

Prävention geburtsbedingter Beckenbodenschädigung – Was ist gesichert?

Prevention of Labor-Associated Pelvic Floor Injuries – What is Known for Sure

Autoren H. B. G. Franz¹, C. Erxleben², A. Franz², R. Hofmann¹

Institute ¹ Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Braunschweig, Braunschweig
² Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Tab. 1 Risiko für eine urethrale Belastungsincontinenz und Deszensusoperation in Relation zum Entbindungsmodus [10].

insgesamt n = 96 396 Patienten	
nur vaginale Geburten vs. nur Sectioentbindungen	
(n = 63 229 Patienten)	(n = 33 167 Patienten)
Belastungsincontinenz:	HR 2,9 (95%-KI 2,4–3,6)
POP:	HR 9,2 (95%-KI 7,0–12,1)
linearer Anstieg der Rate der durchgeführten Prolapschirurgie bei nur vaginal entbundenen Frauen bei einer Nachbeobachtung über fast 3 Dekaden!	

Tab. 2 Limitierter präventiver Vorteil der elektiven Sectio caesarea für die Entwicklung einer postpartalen Harninkontinenz [19].

Term Breech Trial	
Untersuchungszeitpunkt: 3 Monate post partum	
Harninkontinenz	Sectio caesarea 4,5%
	vaginale Geburt 7,3%
	OR 0,62; 95%-KI 0,41–0,93
aufgehobener Effekt nach 2 Jahren	

Tab. 3 Das relative Risiko für eine Stuhl- und Flatusinkontinenz nach einer Sectio caesarea [23].

Systematischer Review	
(3010 Sectiones vs. 11 440 vaginale Geburten)	
nach Sectio:	
Stuhlinkontinenz	RR 0,91; 95%-KI 0,74–1,14
Flatusinkontinenz	RR 0,98; 95%-KI 0,86–1,13
167 Sectiones verhindern <i>einen Fall</i> einer Stuhlinkontinenz	

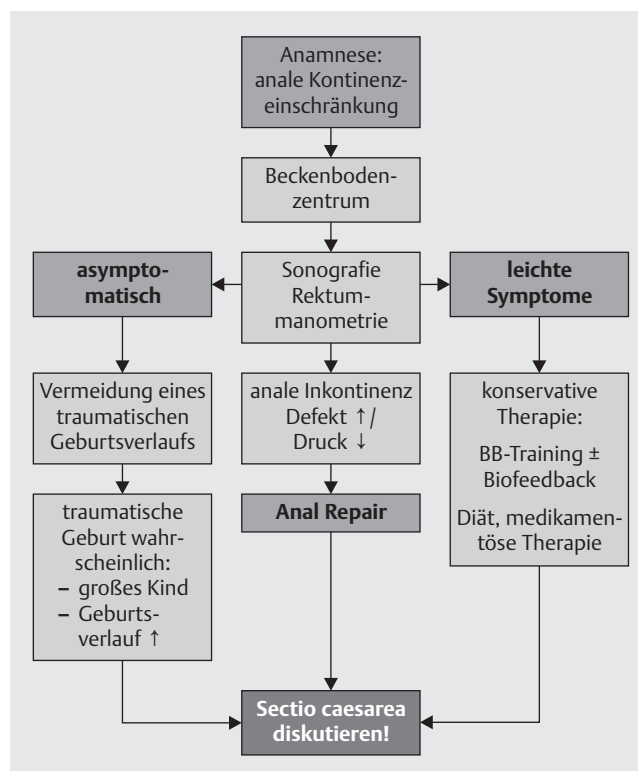


Abb. 1 Behandlungspfad bei analer Kontinenz-einschränkung in der Anamnese und erneuter Schwangerschaft, in Anlehnung an Sultan et al. [27].