserer Kopfumfang, eine protrahierte Austreibungsphase, eine Forzepsgeburt und eine okzipito-posteriore Einstellung. Ein Dammriss Grad III/IV kann ein Indikator bzw. ein Hinweis für eine begleitende Levatoravulsion sein. Letztlich sind die Geburtsmechanik und die technische Durchführung der Entbindung (v. a. vaginal-operative Entbindung) aber entscheidend, nicht das Vorhandensein der Einzelfaktoren per se. Das Levator-ani-Trauma ist signifikant mit Deszensusbeschwerden assoziiert. Problematisch ist, dass die Risikofaktoren (abgesehen vom mütterlichen Alter und kindlichen Gewicht/Kopfumfang) erst nach der Geburt bekannt sind. **Knöcherne Beckenringläsionen** sind seltener, werden jedoch in protrahierten Geburtsverläufen mit einem Kindsgewicht über 4000 Gramm ebenfalls bei bis zu 45% beschrieben. An **Dyspareunie** leiden ein Jahr postpartum gemäss einer Fragebogenstudie mit 198 Erstgebärenden 37,4% der Mütter nach Spontangeburt, 40% nach Vakuumgeburt, 43,6% nach sekundärer Sectio und 23,8% nach elektiver Sectio.

Diese Probleme nach Spontangeburt sind signifikant häufiger als nach einer Entbindung durch Sectio, und zwar unabhängig davon, ob es sich um einen elektiven Kaiserschnitt oder einen sekundären Kaiserschnitt handelte.

Inzidenz von Beckenbodenschädigungen nach Sectio

15 Jahre nach einer Kaiserschnittgeburt wurden die folgenden Beckenbodenbeschwerden festgestellt, wobei darauf hinzuweisen ist, 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 Monate 3 bis 10%. Nach elektiver Sectio werden keine klassischen Levator-ani-Avulsionen am Ursprung, dem Os pubis, beschrieben. In einer Auswertung des schwedischen Geburtenregisters mit 1,4 Millionen Frauen zeigte eine Sectio einen protektiven Effekt auf einen Genitaleszensus. Erfolgte in der Austreibungsperiode eine sekundäre Sectio, stieg in der Studie von Rogers und Kollegen die Stuhlinkontinenzrate auf 13%.

Die Number Needed to Treat (NNT) beträgt 10 bis 15 Sectiones zur Verhinderung einer milden und 110 zur Vermeidung einer schweren Harninkontinenz. Der Vorteil der Sectio zur Verhinderung einer Harninkontinenz scheint sich im Laufe der Jahre zu verlieren, das wird besonders in der Postmenopause beobachtet.

Im Rahmen dieses Expertenbriefs wird nicht auf die weiteren Probleme nach Sectio in Bezug auf Folgeschwangerschaften und Uterusläsionen eingegangen.

Primär- und Sekundärprävention

Körperliches Beckenbodentraining respektive Sport vor und während der Schwangerschaft wirken sich weder positiv noch negativ auf den vaginalen Geburtsverlauf aus. Frauen mit präkonzeptionellen Risikofaktoren wie einem **Alter bei der ersten**

Schwangerschaft ≥ 35 Jahre, einem **BMI vor der Schwangerschaft $\geq 25 \text{ kg/m}^2$** und leichtgradiger **Inkontinenz** hatten signifikant häufiger eine stärkere De-novo-Harninkontinenz in der Schwangerschaft. Faktoren mit Möglichkeiten zur Veränderung (BMI und Inkontinenz) gilt es, vor der Schwangerschaft anzusprechen und die Patientin zu motivieren, diese anzugehen, zum Beispiel mit Ernährungsumstellung (-beratung) und Physiotherapie.

Die Beckenbodenphysiotherapie im Einzelunterricht ab der 18. Schwangerschaftswoche verhindert bei primär kontinenten Frauen das Risiko für eine 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 Adipositas und bei selektivem Training zu erwarten. Durch die Beckenbodenübungen wurden keine vorzeitigen Kontraktionen ausgelöst. Gezielte Übungen zur Stärkung des Beckenbodens in der Schwangerschaft unter Anleitung/Physiotherapie (z. B. einer Hebamme) im Rahmen der Geburtsvorbereitung sind zu empfehlen.

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.

Beratung der Schwangeren vor der Geburt

Gemäss neuen Untersuchungen von Moosdorff-Steinhauser und Kollegen berichten zwei Drittel der Frauen auf Nachfrage über eine leichte bis mittelschwere Inkontinenz im Verlauf ihrer Schwangerschaft, jedoch sucht nur jede achte 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.

Prinzipiell sollten alle schwangeren Frauen über die möglichen Folgen von Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden informiert werden. Das geschieht idealerweise mit einer Informationsbroschüre, welche unter anderem zwischen gegebenen Faktoren (z. B. Familienanamnese) und modifizierbaren Faktoren der Mutter unterscheidet. Die individuelle Aufklärung sollte risikoadaptiert unter Einbezug der kindlichen sonografischen 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/Spezialisten zu ergänzen. Mit dem Kalkulationstool UR-CHOICE lässt sich die Beratung spezifizieren: https://riskcalc.org/UR_CHOICE/

Die Expertinnen/Experten sind sich einig, dass die Patientinenaufklärung über postpartale Beckenbodenprobleme sinnvoll ist. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage zeigte jedoch eine andere Praxis: Selbst fast 40% der urogynäkologischen Fachleute verzichteten auf eine solche Aufklärung der Schwangeren.

IIa/A

IV/A

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. Entscheidend scheint das Verhältnis von Kindsgrosse zum 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 Beckenbodentraumata auswirken können, werden kontrovers diskutiert. Die Auflage warmer Kompressen und gegebenenfalls eine Dammmassage in der Austreibungsperiode zeigen eine günstige Wirkung auf Dammverletzungen. Die präpartale Anwendung des Dammtrainers Epi-No® hingegen vermag Geburtsverletzungen (v. a. höhergradige Dammrisse) nicht zu reduzieren. Die Periduralanästhesie verminderte hingegen das Risiko für ein Levatortrauma, allerdings führte diese, verglichen mit der Opioidgabe, vermehrt zu Harnretentionen nach der Geburt.

Verschiedene Pressstrategien zeigen keinen Unterschied bezüglich der Dammriss- und Episiotomierate, auch nicht hinsichtlich der Indikationsstellung von Kaiserschnitt oder instrumenteller Geburtsbeendigung und ebenfalls nicht in den neonatalen

Endpunkten. *Für eine prophylaktische Episiotomie gibt es (ausser bei der vaginal-operativen Geburt) keine Evidenz.*

Unmittelbar vor Kopfdurchtritt ist es sinnvoll, nicht aktiv zu pressen, sondern lediglich zu atmen, denn damit kann die Rate der Analsphinkterverletzungen auf ein Drittel reduziert werden. 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 es zudem unter Umständen sinnvoll, den Fetus unter Geburt ideal im Geburtskanal auszurichten, zum Beispiel durch Rotation einer dorso-posterioren 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, zur Seitenlage oder zur aufrechten Position ungünstig.

Muss aus kindlicher oder mütterlicher Indikation eine vaginal-operative Geburtsbeendigung erfolgen, ist – zum Schutz des Beckenbodens – die Vakuumgeburt (Cup-System nicht relevant) einer Forzepsgeburt vorzuziehen. Entscheidend ist bei beiden Varianten allerdings die korrekte Technik. **Das Risiko für**

einen Dammriss Grad III oder Grad IV kann bei einer vaginal-operativen Geburt gemäss neueren Studien durch eine prophylaktische mediolaterale oder laterale Episiotomie vermindert werden, insbesondere bei Primiparen. Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, ist die mediolaterale Schnittrichtung mit einem Winkel von mindestens 60% vorzuziehen. Auf Levatorüberdehnungen und -avulsionen hat die Episiotomie keinen Einfluss.

Kontrovers diskutiert wird auch, ob Massnahmen zum Dammschutz die Rate der Geburtsverletzungen reduziert. Gross angelegte Schulungsprogramme zum Dammschutz in Skandinavien konnten eine deutliche Reduktion höhergradiger Dammverletzungen von 4 bis 7% auf 1 bis 2,5% durch einen adäquaten Dammschutz mit Abbremsen des kindlichen Kopfes bei Geburt zeigen. Ob zusätzliche Hilfsmittel am Damm (z. B. BabySlide®), die niedriggradige Dammrisse und Vaginalrisse zu reduzieren vermögen, auch zu einer niedrigeren Rate an Darmsissen der Grade III und IV führen, muss in Studien überprüft werden.

Postpartal gilt es, durch eine rektale Palpation die Intaktheit des Analsphinkters bei jeder Frau zu überprüfen und im Falle einer Läsion diese direkt peripartal zu versorgen.

Empfehlungen zum Geburtsmodus für die Folgegeburt nach Geburtstrauma

Der Schaden am Beckenboden entsteht in den allermeisten Fällen bei der ersten Geburt. Im Falle von Deszensus kann dieser sich nach jeder weiteren Geburt verstärken, jedoch nicht mehr in dem Masse wie bei der ersten Geburt.

Gemäss den S2k-Leitlinien der AMWF hat die elektive Sectio in der Folgeschwangerschaft einzig bei Status nach Dammriss der Grade III und IV und postpartaler intermittierender Stuhlinkontinenz eine Bedeutung von moderater Evidenz, um eine bleibende Stuhlinkontinenz zu verhindern. Liegt nach einem Dammriss Grad III keine Stuhlsymptomatik vor, kann die Patientin sich erneut für eine vaginale Geburt entscheiden, ohne ein erhöhtes Risiko für eine Stuhlinkontinenz einzugehen. Das

wurde in einer kürzlich publizierten, randomisierten, kontrollierten Studie mit asymptomatischen Zweitgebärenden nachgewiesen. Die Frauen wurden in eine Gruppe mit elektiver Sectio und eine Gruppe mit Spontangeburt nach erlittenem Dammriss Grad III bei der ersten Geburt randomisiert. Das Wiederholungsrisiko für einen erneuten Darmsiss der Grade III und IV lag zwischen 4 und 8%. Eine postpartale Harninkontinenz ist aus medizinischen Gründen keine Indikation für eine elektive Sectio zur Prävention weiterer Inkontinenz. Dennoch ist den Vorstellungen der Frau Rechnung zu tragen und diese müssen in die Entscheidung zum Geburtsmodus einbezogen werden.

Postpartale Konsultation und Nachsorge

Diese sind wichtig, um die Auswirkung der Spontangeburt auf die Funktionen des kleinen Beckens zu erfassen und gegebenenfalls rechtzeitig therapieren zu können. Die Anamnese über die Funktion des Beckenbodens, des Harntrakts sowie des Anorekts hat dabei einen zentralen Stellenwert, weil allenfalls weitere Untersuchungen und Behandlungen folgen:

- urogynäkologische Diagnostik (Pelvic-Floor-Sonografie, 2-D- oder 3-D/4-D-translabiale Perinealsonografie des Levator ani und des Analsphinkters, Beckenbodentesting, urodynamische Abklärung, MRI)
- gezielte Beckenbodenrehabilitation
- sofern Operation erfolgen soll, Einbezug urogynäkologischer Fachpersonen: Bei jungen Patientinnen sollen uterus-erhaltende, autologe Verfahren bevorzugt werden. Beckenbodentraining und Sport können postpartal graduell und nach Massgabe der Wöchnerin wieder aufgenommen werden. Gemäss neuesten Empfehlungen ist eine frühe oder kontinuierliche körperliche Aktivität für die Beckenbodengesundheit und das allgemeine Wohlbefinden von Vorteil.

Datum des Expertenbriefs: 19. April 2021

Literatur bei den Autoren.

Deklaration von Interessenkonflikten: V. Viereck: keine; S. Meyer: keine; D. Faltin: keine; D. Perucchini: keine; N. Kimmich: keine; C. Betschart: keine.

* Evidenzlevel und Empfehlungsgrade der Therapieangaben

Evidenzlevel

- Ia** Evidenz durch die Metaanalyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen
- Ib** Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung
- IIa** Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung
- 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
- IV** Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute

Empfehlungsgrad

- A** 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).
- B** Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten, klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III).
- C** Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertengruppen basiert und/oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV).
- ✓** Good-Practice-Punkt
Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief/die Guideline herausgibt.

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)