

Titel Geburtshilfestudien E-PAD und Mum-Health

Risiko peri- und postpartaler Beckenbodenfunktionsstörungen

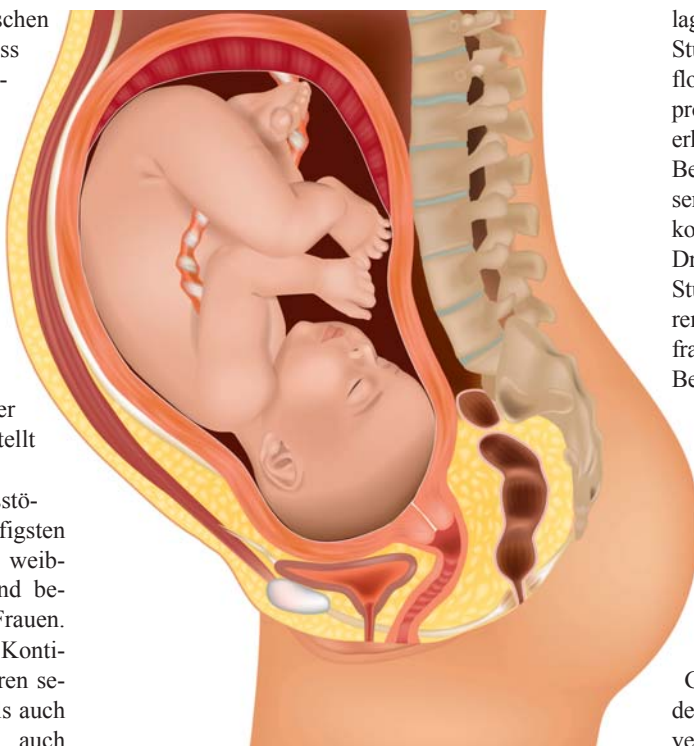
Aktuelle deutsche Studien zur Gesundheit und Zufriedenheit von Müttern nach einer Geburt, aber auch von deren Versorgenden, können erste Resultate berichten. Expertinnen und Experten sehen darin große präventive Chancen für den Erhalt der Beckenbodengesundheit der Betroffenen.

Zeitgleich zum Deutschen Urogynäkologiekongress wurden auf dem diesjährigen Kongress der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (NWGGG) in Düsseldorf 2 für Deutschland wichtige und innovative Studien (E-PAD-Studie und Mum-Health-Studie) zur peri- und postpartalen Beckenbodengesundheit werdender und junger Mütter vorgestellt (<http://daebl.de/CU92>).

Beckenbodendysfunktionsstörungen gehören zu den häufigsten funktionellen Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane und betreffen zunehmend jüngere Frauen. Expertinnen und Experten in Kontinenz- und Beckenbodenzentren sehen daher sowohl national als auch international immer öfter auch Schwangere und Wöchnerinnen mit Senkungsbeschwerden, Harninkontinenz und sexueller Dysfunktion.

Den Fokus postpartal erweitern

Die traditionell übliche postpartale Nachsorge hat für deren Erfassung noch keine Standards etabliert. Die Nachsorge erfolgt in den ersten beiden Wochen nach Geburt in der Regel mehrfach wöchentlich durch die Hebamme und nach 6 Wochen durch eine abschließende Untersuchung in der Frauenarztpraxis. Oftmals wird dabei der Fokus hauptsächlich auf die Versorgung des Kindes und weniger auf eine mögliche Beckenbodenschwäche der Wöchnerin gelegt. Parität stellt anerkanntermaßen einen starken Risikofaktor für Beckenbodenfunk-



tionsstörungen dar, die möglicherweise durch Schwangerschaft und Geburt erstmals zustande gekommen oder verstärkt worden sind (1, 2). Harn- oder Stuhlinkontinenz, Prolapssymptome bei Deszensus sowie sexuelle Funktionsstörungen können die Folge sein.

In der Regelversorgung werden diese Beckenbodenbeschwerden nicht systematisch erfasst. Unterbleibt die Behandlung, kann es zu einer Progredienz der Beschwerden mit Einschränkungen in der Lebensqualität im Alltag der betroffenen Frauen kommen. Diese Lücke in der Versorgung unserer Patientinnen gilt es künftig zu schließen.

Zur Ergänzung der in Deutschland noch „überschaubaren“ Daten-

Beckenboden im Fokus: Inzwischen ist anerkannt, dass Schwangerschaft und Geburt für die beteiligten bindegewebigen, muskulären und neuronalen Strukturen Risiken bergen und dies bei der postpartalen Nachsorge präventiv und therapeutisch zu beachten ist.

lage wird im Rahmen der E-PAD-Studie (early intervention of pelvic floor dysfunction after delivery) prospektiv eine ausführliche Datenerhebung peri- und postpartaler Beckenbodendysfunktionen zur besseren Identifizierung des Risikokollektivs durchgeführt, so Prof. Dr. med. Fabinsky Thangarajah, Studienleiterin und geschäftsführende Oberärztin der Universitätsfrauenklinik Essen. Dazu werden Beckenbodenbeschwerden mit validierten Fragebögen (Deutscher Beckenboden-Fragebogen) zu vier Zeitpunkten an einem vom Zentrum für Familiengesundheit (CEFAM) an der Frauenklinik der Universität zu Köln untersucht (3). Zudem wird der Einfluss von geburtshilflichen Parametern wie Geburtsgewicht/-größe des Kindes, Episiotomie, weitere Dammläsionen, Ausmaß der Genitalverletzungen, Ausmaß der Genitalverletzungen, Ausmaß der Genitalverletzungen (Deszensus genitalis) sowie klinischer Parameter auf die Entstehung der Harninkontinenz, Senkungsbeschwerden und gestörter Sexualität der teilnehmenden Mütter untersucht werden. Den teilnehmenden Müttern wird im Falle von Beckenbodenbeschwerden die Möglichkeit der Vorstellung in einer eigens eingerichteten postpartalen Beckenbodensprechstunde angeboten.

Erstmals deutsche Zahlen

In einer ersten Zwischenanalyse der E-PAD-Studie wurden 316 Patientinnen eingeschlossen (Abbildung 1). Davon haben 48,6 % der Frauen vaginal geboren, von denen 86,7 % eine Geburtsverletzung erlitten. Insgesamt gaben 14,2 % der Wöchnerinnen nach subjektiver Einschät-

zung Senkungsbeschwerden bereits vor der erfassten Schwangerschaft an, während 3 Monate nach der Geburt dieser Anteil auf 17,9 % anstieg. Bei Multipara schienen Senkungsprobleme häufiger im Alltag als störend empfunden zu werden als bei Primipara.

Präpartal gaben bereits 45,8 % der Frauen eine Drang- oder Belastungsincontinenz an. 6 Monate postpartal zeigte sich hier ein Anstieg um 11,8 % sowie eine deutliche Zunahme der Häufigkeit des unwillkürlichen Urinverlustes. 43 % der Frauen berichteten bis 6 Monate postpartal über eine Zunahme sexueller Beschwerden. Darunter waren Erstgebärende signifikant häufiger als Multiparae 3 Monate postpartal betroffen. Auch bei Wöchnerinnen mit Geburtsverletzungen war dies wahrscheinlicher (p = 0,016).

Ein Mix von Risikofaktoren

In der Regressionsanalyse zeigte sich eine signifikante Erhöhung des Risikos für postpartale Beckenbodenfunktionsstörungen nach vaginalen Geburten mit Dammrissen sowie bei Nikotinabusus, fehlender sportliche Aktivität vor oder während der Schwangerschaft, bei erhöhtem Body-Mass-Index (BMI > 25 kg/m²) sowie bei einer vor der Schwangerschaft bestehenden Harninkontinenz (Odds Ratio [OR] 3,6; 95-%-Konfidenzintervall [KI] 1,1–12,1). Kindlicher Kopfumfang und Geburtsgewicht sowie Parität zeigten in dieser 1. Zwischenanaly-

se keinen signifikanten Einfluss, obwohl dies andere Studien vielfach so berichten.

Die Zwischenanalyse der E-PAD-Studie belegt den hohen Anteil von Patientinnen mit postpartalen Beckenbodenbeschwerden. Der relevante Anteil der Patientinnen, die in der postpartalen Beckenbodensprechstunde vorstellig wurde, zeigt den Interventionsbedarf aus Sicht der teilnehmenden Mütter. Eine dezidierte Analyse von Risikofaktoren für die Entstehung von postpartalen Beckenbodenbeschwerden wäre geeignet, die Geburtsplanung präventiv zu modernisieren und individuell risikoadaptiert vorzugehen. Die Vernetzung von Gynäkologie und Geburtshilfe könnte intensiviert werden, um so möglichst frühzeitig bei Beckenbodenbeschwerden zu intervenieren und sogar protektiv vorgehen zu können.

Für die 2. vorgestellte Studie gewann PD Dr. rer. medic. Nadine Scholten aus dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln und Arbeitsgruppenleiterin zum Thema „Postpartale Inkontinenz (k)ein Thema für die Gynäkologie – Ergebnisse einer Onlinebefragung von 2 933 Müttern“ für ihre „Mum-Health-Studie“ den Wissenschaftspreis der NWGGG, was Bedeutung und Interesse an diesen Forschungsfragen unterstreicht.

Die Relevanz der postpartalen Beckenbodengesundheit zeigt sich

nämlich ebenfalls in den Ergebnissen der Mum-Health mit den fast 3 000 Befragten, für welche explizit sowohl die Einschränkungen im Bereich der Sexualität wie auch das Vorkommen von Inkontinenzbeschwerden erfasst wurden. Die Onlinebefragung aus dem Jahr 2022, die über Social Media verbreitet wurde, richtete sich an Frauen, deren letzte Geburt 5 Jahre oder kürzer zurücklag.

Folgen weit über Geburt hinaus

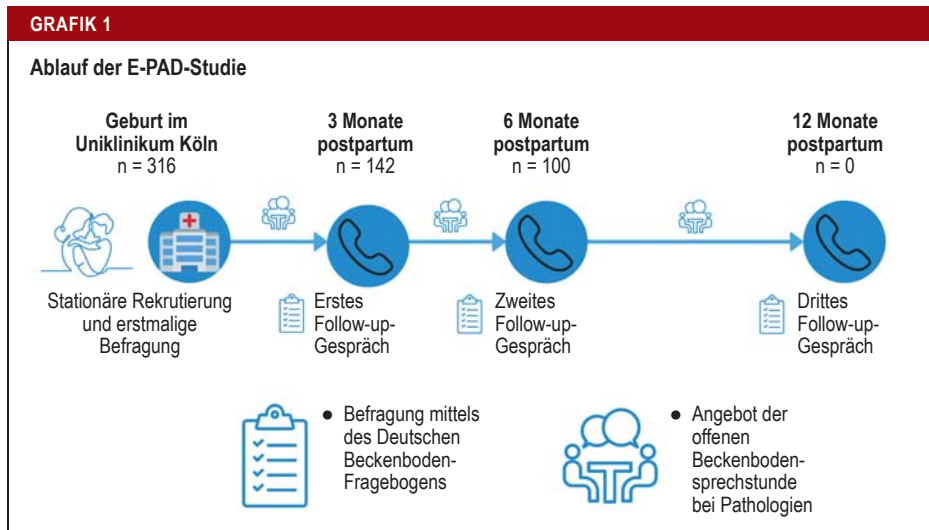
Hierbei zeigt sich, dass unwillkürlicher Urinverlust von 48,4 % der befragten Frauen angegeben wird (davon ständig: 0,3 %; mehrmals täglich: 2,7 %; 1-mal täglich 3,4 %; 2- bis 3-mal pro Woche: 9,4 %; 1-mal pro Woche oder seltener: 32,6 %). Der höhere Anteil an Frauen mit höherem Inkontinenzscore (ICIQ-UISF) auch nach länger zurückliegender letzter Geburt zeigt, dass postpartale Urininkontinenz kein Thema ist, welches sich nur auf das 1. Jahr postpartum beschränkt, sondern deren Relevanz auch in den 5 Jahren postpartum noch zunimmt (Grafik 2) (4).

Auch das sexuelle Erleben der Frauen wird durch Senkungsbeschwerden, Inkontinenz, aber auch durch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr negativ beeinflusst. So geben 10,6 % der sexuell aktiven Frauen an, sich wegen ihres Harnverlustes und/oder ihrer Senkung sexuell benachteiligt zu fühlen. Unter anderem wegen Harn- und/oder Stuhlverlust gar nicht erst sexuell aktiv zu sein, geben 12,6 % der sexuell nicht aktiven Frauen als Grund für ihre Abstinenz an.

Die Bereitschaft der betroffenen Frauen, eigeninitiativ tätig zu werden und therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, ist vorhanden. Dies zeigt sich daran, dass von denjenigen, die unwillkürlichen Urinverlust angeben (n = 1 384), ein relevanter Anteil damit begonnen hatte, mit Vaginalkugeln und mithilfe von elektrischen Beckenbodentrainingsgeräten zu üben. Lediglich 30,2 % der Frauen mit unwillkürlichem Urinverlust haben mit den behandelnden Gynäkologinnen und Gynäkologen über ihre Beschwerden gesprochen, was gut mit ande-

Ablauf der „early intervention of pelvic floor dysfunction after delivery“-Studie:

Einschluss und Befragung (mittels validiertem Deutschen Beckenboden-Fragebogen) der jungen Mütter direkt postpartal auf der Wochenbettstation der Frauenklinik der Universität zu Köln. Nach 3, 6 und 12 Monaten jeweiliges Follow-up-Gespräch und dem Angebot, bei Beschwerden in eine extra eingerichtete Beckenbodensprechstunde zu kommen.



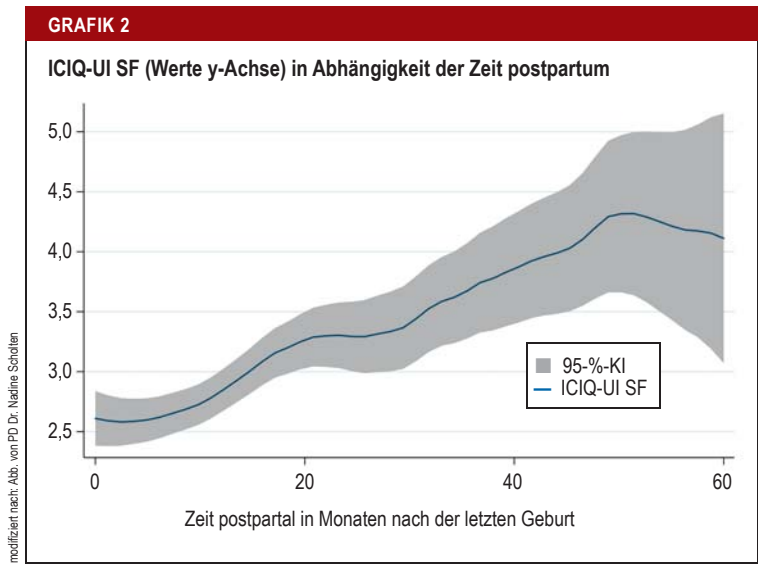
ren Studien korrespondiert (5). Dabei äußerten von allen befragten Frauen eigentlich doppelt so viele – 63,4 % – den Wunsch, durch die betreuenden Ärztinnen und Ärzte auf Beckenbodenbeschwerden wie Inkontinenz angesprochen zu werden. Bei den Frauen mit unwillkürlichem Urinverlust liegt der Anteil mit 70,7 % noch höher.

Frauen suchen vermehrt Hilfe

Trotz der erkennbar hohen Anzahl an betroffenen Frauen scheint das Thema Beckenbodengesundheit im Sinne der Prävention und Therapie in der breiten postpartalen medizinischen Versorgung noch nicht ausreichend adressiert zu werden, beklagten Scholten und Thangarajah einstimmig. Dies wird untermauert durch die Vielzahl an Freitextangaben, welche die betroffenen Frauen im Rahmen der Erhebung getätigt haben.

Weitere Ergebnisse der Mum-Health-Studie zum Interventions- und Informationsbedarf der Studienteilnehmerinnen werden in Kürze präsentiert. Diese Versorgungsforschung ist eine Vorarbeit zu dem größeren Forschungsprojekt

„Mam-Care – Maternal involvement, centeredness, safety and care in obstetrics“ am Institut für Medi-



Frauen zeigen auch nach längerer Zeit einen höheren Inkontinenzscore (ICIQ-UI-SF). Das heißt: Postpartale Urininkontinenz nimmt sogar über die Jahre nach der Geburt noch zu.

zinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln (IMVR), das im letzten Jahr startete. Eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit insgesamt fast 1 Million Euro zunächst bis 2025 geförderte Nachwuchsgruppe untersucht die Sicht der Mütter und Gebärenden auf die Geburtserfahrung, aber auch die Perspektive der Versorgenden, wie Hebammen und Ärzte und Ärztinnen, rund um die Geburt, weil in Deutschland bislang nur wenig über die Qualität der geburts-

hilflichen Versorgung wie auch die Einbindung der Gebärenden in den Geburtsprozess bekannt ist.

PD Dr. med. Sebastian Ludwig
stellvertretender Studienleiter E-PAD Studien;
Leiter Kontinenz- und Beckenbodenzentrum,
Frauenklinik der Universität zu Köln

Interessenkonflikt: S. Ludwig erklärt, Fördergelder durch das das Centrum für Familiengesundheit der Universitätsklinik Köln (CEFAM) erhalten zu haben.

Der Artikel unterliegt keinem Peer-Review-Verfahren.

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2423
oder über QR-Code.



Traumata bei Geburten – Häufigkeit und Risiken

- Eine Levatoravulsion kommt nach spontaner vaginaler Geburt bei 6–16 % vor (Saugglocke: 9–35 %; Zangengeburt: 35–63 %).
- Oberflächliche, leichte Dammrisse Grad I/II kommen bei 80–90 % der vaginalen Geburten vor; die große Mehrzahl ist unproblematisch und heilt von selbst.
- Dammrisse Grad III/IV (= Obstetric Anal Sphincter Injuries oder OASIS) werden auf 1–11 % beziffert (verborgene Defekte, die mit Sonografie entdeckt werden: 10–35 %).
- Mikrotraumata im Gewebe, die nur per Ultraschall sichtbar sind, sollen bei 7 % der vaginalen Geburten vorkommen.
- 29 % Prozent der Frauen geben laut einer norwegischen Studie an, in den ersten 6–10 Wochen nach einer Geburt Prolapsbeschwerden zu haben.
- Eine Übersichtsarbeit aus Spanien findet bei 33–40 % Prolapsbeschwerden – darunter auch geringgradige – bei Frauen, deren Damm/Beckenboden vor der Geburt intakt waren.
- Bei 25–33 % der Schwangeren kommt es nach einer Geburt zu einer Harninkontinenz (in 50 % ist das eine Belastungsinkontinenz); besteht diese noch 3 Monate postpartal, müssen 76,4 % damit rechnen, auch noch 12 Jahre später harninkontinent zu sein.
- Nach OASIS ist das Stuhlinkontinenzrisiko 5-fach höher im Vergleich zu einer unkomplizierten vaginalen Geburt; Zange oder Saugglocke erhöhen das OASIS-Risiko.
- Kam es bei einer vorherigen Geburt zu OASIS ohne Inkontinenzsymptome, könnte eine nachfolgende vaginale Geburt diese manifest werden lassen.
- War die 1. Geburt eine Sectio und wird eine Schwangere danach vaginal entbunden, ist in 32,6 % damit zu rechnen, dass es in dieser Konstellation zu einer Levatoravulsion kommt.
- Kristellern geht ebenfalls häufiger mit einem Abriss des Levator-muskels einher; das Risiko verdoppelt sich.
- Ältere Schwangere müssen zudem vermehrt mit Levatoravulsionen und OASIS rechnen. Ab 18 trägt jedes Lebensjahr mit einer Risikoerhöhung von 1,064 % zum Gesamtrisiko für schwerwiegende Beckenbodenschäden bei. Das bedeutet: Eine 40 Jahre alte Frau hat vor ihrer ersten Geburt im Vergleich zu einer 20 Jahre alten Frau ein um 346 % höheres Risiko, schwere Beckenbodenschäden zu erleiden

Quellen: Lit. Verz. 6–20

Zusatzmaterial Heft 24/2023, zu:

Geburtshilfestudien E-PAD und Mum-Health

Risiko peri- und postpartaler Beckenbodenfunktionsstörungen

Aktuelle deutsche Studien zur Gesundheit und Zufriedenheit von Müttern nach einer Geburt, aber auch von deren Versorgenden, können erste Resultate berichten. Expertinnen und Experten sehen darin große präventive Chancen für den Erhalt der Beckenbodengesundheit der Betroffenen.

Literatur

- Ahlund S, Rothstein E, Rådestad I, et al.: Urinary incontinence after uncomplicated spontaneous vaginal birth in primiparous women during the first year after birth. *Int Urogynecol J* 2020; 31 (7): 1409–16.
- Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G: Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96: 1214–22.
- Baeßler K, Junginger B: Beckenboden-Fragebogen für Frauen. *Aktuelle Urol* 2022; 42: 316–22.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al.: ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004; 23 (4): 322–30.
- Lenzen-Schulte M: Schwangerschaft und Entbindung: Harninkontinent nach der Geburt. *Dtsch Arztebl* 2020; 117 (42): A-1982/B-1683.
- Expertenbrief Schweiz, April 2021, Viereck V, et al.: Der Beckenboden während Schwangerschaft, Geburt und postpartal. *Expertenbrief* Nr. 75.
- Caudwell-Hall J, Kamisan Atan I, Guzman, et al.: Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? *Am J Obstet Gynecol* 2018; 219 (4): 379.e1–8.
- Sigurdardottir T, et al.: Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6–10 weeks postpartum. *Int Urogynecol J* 2021; 32 (7): 1847–55.
- Gyhaugen M, et al.: Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013; 120 (2): 152–60.
- Barca JA, et al.: Pelvic Floor Morbidity Following Vaginal Delivery versus Cesarean Delivery: Systematic Review and MetaAnalysis. *J Clin Med* 2021; 10 (8): 1652.
- Hübner M, et al.: Aspects of Pelvic Floor Protection in Spontaneous Delivery – a Review. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82 (4): 400–9.
- MacArthur C, et al.: ProLong study group. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG* 2016; 123 (6): 1022–9.
- Johannessen HH, et al.: Prevalence and predictors of anal incontinence 6 years after first delivery. *Neurourol Urodyn* 2019; 38 (1): 310–9.
- Samarasekera DN, et al.: Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. *Colorectal Dis* 2008; 10 (8): 793–9.
- Taithongchai A, et al.: The consequences of undiagnosed obstetric anal sphincter injuries (OASIS) following vaginal delivery. *Int Urogynecol J* 2020; 31 (3): 635–41.
- Edozién LC, Guroi-Urganci I, Cromwell DA, et al.: Impact of third- and fourth-degree perineal tears at first birth on subsequent pregnancy outcomes: a cohort study. *BJOG* 2014; 121 (13): 1695–703.
- Paymova L, et al.: Vaginal birth after Cesarean section and levator ani avulsion: a case-control study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2021; 58 (2): 303–8.
- Lima CTS, et al.: Pelvic floor ultrasound finds after episiotomy and severe perineal tear: systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 13: 1–12.
- Youssef A, et al.: Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53 (1): 95–100.
- Rahmanou P, et al.: The association between maternal age at first delivery and risk of obstetric trauma. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215 (4): 451.e1–7.