

Wie Verletzungen vermeiden, wie behandeln?

Auswirkungen der Geburt auf den Beckenboden und Behandlungsformen

Sowohl die Detektion als auch die Therapie von Beckenbodenstörungen nach einer Geburt stellt eine grosse Herausforderung für das Behandlungsteam und die betroffenen Patientinnen dar. In diesem Artikel werden die aktuellen Therapieansätze beleuchtet und diskutiert.

Rüdiger Mascus, Markus Schmidt

Die Geburt stellt für den Beckenboden einen der grössten Risikofaktoren dar. Senkungsleiden und /oder Inkontinenz können die Folge sein. Dies zu erkennen, obliegt den Geburtshelfern und Gynäkologen, die sich der Betreuung betroffener Patientinnen im und nach dem Wochenbett widmen. Der vorliegende Artikel behandelt das Problem postpartaler Beckenbodenstörungen. Er setzt sich kritisch mit der Realität der postpartalen Betreuung sowie dem Nutzen nicht-operativer Behandlungsformen auseinander und zeigt darüber hinaus ein mögliches Behandlungskonzept.



Rüdiger Mascus

(Foto: zVg)

Geburtsbedingte Beckenbodenbeschäden

Wie kaum eine andere Noxe beeinträchtigen Schwangerschaft und Geburt die Anatomie und Funktion des Beckenbodens. Folgen der Beckenbodenbeschäden können neben einem genitalen Deszensus auch eine Harninkontinenz, eine anale Inkontinenz oder/und eine gestörte Sexualfunktion sein. In einer aktuellen Publikation von De Lancy und Kollegen ist zu lesen, dass die vaginale Geburt bei weitem als der wichtigste modifizierbare Risikofaktor für die Entwicklung von Beckenbodenstörungen anzusehen ist, wobei Deszensus und Prolaps deswegen 1,6-mal häufiger als die Belastungskontinenz und 9,5-mal häufiger als die Stuhlinkontinenz operiert werden muss (1).



Markus Schmidt

(Foto: zVg)

Harninkontinenz

Höhere Raten an Harninkontinenz nach Schwangerschaft und Geburt sind gut belegt.

Die EPINCONT-Studie (2), eine norwegische Kohortenstudie mit über 15 000 Frauen, konnte zeigen, dass die Prävalenz der Belastungskontinenz (BHK) nach vaginaler

Geburt rund doppelt so hoch wie nach Sectio caesarea ist. Demnach beträgt die Odds Ratio (OR) für Stressinkontinenz nach vaginaler Geburt im Vergleich zur Sectio OR 2,4.

Dass die vaginale Geburt ein unabhängiger Risikofaktor für BHK ist, konnten auch Untersuchungen von Jansen und Kollegen (3) zeigen. Frauen, die vaginal geboren haben, wiesen auch ein Jahr nach Geburt noch eine erhöhte Prävalenz (von 21%) für die BHK auf. Eine bereits während der Schwangerschaft bestehende BHK erhöhte dabei das Risiko für BHK nach der Entbindung.

Verletzungen des Perineums

Die häufigsten Verletzungen treten im Dammbereich auf. Rund 80% aller Frauen erleiden eine perineale Verletzung unterschiedlichen Schweregrades im Rahmen einer vaginalen Geburt (4). Dammrisse zweiten Grades treten mit einer Inzidenz von 40% doppelt so häufig bei Erstgebärenden auf. Die Häufigkeit von Geburtsverletzungen des Analsphinkters liegt bei etwa 3%, wobei die Rate bei Erstgebärenden deutlich höher ist als bei Mehrfachgebärenden (6% gegenüber 2%) (5). Geburtsverletzungen des Analsphinkters sind ein bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz. Etwa 10% der Frauen entwickeln innerhalb eines Jahres nach einer vaginalen Geburt Symptome (6).

Merkpunkte

- Die vaginale Geburt ist bei weitem der wichtigste modifizierbare Risikofaktor für die Entwicklung von Beckenbodenstörungen.
- Die urogynäkologische Untersuchung im Rahmen der postpartalen Kontrolle ist von zentraler Bedeutung für die Beckenbodenrehabilitation.
- Eine Beckenbodenphysiotherapie bereits während der Schwangerschaft kann bei entsprechendem Risikoprofil betroffene Schwangere unterstützen.
- Die Anwendung von Pessaren kann das bisherige Behandlungskonzept ergänzen.

Verletzungen des *Musculus levator ani*

Eine bedeutende Rolle für die Entstehung von Beckenbodenstörungen spielt als weitere Geburtsverletzung die Levatoravulsion. Sie manifestiert sich mit einer Inzidenz von 10–36% aller vaginal entbundener Frauen. Als ein wesentlicher Risikofaktor dieser Geburtsverletzung konnte die Entbindung per Forzeps ermittelt werden (7). Die Verletzung stellt einen Muskelabriß der Pars puborectalis des Musculus levator ani von seiner Insertionsstelle parasympathisch, an der Rückseite des Os pubis dar (8). Der Pathomechanismus hierfür wird durch Untersuchungen von Svabik und Kollegen verständlich, wonach bei manchen Frauen sub partu der Hiatus levatorius auf 245% des Ausgangsdiameters gedehnt wird (9). Die besondere Problematik dieser Geburtsverletzung besteht darin, dass sie unmittelbar post partum nicht diagnostiziert werden kann und der Tatsache, dass keine etablierten operativen Verfahren zur Rekonstruktion von Levatoravulsionen existieren.

Sie stellt somit ein irreversibles Muskeltrauma dar, das je nach Ausprägung nur unterschiedlich gut auf konservative Behandlungsmethoden anspricht. Die Levatoravulsion ist zudem nicht nur ätiologisch bedeutsam für die Entstehung von Deszensus und Prolaps im vorderen und zentralen Kompartiment (10), sondern prädisponiert auch für Rezidive nach Prolapskorrektur (11, 12) (Abbildung 1).

Unabhängig vom Ausmass stellen Geburtsverletzungen nicht nur physische, sondern auch erhebliche psychische Belastungen für die Betroffenen dar. Schmerzen und Dyspareunie können mitunter bis zu 18 Monaten anhalten und belasten das Mutter-Kind-Verhältnis ebenso wie die Beziehung zum Partner und zu Angehörigen.

Die Manifestation erster Symptome nach Schwangerschaft und Geburt ist dabei hoch variabel. So werden sowohl der Zeitpunkt des Auftretens erster Symptome als auch der Schweregrad von Beschwerden massgeblich vom Lebens-

stil der Patientin beeinflusst. Bewegungsarmut, wenn auch nicht gesundheitsfördernd, ist mit geringerer Belastung des Beckenbodens verbunden als private oder berufliche Aktivitäten, die durch häufiges Heben schwerer Gegenstände ganz andere Anforderungen an den Beckenboden stellen. Ein bereits bestehender moderater Deszensus wird dann unterschiedlich stark und mehr oder weniger früh symptomatisch werden. Auch die Entwicklung und das Fortschreiten werden dabei vom Lebensstil bestimmt (1).

Die Beurteilung des Beckenbodens in der postpartalen Nachsorge

In der Regel erfolgt eine gynäkologische Untersuchung nach abgeschlossener Rückbildung rund 6 bis 8 Wochen postpartal. Inwieweit urogynäkologische Beschwerden hierbei berücksichtigt werden, ist unklar und einheitliche Empfehlungen für die betreuenden Gynäkologinnen/Gynäkologen hinsichtlich Beckenbodenstörungen fehlen. In der geplanten AWMF-Leitlinie «Die Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett» (Fertigstellung geplant März 2027) wird das Thema Beckenboden ebenso wenig berücksichtigt wie in der WHO-Guideline «Postnatal Care for Mothers and Newborns» von 2015» (13).

Noch weniger darf erwartet werden, dass eine umfassende urogynäkologische Untersuchung zur Differenzierung dessen, welche Beckenbodenstrukturen intrapartal Schaden genommen haben, vorgenommen wird. Zur besseren Einschätzung, ob eine therapeutische Intervention Erfolg haben wird oder nicht, wäre dies aber sinnvoll. So wissen wir, dass Beckenboden-Insuffizienzen bei perinealen Verletzungen eine bessere Prognose haben als etwa grossflächige Levatorabrisse und dass angeleitetes «Pelvic Floor Muscle Training» bei Levatoravulsionen wenig Aussicht auf Erfolg hat (14).

Vor diesem Hintergrund ist der Expertenbrief Nr. 75 der SGGG (15) eine Ausnahme; er stellt einen gut gelungenen Leitfaden dar, der auf die Notwendigkeit der urogynäkologischen Diagnostik und Beckenbodenrehabilitation im Rahmen der postpartalen Konsultation und Nachsorge hinweist.

Postpartales Management bei Senkungsbeschwerden und Inkontinenz

Im Idealfall können Schwangere mit entsprechendem Risikoprofil (Alter >35 Jahre, Adipositas, vorbestehende Harninkontinenz) bereits präkonzeptionell motiviert werden, durch eine Ernährungsumstellung oder einer präkonzeptionellen Physiotherapie dem Risiko einer postpartalen Inkontinenz entgegenzuwirken (15). Allerdings sind die Daten hierzu zu spärlich.

Um der postpartalen Patientin die richtige ergänzende Therapie für ihren Beckenboden zu empfehlen, ist ein individualisierter Ansatz von Bedeutung. So unterscheidet sich die Ausgangslage aufgrund der geburtshilflichen Anamnese, der Familienanamnese und natürlich entsprechend der zurückliegenden Geburt. Hierbei ist das Risikoprofil für eine Beckenbodenläsion bei einer vaginal assistierten Geburt nach langer Austreibungsperiode deutlich auffälliger

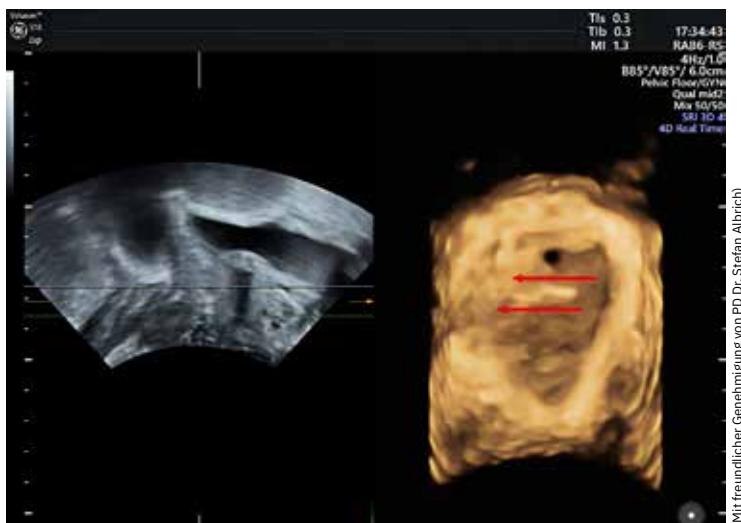


Abbildung 1: Links im Bild im Sagittalschnitt die Referenzhöhe für das rechte Bild, in dem ein einseitiger Abriß der rechten Pars puborectalis des Levators (rote Pfeile) zur Darstellung kommt.

als nach einer primären Sectio. Neben der geburtshilflichen Vorgesichte und der konkreten Anamnese in der postpartalen Kontrolle ergibt sich dann ein etwas modifiziertes individualisiertes Therapiemanagement. Im Zentrum steht neben den Senkungsbeschwerden die Harninkontinenz. Gemäß den NICE-Guidelines (16) sollte allen Wöchnerinnen in der Postpartumkontrolle eine angeleitete Beckenbodenphysiotherapie während drei Monaten angeboten werden, welche ein entsprechendes Risikoprofil aufweisen wie:

- vaginal operative Geburt
- Spontangeburt aus occipito-posteriorer Schädellage
- höhergradiger Dammriss.

Diese Physiotherapie sollte durch eine ausgebildete Beckenbodenphysiotherapeutin erfolgen. Allerdings ist die Erfolgsrate aus den hierzu vorliegenden Studien für die postpartale Beckenbodentherapie insgesamt gering. Zwei Studien konnten sowohl in der Interventionsgruppe (mit Beckenbodentherapie) als auch in der Kontrollgruppe ohne entsprechendes Training eine deutliche Verbesserung der Beckenbodenfunktion nach 12 Monaten nachweisen – jedoch ohne signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (17, 18).

Zeitpunkt der Physiotherapie

Prinzipiell wird in den europäischen Leitlinien ein früher Beginn (6–8 Wochen postpartal) der Beckenbodenphysiotherapie befürwortet. Einige Studien konnten einen signifikanten Benefit einer frühen Beckenbodenphysiotherapie versus keiner Therapie respektive späten Therapie zeigen (19). Eine Cochrane Untersuchung von 2020 zeigte sogar nur dann einen positiven Effekt auf die postpartale Inkontinenz, wenn die Beckenbodenphysiotherapie in einer frühen Schwangerschaftsphase begonnen wurde. Bei einem verzögerten Therapiebeginn nach der Geburt konnte kein signifikanter Benefit zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe mehr nachgewiesen werden (20). Solche Beobachtungen

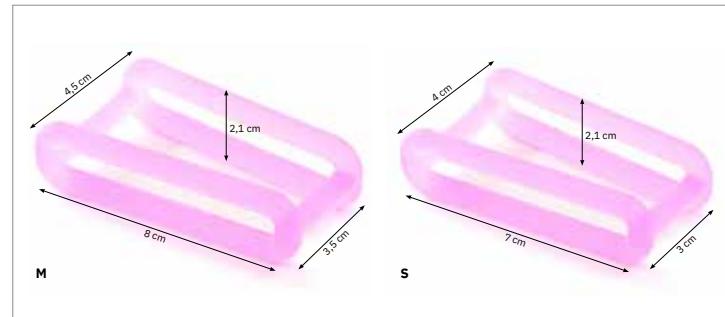


Abbildung 2: Restifem Pessar®.

Pessare werden zunehmend in der Postpartalzeit therapeutisch eingesetzt, da sie eine dynamische Rückbildung unterstützen können.

öffneten den Diskurs über alternative Behandlungskonzepte wie beispielsweise die Anwendung von Pessaren in der postpartalen Phase.

Postpartale Pessartherapie

Eine ergänzende konservative Therapie ist die Pessartherapie postpartal. Pessare, seit Jahrzehnten bekannt zur Therapie von Senkungszuständen und Inkontinenz, halten zunehmend Einzug in die postpartale Periode. Hintergrund dieser Entwicklung ist die Vorstellung, dass durch die mechanische Suspension der Beckenbodenstrukturen deren dynamische Rückbildung unterstützt werden kann.

Speziell dafür entwickelte Pessare (Restifem®, Hybridpessar Arabin) unterstützen durch ihre Positionierung in der Vagina sowohl die vordere Vaginalwand hinter der Symphyse als auch die lateralen Sulci. Dieser Support führt zur Entlastung der überdehnten Strukturen, womit das betroffene Gewebe bzw. die betroffenen Muskelfasern entlastet werden (Abbildung 2).

Das aus Silikon gefertigte Restifem-Pessar® verkeilt sich hinter der Symphyse und unterstützt mit seiner länglichen Schlittenform Level I-III nach DeLancey, also den Uterus in

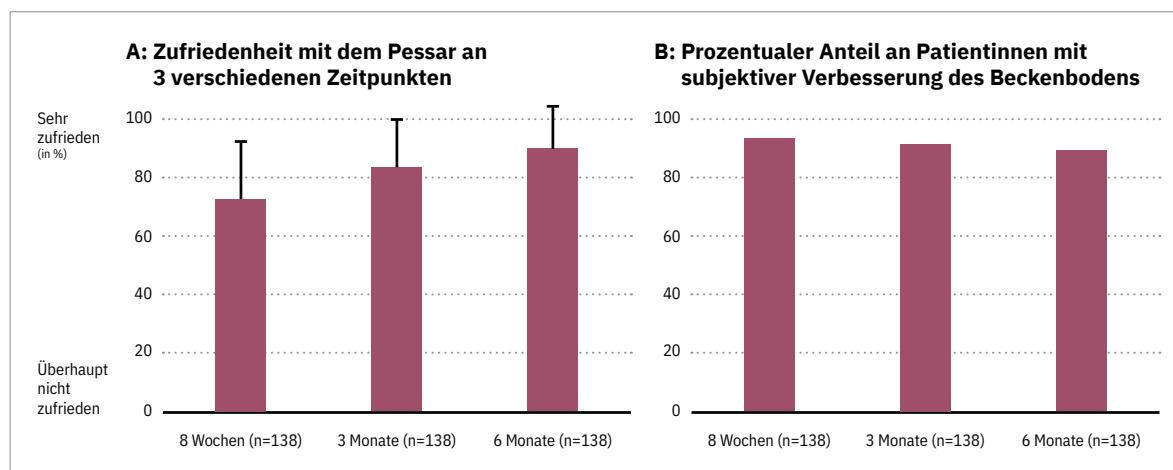


Abbildung 3: Pessartherapie ab 6 Wochen postpartal (adaptiert nach 23)

A: Zufriedenheit mit dem Pessar an 3 verschiedenen Zeitpunkten

B: Prozentualer Anteil an Patientinnen mit subjektiver Verbesserung des Beckenbodens.

Level I, die laterale Vaginalwand in Level II und letztlich die vordere Vaginalwand in der suburethralen Region, d.h. Level III.

Erste Daten zum Effekt und zur Anwenderfreundlichkeit der postpartal angewendeten Pessare zeigten sich in Studien mit verhältnismässig kleinen Fallzahlen (21, 22). Beide Arbeiten verwendeten entweder Ring- oder Würfelpessare. Die Gruppe um S. Lange untersuchte hierbei in einer randomisierten Multizenterstudie (22) den Effekt der Pessaranwendung im Vergleich zur standardisierten Rückbildung sowie zur angeleiteten Beckenboden-Physiotherapie bei postpartalen Patientinnen mit Inkontinenz. Nach 12 Wochen Behandlungszeit war die Zufriedenheit der Patientinnen in der Pessargruppe (77,8%, n = 14/18) signifikant höher als in den Gruppen mit Standardversorgung (Rückbildungskurse 41,2%, n = 7/17) bzw. der Beckenboden-Physiotherapie (23,5%, n = 4/17).

Eine neuere Studie von 2023 (23) verwendete ebenfalls die für die postpartale Anwendung vorgesehenen Restifem-Pessare. Insgesamt wurden 857 Pessare abgegeben und die Wöchnerinnen gebeten, diese ab 6 Wochen nach der Geburt zu tragen. In einem umfangreichen Fragebogen wurde die konkrete Anwendungsfrequenz, den Tragekomfort und unter anderem die allgemeine Zufriedenheit bezüglich des Pessars abgefragt. Die Rückmelderate war mit 24% relativ tief. Allerdings konnte gezeigt werden, dass die Zufriedenheitsrate (unabhängig davon, ob eine Senkung oder Harninkontinenz vorlag) bei den Pessaranwenderinnen hoch ausfiel (Abbildung 3). Erwartungsgemäss wurde die Zufriedenheit bezüglich des Descensus am besten bewertet. Ein positiver Effekt auf die Harninkontinenz (wie in der Arbeit von S. Lange; 22) beschrieben, konnte in dieser Studie hingegen nicht gezeigt werden.

Zusammenfassung

Die postpartale Beckenbodeninsuffizienz ist ein weit verbreitetes und unterschätztes Krankheitsbild mit schwerer Beeinträchtigung der betroffenen Patientinnen. Trotz überschaubarer Datenlage kann das bisherige Behandlungskonzept durch die Anpassung eines Pessares ergänzt werden. Entscheidend bleibt letztlich die Detektion von Läsionen des Beckenbodens in der postpartalen Kontrolle mit einer nachfolgenden individualisierten Therapie. □

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Rüdiger Mascus

E-Mail: ruediger.mascus@ksb.ch

Dr. med. Markus Schmidt

E-Mail: markus.schmidt@ksb.ch

Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Kantonsspital Baden AG
5404 Baden

Referenzen:

1. DeLancey JOL, Masteling M et al.: Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? *Am J Obstet Gynecol* 2024 Mar; 230(3):279-294.e2.
2. Guri Rortveit G, Daltveit AK et al.: Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Caesarean Section. *N Engl J Med* 2003; 348:900-907.
3. Jansson MH, Franzén K et al.: Stress and urgency urinary incontinence one year after a firstbirth—prevalence and risk factors. A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100:2193-2201.
4. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE.: Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:59.
5. Okeahialam N, Sultan AH et al.: The prevention of perineal trauma during vaginal birth *Am J Obstet Gynecol* 2024; 230(3), Supplement S991-S1004.
6. Sideris M, McCaughey T et al.: Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. *European J Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020; 252: 303-312.
7. Woon Wong K, Okeahialam N et al.: Obstetric risk factors for levator ani muscle avulsion: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biology*. 219:296:99-106.
8. Dietz HP, Walsh C et al.: Levator avulsion and vaginal parity: do subsequent vaginal births matter? *Int Urogynecol J* 2020; J 31: 2311-2315.
9. Shek KL et al.: How much does the levator hiatus have to stretch during childbirth? *BJOG* 2009; 116(12):1657-1662.
10. Dietz HP, Franco AV et al.: Avulsion injury and levator hiatus ballooning: two independent risk factors for prolapse? An observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 211-214.
11. Model AN, Shek KL et al.: Levator defects are associated with prolapse after pelvic floor surgery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2010; 153, (2) : 220-223.
12. Cheng W, English E et al.: Hiatal Failure: effects of pregnancy, delivery, and pelvic floor disorders on level III factors. *Int Urogynecol J*. 2023;34(2): 327-343.
13. WHO Postnatal Care for Mothers and Newborns. April 2015.
14. Hilde G, Staer Jensen J et al.: Postpartum pelvic floor muscle training, levator ani avulsion and levator hiatus area: a randomized trial *International Urogynecology J*. 2023; 34:413-423.
15. SGGG Expertenbrief No. 75 Der Beckenboden während Schwangerschaft, Geburt und postpartal. 19.4.2021. www.sggg.ch
16. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline Reference number:NG210 Published: 09 December 2021.
17. Schutze S, Heinloth M et al.: The effect of pelvic floor muscle training on pelvic floor function and sexuality postpartum. A randomized study including 300 primiparous. *Arch Gynecol Obstet* 2022; 306(3):785-793.
18. Ahlund S, Nordgren B et al.: Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92(8):909-915.
19. Boyole, J et al: The impact of early pelvic floor muscle training on postpartum pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17:10:CD007471
20. Woodley SJ, Lawrenson P et al.: Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD007471.
21. Baessler K, Heihoff-Klose A et al.: Does an early postpartum pessary treatment lead to remission of pelvic organ prolapse after vaginal birth? A pilot study. *Int Urogynecol J* 2019; 30(1):S349-S350.
22. Lange R, Tabibi E et al.: Beckenboden-REhabilitations-STudie BREST. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft sine loco [digital], 05.-06.-11.2021. German Medical Science GMS Publishing House, Düsseldorf, p Doc65.
23. Kiefer B, Schwab F et al.: Evaluating compliance and applicability of postpartum pessary use for preventing and treating pelvic floor dysfunction: a prospective multicenter study. *Arch Gynecol Obstet* 2023 Aug;308(2):651-659.

Neu ab 2026

Ihr Wissens-vorsprung wartet



Jetzt zum Newsletter anmelden