

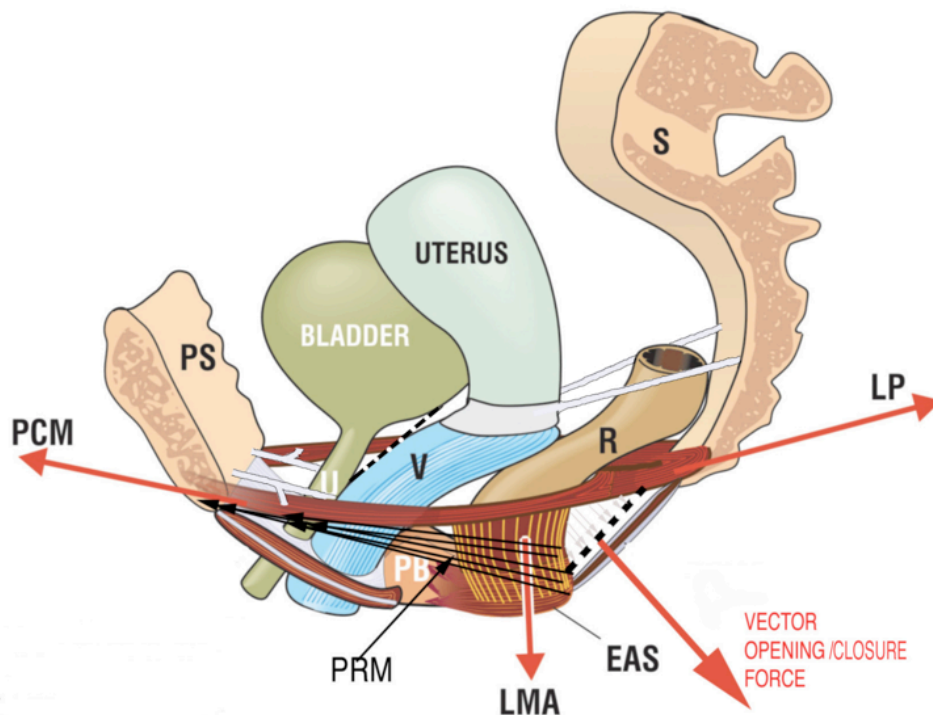


Dr. Lea Köchli

Spontane Geburt Schaden für den Beckenboden?

(Handout)

Anatomie des Beckenbodens



Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft

Urogenitaltrakt

- Pollakisurie
- Urgesymptome
- Inkontinenz bei körperlicher Belastung oder Harndrang
- Störungen der Blasenentleerung

Inkontinenz und Schwangerschaft

- Bis 11% der jungen Frauen beklagen bereits VOR einer Schwangerschaft eine **Urininkontinenz**
S.J Brown; S Donath; C MacArthur.; E.A McDonald & A.H Krastev,(2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, Vol.21, No.2 (Feb 2010), pp. 193-202, ISSN 1433-3023
- In der Schwangerschaft schwankt die Prävalenz je nach Studie beträchtlich.
Durchschnittlich geht man von einer Häufigkeit von 41% aus
Sangsawang, N Sangsawang. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. Int Urogynecol J. 2013 Jun; 24(6): 901–912.
- Die postpartale Inkontinenzrate liegt bei einer Häufigkeit von **15-30%**
Milsom, D. Altman, M. Lapitan, R. Nelson, U. Sillén, D. Thom. 2009. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). p 575. Cerruto M.A. · D'Elia C. · Aloisi A. · Fabrello M. · Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review Urol Int 2013;90:1–9.

Die endopelvine Faszie

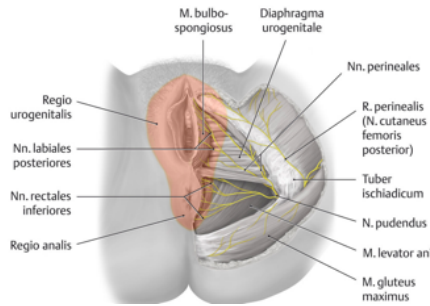
- Der Begriff der endopelvinen Faszie wird als Sammelbegriff für den bindegewebigen Halteapparat und die bindegewebige Kittsubstanz zwischen Blase, Urethra und dem M. levator ani verwendet
- Sie verbindet Vagina und Zervix mit der seitlichen Beckenwand
- Sie besteht aus Kollagen, Elastin, glatter Muskulatur, Gefäßen und Nerven
- Das endopelvine Bindegewebe, welches den Uterus umgibt nennen wir Parametrium, das welches die Vagina umgibt Parakolpium

Anatomische Einteilung nach DeLancey

- Schädigung im Level I im Aufhängeapparat des Parakolpiums führen zur Senkung der Gebärmutter oder des Scheidenstumpfes
- Schädigungen im Level II führen zur Absenkung im anterioren Kompartiment mit Zystozele
- Schädigungen im Level III bzw. posterioren Kompartiment führen zur Rektozele

Patho-Mechanismen unter der Geburt

- Verminderung der Willkürkontraktion und des Tonus des M. levator ani, perinealer Deszensus
- Schädigung des N. pudendus
- Dysfunktion des urethralen Sphinkterkomplexes, Abnahme der funktionellen Urethralänge und des urethralen Verschlussdrucks
- Dysfunktion des analen Sphinktertonus, neuromuskuläre Schädigung



Einflussfaktoren für Beckenboden-Schädigung unter Geburt

Maternale Faktoren

- Adipositas
- Mütterliches Alter
- Parität
- Bindegewebserkrankungen
- Diabetes

Kindliche Faktoren

- KU des Kindes
- Geburtsgewicht des Kindes

Geburtsmedizinische Interventionen

- Vaginale Geburt
- Vaginal-operative Entbindung
- Dauer der AP bzw. der Pressperiode

Was sagen Studien bezüglich Geburt und Urininkontinenz?

- Die postpartale Urininkontinenz nach Spontangeburt beträgt 3 Monate später noch 30% Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2010;89: 1511-22.
- Längerfristig scheint es keinen signifikanten Unterschied zu geben zwischen Frauen die vaginal geboren haben vs. Sectio. MacArthur C, Glazener CM, Wilson PD et al. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. BJOG 2006; 113: 218-24.
- Operative Entbindungsmethoden erhöhen das Risiko für eine Harninkontinenz um das 4-fache Hafsa U Memon, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. Womens Health (Lond Engl). 2013 May; 9(3): 10.2217/whe.13.17.
- Keine Unterschiede zw. Vakuumentextraktion vs. Forzepsmethode Ilkka M. et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Metaanalysis. Eur Urol 2016;70(1):148-58
- Episiotomie bei Spontangeburt scheint keine Prävention der Inkontinenz zu sein Carroli, G. Belizan, J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2006

Was sagen Studien bezüglich Geburt und Stuhlinkontinenz?

- Bezüglich Stuhlinkontinenz sind die Daten nicht ganz so eindeutig wie bei der Urininkontinenz
- Meta-Analysen sind schwierig wegen grossen Unterschieden hinsichtlich Prävalenz und Methodik der Datenerfassung Nelson RL, Furner SE, Westerncamp et al. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. Cochrane Database Syst Rev 2010;2:CD006756.
- Bezüglich den Kurzzeitergebnissen im ersten Jahr nach Geburt zeigt eine Meta-Analyse eine signifikante Odds Ratio für vermehrte Stuhlinkontinenz von 1.3 (95% CI 1.04-1.7) nach Spontangeburt verglichen mit primärer Sectio Pretlove SJ, Thompson PJ, Toozs-Hobson PM et al. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. BJOG 2008; 115: 421-34.

Was sagen Studien bezüglich Geburt und Stuhlinkontinenz?

- Hinsichtlich längerfristiger Morbidität (6 und 12 Jahre) zeigt eine Kohortenstudie mit 4000 eingeschlossenen Frauen keinen signifikanten Unterschied bezüglich Prävalenz der Stuhlinkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus MacArthur C, Glazener C, Lancashire R et al. Exculsive cesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12 year longitudinal study. BJOG 2011; 118:1001-7 / MacArthur C, Glazener C, Lancashire R et al. Faecal incontinence and mode of first and subsequent delivery: a six-year longitudinal study. BJOG 2005; 112: 1075-82.
- Insgesamt scheint eine Ruptur des Analsphincters bei Geburt ein entscheidender Risikofaktor für Stuhlinkontinenz zu sein und nicht die Vaginalgeburt per se
- Episiotomie scheint bei VE und Forzeps protektiv für die Stuhlinkontinenz zu sein (Risiko 5-10x kleiner) van Bavel J, Hukkelhoven CWPM, de Vries C, Papatsonis DNM, de Vogel J, Roovers JWR, Mol BW, de Leeuw JW. The Effectiveness of Mediolateral Episiotomy in Preventing Obstetric Anal Sphincter Injuries During Operative Vaginal Delivery: A Ten-Year Analysis of a National Registry. Int Urogynecol J. 2018; 29(3): 407-13.

Was sagen Studien bezüglich Deszensus?

- Die meisten Studien zeigen eine Protektion durch die Sectio sowohl kurzzeitig wie langfristig Diez-Itza I, Arrue M, Ibanez L et al. Influence of mode of delivery on pelvic organ support 6 months postpartum. Gynecol Obstet Invest 2011; 72: 123-9. / O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B et al. Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; 16: 69-72.
- Mehrere Studien zeigen eine Dosis-Abhängigkeit im Effekt der Vaginalgeburt als Risikofaktor für einen Deszensus Leijonhufvud A, Lundholm C, Cnattingius S et al. Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. Am J Obstet Gynecol 2011; 204: 70-7 / Swift S, Woodman P, O'Boyle A et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol 2005f; 192:795-806.

Prophylaxe

- Beckenbodentraining mit Beginn zw. 20. – 36. SSW
- Postpartales Beckenbodentraining ggf mit Bio-Feedback
- Damm-Massage, Epi-No ab der 36. SSW



- **Elektive Sectio?**
Das ist eine grosse Kontroverse!

Risikocalculator UR Choice http://riskcalc.org/UR_CHOICE/

Wilson et al. UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? Int Urogynecol J 2014;25(11):1449-52