

Verletzungen und Langzeitprobleme infolge Geburtsmodus:

Probleme nach vaginaler Geburt und nach Sectio

Vaginale Geburten (spontan oder operativ) und Kaiserschnitte sind mit spezifischen kurz- und langzeitigen Risiken verbunden, insbesondere für den Beckenboden, die Narbenheilung und spätere Schwangerschaften. Häufige Komplikationen, Warnzeichen und Therapieoptionen werden in diesem Artikel praxisnah dargestellt. Wir verzichten in diesem Rahmen bewusst auf die Erläuterung seltenerer Probleme (z.B. Ovarialvenenthrombose, Bladder-Flap-Hämatom).

Evgenia Anastasiadou, Romana Brun

In der Schweiz erfolgen rund 68% der Geburten vaginal, etwa 32% per Kaiserschnitt (1). Davon sind 6–10% vaginal-operative Entbindungen (Forceps/Vakuum) (2). Diese und auch spontane vaginale Geburten belasten den Beckenboden (3). Forceps erhöhen das Risiko für höhergradige Dammrisse (Grad III–IV) auf 13–25%, oft verbunden mit Schmerzen, Dyspareunie und Wundheilungsstörungen. Bei Vakuumextraktionen liegt das Risiko bei 5–13%, gehäuft mit neonatalen Skalpverletzungen oder Zephalhämatomen (4, 5). Potenzielle Risiken bei individueller Abwägung des Entbindungsmodus sind in Abbildung 1 dargestellt.



Dr. med. Evgenia Anastasiadou

(Foto: zVg)

Häufige Probleme nach vaginaler Geburt Höhergradige Dammrisse (Grad III–IV)

Dammrisse Grad III–IV zählen zu den schwerwiegenden Komplikationen vaginaler Geburten. Etwa 6 % der Erstgebärenden sind betroffen, bei instrumentellen Entbindungen oder vaginalen Entbindungen nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt (VBAC) steigt die Rate auf über 10 % (6, 7). Typische Beschwerden sind perineale Schmerzen, Wundheilungsstörungen, Inkontinenz und sexuelle Dysfunktionen. Diagnostisch stehen visuelle Inspektion und rektale Palpation im Vordergrund, ergänzt durch Endoanalsonografie oder Druckmessung. Die Versorgung erfolgt mit exakter Nahttechnik und antibiotischer Prophylaxe (z.B. Cephalosporine plus Metronidazol oder Amoxicillin/Clavulansäure). Analgesie und Stuhlregulation mit Laxanzien über 10 Tage sind obligat. Frühzeitiges Beckenbodentraining wird gemäss S2k-Leitlinie (AWMF 015/079) empfohlen (8). Nach 3 Monaten sollte eine gynäkologische



Dr. med. Romana Brun

(Foto: zVg)

gelingt. Eine postpartale Kontrolle erfolgt am 6. Tag post partum. Eine gezielte Anamnese und körperliche

Kontrolle erfolgen, inklusive Anamnese, Inspektion, Palpation und ggf. 3D-Perinealsonografie. Bei persistierenden Beschwerden ist eine Überweisung an spezialisierte Sprechstunden angezeigt.

Perineale Wunddehiszenz

Wunddehiszenzen treten meist innerhalb der ersten 2 Wochen postpartal auf, mit einer Prävalenz von 0,2–24 % (9). Risikofaktoren sind u.a. Infektionen, Hämatome, inadäquates Nahtmaterial, operative Entbindungen (v.a. Forceps), Episiotomien, höhergradige Dammrisse, Adipositas und verlängerte Austreibungsphasen. Klinische Hinweise sind Schmerzen, übelriechender Ausfluss, Nahtinsuffizienz und Fieber (10).

Merkpunkte

- **Wunddehiszenz ≠ automatisch Re-Naht:** Bei vitalen Rändern früh erwägen, sonst konservativ mit Infektkontrolle und Sitzbädern – heilt häufig sekundär komplikationslos.
- **Beckenbodentraining** ist die Basistherapie bei Inkontinenz und Senkungszuständen; Operationen (z.B. TVT/TOT) erst nach Ausschöpfen konservativer Massnahmen und abgeschlossener Familienplanung.
- **Sexuelle Funktionsstörungen nach Geburt** sind multifaktoriell: Narben, Atrophie, Hypertonus und Psyche sehei – Gleitmittel, lokale Östrogene (stillverträglich), Beckenbodentherapie und ggf. Sexual-/ Psychotherapie kombinieren.
- **Sectio-Narbe im Blick:** Schmerzen können neuropathisch sein; gleichzeitig immer an Hämatom/Serom/Infekt denken – bei Rötung/Schwellung/ Sekretion klinisch + Sonografie; VAC/Drainage erwägen.
- **Folgeschwangerschaft:** Nach Sectio früh Plazentalage prüfen; PAS-Verdacht ins Zentrum.

Die Diagnostik umfasst Anamnese, Inspektion, rektale Untersuchung, mikrobiologische Abstriche und ggf. Labor (11).

Die Ersttherapie erfolgt symptomorientiert: Analgesie (Paracetamol/NSAR), lokale Wundpflege, Kühlung und Stuhlderegulation mit Laxanzien (*Tabelle 1*). Sitzbäder (z.B. mit Kamille/Tannosynt®) fördern die Durchblutung und lindern Beschwerden (trotz moderater Evidenzlage). Bei Infektionszeichen sind Antibiotika indiziert; nekrotisches Gewebe muss debridiert, Hämatome entlastet werden. Die Entscheidung zwischen Re-Naht und konservativem Vorgehen ist individuell zu treffen. Eine frühe Re-Naht kann in ausgewählten Fällen sinnvoll sein, ist jedoch umstritten; eine aktuelle Metaanalyse zeigt keine klare Überlegenheit gegenüber konservativer Therapie (12, 13). In unserer Klinik zeigte eine Patientin mit postpartaler Wunddehiszenz nach Kiwi-Vakuumextraktion unter konservativem Management mit Tannosynt-Sitzbädern, lokaler Schmerztherapie (Ibuprofen, Paracetamol, Xylocain-Gel) und Antibiotikagabe (Co-Amoxicillin) bei Superinfektion eine komplikationslose sekundäre Heilung (*Abbildungen 2 und 3*). Langfristig wurde Beckenbodenphysiotherapie empfohlen; bei narbig kontraktem Damm erfolgte Aufklärung über eine mögliche Kolpopерineoplastik nach abgeschlossener Familienplanung.

Inkontinenz im Wochenbett

Harninkontinenz

Etwa 30 % der Frauen nach vaginaler Geburt und 15 % nach Sectio sind im Wochenbett von Harninkontinenz betroffen; meist bessert sich dies im ersten Jahr (14, 15). Rund 20 % entwickeln jedoch persistierende Symptome, typischerweise Belastungskontinenz und Drangsymptomatik. Die Basisdiagnostik umfasst Anamnese, Hustenstress-Test, Restharnbestimmung und ggf. urodynamische Verfahren (8, 16). Therapeutisch steht konservatives Management im Vordergrund: Beckenbodentraining, Biofeedback, Elektrotherapie, ergänzt durch Blasentraining, Gewichtsreduktion und lokale



(Foto: zvg)

Abbildung 1: Abwägungen zum Geburtsmodus: Potenzielle Probleme nach vaginaler Geburt und nach Sectio.

Östrogene (14-16). Bei therapieresistenter Belastungskontinenz nach abgeschlossener Familienplanung kann eine operative Versorgung mit Tension-free- Vaginal-Tape (TVT) oder ein Transobturator-Tape (TOT) erwogen werden. Eine urogynäkologische Abklärung ist bei Beschwerden über 6 bis 12 Monate oder komplexer Symptomatik indiziert.

Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz tritt v.a. nach Dammrissen Grad III-IV auf – initial häufig, teils auch langfristig. Risikofaktoren sind

Tabelle 1: Perineale Wunddehiszenz nach Spontangeburt – Übersicht für die Praxis

Diagnostik	Inspektion und rektale Palpation bei V.a. höhergradige Dammrisse Abstrich vor Antibiotika CRP/Hb Ultraschall bei Hämatom/ Plazentareste
Therapie	Analgesie (ggf. NSAR zur Abschwellung) Sitzbäder Laxanzien Wundpflege Antibiotika bei Infektion Débridement. Früh-Re-Naht möglich bei vitalen Wundrändern, sonst konservative Behandlung
Nachsorge	Kontrolle nach 48–72 Stunden, dann wöchentlich Frühes Beckenbodentraining Warnzeichen: Fieber, Geruchszunahme, Dyspareunie
Überweisung	Grösserer Defekt Dammisse-Grad III-IV-Komponente Persistierende Infektion



Abbildung 2: Wunddehiszenz nach vaginaler Geburt (Kiwi-Vakuumextraktion) über Vaginalriss und Dammriss II. Grades am 5. postpartalen Tag. Therapieentscheid: konservatives Vorgehen mit Sitzbädern. Superinfektion-Therapie mit Co-Amoxicillin 625 mg (3x täglich über 10 Tage).

Grad-IV-Risse, unerkannte Sphinkterisse oder insuffiziente Naht. Die Diagnostik umfasst: rektale Palpation, Endoanalsonografie, Manometrie und Stuhlgewohnheiten. Die Therapie beinhaltet: Stuhlregulation, Hautschutz, Beckenbodentraining. Bei schweren Fällen kommen Sphinkterrekonstruktion oder sakrale Neuromodulation infrage. Eine koloproktologische Abklärung ist bei persistierenden Beschwerden, Defektnachweis oder eingeschränkter Lebensqualität angezeigt (6-8).

Deszensus / Pelvic Organ Prolapse (POP)

6 bis 12 Monate nach der ersten Geburt zeigt rund ein Drittel der Frauen eine POP-Q-Stufe \geq II; bei vaginaler Geburt mit Sphinkterriss sind es 38 %, ohne diesem 29 %, nach primärer Sectio sind es 21 % (16). Die Prävalenz ist nach primärer Sectio ohne vaginale Geburt deutlich geringer. Risikofaktoren sind operative Entbindungen, hohes Geburtsgewicht, verlängerte Austreibungsphase und perineale Traumata. Symptome reichen von Druckgefühl und Fremdkörperwahrnehmung bis zu funktionellen Beschwerden beim Wasserlassen oder Stuhlgang. Die Diagnostik erfolgt per vaginaler Untersuchung nach POP-Q, ergänzt durch Sonografie. Leichte Formen benötigen keine Therapie; symptomatische Befunde werden konservativ mit Beckenbodentraining und ggf. Pessar behandelt (17). Operative Eingriffe sind spezialisierten Zentren vorbehalten und sollten erst nach abgeschlossener Familienplanung erfolgen.

Dyspareunie und sexuelle Dysfunktion

Etwa 35 % der Frauen berichten nach der Geburt über Dyspareunie, mit einer Prävalenz von 42–43 % in den ersten 6 Monaten, abfallend auf 22 % nach einem Jahr (18). Etwa die Hälfte erlebt Einschränkungen der Sexualfunktion, v.a. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Libidoverlust, Erregungs- oder Orgasmusstörungen. Ursachen sind perineale Narben, vaginale Atrophie (Hypoöstrogenismus), hypertoner Beckenboden, erhöhte Schmerzempfindlichkeit und psychische

Belastungen (z.B. postpartale Erschöpfung, Depression, Angst, Geburtstrauma, Dammrisse, negatives Körperbild, Partnerschaftskonflikte, Angst vor erneuter Verletzung) (19). Häufig liegt ein Schmerz-Angst-Vermeidungs-Zirkel vor.

Therapeutisch ist ein interdisziplinärer Ansatz essenziell: lokale Massnahmen (Narbenpflege, Gleitmittel, lokale Östrogene), Beckenbodentherapie, Biofeedback und ggf. Vaginaldilatatoren. Lokale Östrogene (z.B. Estriol) sind in der Stillzeit nach individueller Abwägung einsetzbar (die systematische Resorption ist minimal und keine negativen Auswirkungen auf die Milchproduktion sind beschrieben). (Es handelt sich um eine off-label-Anwendung). Ergänzend sind Sexualberatung, Paartherapie und ggf. Psychotherapie sinnvoll. Eine gestufte Exposition (graded exposure) kann helfen, Sexualität schrittweise wieder aufzubauen. Eine Überweisung an ein Spitalzentrum ist bei persistierenden Schmerzen, Verdacht auf Sphinkterdefekte oder Endometriose sowie bei geplanter Narbenkorrektur angezeigt.

Spätblutungen und Infektionen (sekundäre postpartale Hämorrhagie)

Postpartale Blutungen nach 24 Stunden bis zu mehreren Wochen betreffen etwa 0,2–1,4 % der Frauen (11, 20). Häufige Ursachen sind Plazentareste, Endometritis oder Hämatome. Typische Symptome sind zunehmende Blutung, Schmerzen, Fieber, übelriechender Ausfluss. Die Diagnostik umfasst die klinische Untersuchung, Bestimmung der Entzündungsparameter, transvaginale Sonografie; bei Endometritis zusätzlich Abstrich.

Die Therapie richtet sich nach der Ursache: Antibiotika bei Infektion (z.B. Amoxicillin/Clavulansäure \pm Metronidazol), Uterotonika (Oxytocin/Misoprostol) bei Atonie. Bei sono-



Abbildung 3: Wundzustand nach konservativer Therapie bei Dammriss II. Grades – 8 Wochen nach Geburt.

Tabelle 2: Häufige Probleme nach Sectio

	Diagnostik	Therapie	Red Flags
Wundprobleme & chronischer Narbenschmerz	<ul style="list-style-type: none"> Klinische Inspektion und Palpation Bei Rötung, Schwellung oder Wundsekretion: Wundinspektion, ggf. Ultraschall zum Ausschluss Hämatom/Serom/Abszess. Gezielte Schmerzanamnese 	<ul style="list-style-type: none"> Stufenanalgesie (Paracetamol/NSAR → neuropathische Medikation). Narbenmobilisation Physiotherapie Antibiotikatherapie bei Infekt Lokale Wundpflege, ggf. VAC-Verband 	<ul style="list-style-type: none"> Neuropathieverdacht oder Verdacht auf Neurom → Schmerzsprechstunde Tiefer Infekt mit Abszessbildung → chirurgische Revision
Adhäsionen	Ultraschall/CT/MRT nur bei Komplikationsverdacht	<ul style="list-style-type: none"> Konservativ: Analgesie, Physiotherapie Bei Subileus laparoskopische Adhäsiolysse 	Rez. Subileus oder therapieresistentem Schmerz
Isthmozele	<ul style="list-style-type: none"> Ultraschall SIS ggf. Hysteroskopie 	Hysteroskopische/laparoskopische Resektion/Refixation	Beschwerdenpersistenz oder unerfüllter Kinderwunsch
PAS	Frühzeitige Plazentalokalisation mit Ultraschall ggf. MRT	<ul style="list-style-type: none"> Geplante Entbindung im Zentrum bei 34+0–35+6 SSW 	Perinatalzentrum bei PAS

grafisch gesicherten Plazentaresten oder relevanter Blutung ist eine operative Evakuierung (Saugkürettage/Hysteroskopie) indiziert (21). In stabilen Fällen kann ein konservatives Vorgehen sinnvoll sein. Studien zeigen, dass eine spontane Menstruation kleine, avaskuläre Plazentareste ohne Infektzeichen ausstoßen kann und so das Risiko für intrauterine Adhäsionen und Asherman-Syndrom reduziert wird (21-23). Eine Hysteroskopie gilt als gewebeschonend und ermöglicht die gezielte Entfernung unter Sicht. Die Entscheidung zwischen konservativen und operativen Vorgehen sollte individuell getroffen werden in Abhängigkeit von Symptomen, der Sonografie, dem Blutungsstatus und Fertilitätswunsch. Eine engmaschige sonografische Kontrolle ist essenziell zur Verlaufseinschätzung und Planung weiterer Massnahmen (23).

Häufige Probleme nach Sectio

Wundprobleme und chronischer Narbenschmerz

Etwa 15 % der Frauen berichten 3 Monate nach Sectio über Narbenschmerzen, nach 12 Monaten sind es noch 5–11 % (24). Typisch sind ziehende, brennende Schmerzen und Druckempfindlichkeit. Die Diagnostik stützt sich auf die Inspektion und Palpation, ergänzt durch eine gezielte Anamnese zu Dysästhesien. Neben neuropathischen Schmerzen können auch lokale Komplikationen wie Hämatome, Serome oder oberflächliche Wundinfekte zur Symptomatik beitragen (25). Wundinfektionen treten meist in den ersten 2 Wochen auf und äußern sich durch Rötung, Schwellung, Sekretion und Schmerzen. Bei Verdacht ist eine sorgfältige Inspektion mit Markierung des Erythems und ggf. Sonografie zum Ausschluss eines Hämatoms oder Abszesses empfohlen.

Die Therapie richtet sich nach dem Schweregrad: Bei oberflächlichen Infektionen genügt häufig eine antibiotische Behandlung (z. B. Amoxicillin/Clavulansäure oder Cephalosporin + Metronidazol), ergänzt durch lokale Wundpflege und regelmäßige Kontrolle. Bei tieferen Infekten mit seropurulenter Sekretion oder Abszessbildung kann eine chirurgische Entlastung oder Spülung erforderlich sein. Größere Wundhöhlen werden häufig offen behandelt; ein Vacuum-assisted Closure (VAC)-Verband kann die Heilung beschleunigen und die Exsudation reduzieren (26). Die Schmerztherapie erfolgt stufenweise, bei neuropathischen Beschwerden ggf. mit Pregabalin oder Amitriptylin. Physiotherapie und Narbenmobilisation sind hilfreich. Bei chronischen Schmerzen oder Verdacht auf ein Neurom ist eine Schmerzsprechstunde indiziert (24,25).

Adhäsionen

Verwachsungen treten bei mehr als der Hälfte der Frauen nach dem Kaiserschnitt auf und nehmen mit der Anzahl der Eingriffe zu (27). Besonders dichte Adhäsionen finden sich bei über 20 % bereits nach einer und bei über 40 % nach zwei Sectiones (28). Klinisch zeigen sie sich durch chronische Unterbauchschmerzen, Zyklusstörungen oder Subileus. Bildgebende Verfahren (Ultraschall/CT/MRT) sind bei unklarer Symptomatik oder Komplikationsverdacht sinnvoll. Die Therapie erfolgt primär konservativ (Analgesie, Physiotherapie), bei therapieresistenter Symptomatik kann eine operative Adhäsiolysse erforderlich sein.

Isthmozele (Uterusnische)

Eine Isthmozele stellt einen Defekt im unteren Uterinsegment dar, der nach einem Kaiserschnitt entsteht. Patholo-

gisch handelt es sich um eine Aussparung oder Ausdünnung des Myometriums an der Sectionarbe, die sich sonografisch als trichterförmige Einkerbung darstellt. Man unterscheidet: a) kleine Defekte mit Myometriumdicke > 3 mm (meist klinisch unauffällig) und b) grosse Defekte mit Myometriumdicke < 2–3 mm, die häufiger symptomatisch sind. Die Prävalenz variiert stark (7–70 %) (29). Symptome wie Zwischenblutungen, Schmerzen oder eingeschränkte Fruchtbarkeit können auftreten (30). Die Diagnostik erfolgt meist mittels Ultraschall, Saline-Infusion-Sonohysterografie (SIS) oder Hysteroskopie. Therapeutische Optionen beinhalten hysteroskopische und/oder laparoskopische Eingriffe – abhängig von Beschwerdebild und Kinderwunsch.

Placenta Accreta-Spectrum (PAS)

Mit jeder zusätzlichen Sectio steigt das Risiko für Plazentationsstörungen. Das Risiko für ein Placenta-Accreta-Spectrum (PAS) liegt nach einer Sectio bei zirka 0,3 %, steigt aber bei mehreren Sectiones – v.a. in Kombination mit Placenta praevia – auf bis zu 6,7 % (31, 32). PAS kann lebensbedrohliche Blutungen verursachen und erfordert eine interdisziplinäre Betreuung in spezialisierten Zentren (33). Die pränatale Diagnostik erfolgt per Sonografie und ggf. MRT zur Ausdehnungsbeurteilung (26, 31). Das Entbindungszeitfenster richtet sich nach dem Risiko: Bei unauffälliger Narbe nach einmaliger Sectio wird eine elektive Sectio ab 39+0 SSW empfohlen, nach ≥2 Sectiones kann eine Planung zwischen 38+0 und 39+0 SSW sinnvoll sein (32). Bei bestätigtem oder hochgradigem PAS-Verdacht wird eine geplante Entbindung im Perinatalzentrum zwischen 34+0 und 35+6 SSW empfohlen (31–33). Eine Überweisung in ein Perinatalzentrum ist bei Verdacht auf Placenta praevia oder PAS sowie zur Planung von Hochrisikogeburten zwingend erforderlich.

Eine Übersicht zu den häufigsten Problemen nach Sectio finden Sie in *Tabelle 2*.

Nachsorge und Warnzeichen

Eine strukturierte Nachsorge 6 bis 8 Wochen postpartal ist essenziell. Dabei sollten Blutung, Schmerzen, Miktion, Defäkation, Sexualität, psychische Gesundheit, Stillen und Belastbarkeit systematisch erfasst werden. Warnzeichen wie Fieber, starke Blutungen, Infektionsverdacht oder thromboembolische Symptome erfordern sofortige Abklärung. In Folgeschwangerschaften sind eine frühzeitige Plazentalokalisation und Beratung zum Geburtsmodus – v.a. bei vorangegangenem Kaiserschnitt – wichtig. □

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Evgenia Anastasiadou

E-Mail: evgenia.anastasiadou@ksw.ch

Dr. med. Romana Brun

E-Mail: romana.brun@ksw.ch

Kantonsspital Winterthur

Klinik für Geburtshilfe

8401 Winterthur

Die vollständigen Referenzen finden Sie online unter www.ch-gynaekologie.ch
Ausgabe 4.2025

Referenzen:

1. Bundesamt für Statistik (BFS): Geburten – Perinatale Statistik Schweiz. Neuchâtel: BFS. 2024. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch>
2. Jakubowski P, Abele H, Bamberg C, et al.: Vaginal-operative birth: Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry Number 015/023). Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2025; 85(2): 143–168. <https://doi.org/10.1055/a-2309-1234>
3. Barca JA, Rodríguez-Mias NL, Montull N, Carmona F, Espuña-Pons M.: Pelvic floor morbidity following vaginal delivery versus caesarean section: A systematic review. J Clin Medicine 2021;10(8): 1703. <https://doi.org/10.3390/jcm10081703>
4. Muraca GM, Boutin A, Lisonková S.: Maternal and neonatal trauma during forceps and vacuum-assisted deliveries: Rates of obstetric anal sphincter injury, maternal and neonatal trauma in OECD countries. Am J Obstet and Gynecol 2023; 229(5), 421.e1–421.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.07.017>
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Green-top Guideline 2020; 26: Operative vaginal birth. 2020.
6. RCOG: (2015). Green-top Guideline No. 29: Management of third- and fourth-degree perineal tears. 2015.
7. Perslev K, Mørch EJ, Jangø H.: Increased risk of obstetric anal sphincter injury in women undergoing vaginal delivery after caesarean section: A systematic review and meta-analysis. BJOG: An Intern J Obstet & Gynaecol 2022; 129(12): 1961–1968. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17227>
8. DGGG, ÖGGG, SGGG: S2k-Leitlinie: Management von Dammrissen III. und IV. Grades (AWMF-Registernummer 015/079). 2022. Abgerufen am [Datum], von <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-079>
9. Jones, K., Webb, S., Manresa, M., Hodgetts-Morton, V., & Morris, R. K. (2019). The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 240, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.038>
10. Puisssegur A, Accoceberry M, Rouzair M, et al.: Risk factors for perineal wound breakdown in early postpartum: A retrospective case-control study. J Clin Med 2023; 12(8): 3036. <https://doi.org/10.3390/jcm12083036>
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Postnatal care (NG194). 2021.
12. Dudley L, Kettle C, Thomas P W, Ismail KM.: Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): A pilot and feasibility randomised controlled trial. BMJ Open 2017;7(2): e012766. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012766>
13. Bismark Kullab U, Moestrup LV, Bergholt T, Klarskov N, Jangø H.: Perineal resuturing versus conservative treatment for dehisced perineal wounds and episiotomies: A systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2023, 34(12), 2859–2866. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05642-x>
14. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans B, Spaanderman, ME, Bols EMJ.: Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2021; 32(7), 1633–1655. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04627-7>
15. Dai S, Chen H, Luo T.: Prevalence and factors of urinary incontinence among postpartum women: Systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2023; 23(1): 761. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06059-6>
16. Handa HL, Blomquist JL, Knoepp LR et al.: Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. Int Urogynecol J 2011; 22(12), 1497–1504. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1516-3>
17. Bø K, Anglès-Acedo S, Batra A et L.: International urogynecology consultation: Conservative treatment of pelvic organ prolapse with pelvic floor muscle training. Int Urogynecol J 2022;33(10):2633–2667. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05324-0>
18. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G et al.: Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol & Obstet 2021; 153(1), 14–24. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13523>
19. Rosen NO, Dawson SJ, Binik YM, Pierce M et al.: Trajectories of dyspareunia from pregnancy to 24 months postpartum. Obstetrics & Gynecology 2022; 139(3), 391–399. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004662>
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Green-top Guideline No. 52: Prevention and management of postpartum haemorrhage. 2016.
21. Hamerlynck TW, Meyers D, Van der Veken H, et al.: Fertility outcome after treatment of retained products of conception: A systematic review. Gynecological Surgery, 2018;15(12). <https://doi.org/10.1186/s10397-018-1044-6>
22. Humphries LA, Isaacson KB: Asherman Syndrome: An Updated Review on Diagnosis, Management, and Pregnancy Outcomes. Current Obstetrics and Gynecology Reports. 2025; 14(7). <https://doi.org/10.1007/s13669-025-00412-6>

23. NirA, Mor M, Yekutiel M, Eisenberg N, Smorgick N.: Postpartum retained products of conception: Is it possible to avoid postpartum curettage? International Journal of Gynecology & Obstetrics 2021; 1–5. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13696>
24. Weibel S, Neubert K, Jelting Y et al.: Incidence and severity of chronic pain after caesarean section: A systematic review with meta-analysis. European Journal of Anaesthesiology 2016;33(11): 853–865. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000530>
25. Borges NC, Nascimento DC, de Lima TC et al.: Risk factors for chronic pain after cesarean section: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2020;15(8): e0238634. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238634>
26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Caesarean birth (NG192). London. 2021, reviewed 2025.
27. van der Wal I, van Vliet H, van den Boogaard E et al.: The prevalence and incidence of adhesions in women after caesarean section: A systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update.2017;23(3), 276–288. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx003>
28. Tulandi T, Lyell DJ: Classification of intra-abdominal adhesions after cesarean delivery. Gynecological Surgery 2013; 10: 25–29. <https://doi.org/10.1007/s10397-012-0765-1>
29. Gozzi P, Hees KA, Berg C, David M et al.: Frequency and associated symptoms of isthmoceles in women 6 months after caesarean section: A prospective cohort study. Archives of Gynecology and Obstetrics 2023;307(3): 841–848. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06822-8>
30. Baldini D et al.: Isthmocèle after cesarean section: Clinical presentation, diagnosis, and treatment options. Journal of Clinical Medicine 2024;13(2), 422. <https://doi.org/10.3390/jcm13020422>
31. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Placenta accreta spectrum. Obstetrics & Gynecology 2018;132(6), e259–e275. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983>
32. Prediger B, Mathes T, Polus S et al.: A systematic review and time-response meta-analysis of the optimal timing of elective caesarean sections for best maternal and neonatal health outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth 2020;20(1): 395. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03036-1>
33. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Green-top Guideline No. 45: Birth after previous caesarean birth. 2025.