

Die Bauchlage zur Unterstützung der Rückbildung ist oft erst ab dem vierten bis sechsten Tag nach der OP möglich

Foto: Michael Plümer

Physiotherapie nach Kaiserschnitt

Ulla Henscher | Bei einer durchschnittlich 30-prozentigen Kaiserschnitttrate sind auf den Entbindungsstationen häufig operierte Wöchnerinnen zu sehen. Ob es sich um eine Notoperation oder einen „Wunschkaiserschnitt“ gehandelt hat, ist für die physiotherapeutische Nachbehandlung nicht entscheidend

Seit etwa zehn Jahren hat sich die ursprüngliche Operationsmethode zugunsten des „sanften Kaiserschnitts“ nach der Methode Misgav Ladach verändert. Bei dieser Methode wird schonender mit dem zu zerteilenden Gewebe umgegangen.

Methode „Misgav Ladach“

Mit einem Unterbauchschnitt nach Joel Cohen, der etwas höher liegt als die frühere Inzision nach Pfannenstiel, wird der Bauchraum eröffnet. Die gerade Bauchmuskulatur wird mit den Händen auseinander gezogen und das Bauchgewebe mit dem Finger eröffnet. Dann erfolgt die ebenfalls quer verlaufende Eröffnung der Gebärmutter im unteren Uterinsegment. Gleichzeitig wird das Blasenperitoneum eröffnet und die Harnblase nach unten abgeschoben. Das Kind wird herausgenommen, die Plazenta entfernt, die Gebärmutter ausgeschabt (Nachkürettage) und anschließend der Uterus mit nur einer

Naht geschlossen. Die Muskelfaszie und die Haut werden ebenfalls vernäht. Das Beckenbindegewebe (parietale und viscerale Faszie) bleibt unverschlossen.

In Bezug auf die Operationsdauer, den postoperativen Schmerz, den Gebrauch von Antibiotika, den Beginn der normalen Darmfunktion und die Gesamtkosten ist diese neue Herangehensweise eindeutig überlegen. Zusätzlich ist die Komplikationsrate und die Verweildauer im Krankenhaus (4,75 Tage zu 6,32 Tagen) geringer (Belci et al. 2007, Fatusic et al. 2003, Moreira et al. 2002).

Die Wundheilungsphasen

Jede Gewebeverletzung unterliegt bestimmten physiologischen Abläufen. Diese Prozesse in die Behandlung einzubeziehen, kann Komplikationen minimieren und belastungsfähiges Gewebe entstehen lassen. Eine zusätzliche Herausforderung birgt die Unterstützung allgemeiner Rückbildungsprozesse nach der Schwangerschaft im Wochenbett.

Aufgrund der kurzen Verweildauer in der Klinik muss die Physiotherapeutin versuchen, der Wöchnerin erste sinnvolle Bewegungsansätze zu vermitteln, aber einen besonderen Augenmerk auf die Verhütung von unphysiologischen Belastungen legen und notwendige Prophylaxen einleiten.

In der **vaskulären/zellulären Phase** (0. bis 5. Tag post OP) soll die Heilung möglichst störungsfrei verlaufen. Eine sinnvolle Unterstützung des Wundschlusses durch geeignete Stoffwechsel anregende Maßnahmen ist sinnvoll. Entzündungszeichen wie Schwellung, Schmerz, Erwärmung, Rötung, sowie eine gestörte Funktion sind Ausdruck einer normalen Wundheilung, die erst in der **Proliferationsphase** (5. bis 21. Tag) langsam abklingen. Die Synthese von Gewebe ist abhängig von gut dosierten physiologischen Belastungen. Sonst wird minderwertiges, nicht belastbares Gewebe gebildet. Schmerzen sind ein Alarmzeichen des Körpers auf Überlastung und Schutz vor erneuter Schädigung.

Bis zum 150. Tag nach der Sectio werden etwa 85 Prozent des ursprünglichen Gewebes neu gebildet

Sectio gegen Inkontinenz?

Als protektiver Faktor gegen Inkontinenz wird eine Schnittentbindung diskutiert. In einer norwegischen Studie wurden über 15.000 Frauen bis 65 Jahren nach ihrem Harnverlust befragt. Bei Frauen, die nicht geboren hatten, ist das Risiko für jede Art einer Inkontinenz geringer als bei denjenigen, die einen Kaiserschnitt hatten (zehn Prozent versus 15 Prozent). Bei Frauen mit einer vaginalen Geburt ergibt sich ein höheres Risiko (21 versus 15 versus zehn Prozent), insbesondere bei Einsatz geburtshilflicher Werkzeuge. Insbesondere die Belastungsinkontinenz ist leicht erhöht (EPINCONT Study 2003). Vergleicht man Frauen früher – 18 Monate nach der Geburt – kommt man zu ähnlichen Zahlen. Hier zeigt sich ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Harninkontinenz durch die Schwangerschaft, aber nicht durch den Geburtsmodus, das Alter und den BMI (Mc Kinney et al. 2005). Eine andere Studie, bei der Frauen zehn Jahre nach der Geburt nach ihrem Harn- oder Stuhlverlust befragt wurden, ergab zwar einen leicht höheren Prozentsatz

für eine Inkontinenz nach einer vaginalen Geburt. Aber dieser geringe Unterschied kann nach Aussage der Untersucher nicht als Begründung für die hohen Kaiserschnittzahlen herangezogen werden (Altmann et al. 2007). Zusammengefasst wurden die Ergebnisse in einer systematischen Untersuchung vorliegender Studienergebnisse (Press et al. 2007), die zu einem ähnlichen Fazit kamen. In einer anderen Studie hatte man sich nur auf die Stuhlinkontinenz konzentriert (Fritel et al. 2007). Bei diesen 2.600 Frauen zwischen 50 und 60 Jahren war die Inzidenz nicht abhängig vom Geburtsmodus und der Anzahl der Schwangerschaften. Der Geburtsmodus hat letztlich einen geringen Einfluss auf eine postpartale Inkontinenz.

Was hilft?

Es gibt andere Möglichkeiten, die einen positiven Einfluss auf das Entstehen und den Verlauf einer Inkontinenz haben. An erster Stelle steht regelmäßige Bewegung, die über einen langen Zeitraum ausgeführt werden muss, wie eine Studie zeigt, die bei über 4.000 Frauen zwischen 37 und 54 Jahren von 1989 bis 2001 durchgeführt wurde (Townsend et al. 2008). Physiotherapeutisch instruiertes Beckenbodentraining in der Schwangerschaft verringert nachweislich Urininkontinenz-Episoden während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Sampsel et al. 1998, Reilly 1999, Morkved et al. 2001, Morkved et al. 2003) und verkürzt gleichzeitig die Austreibungsphase (Salvesen & Morkved 2004). Wöchnerinnen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs mit integriertem Beckenbodentraining teilnahmen, verfügten postpartal über eine größere Beckenbodenkraft als diejenigen, die dieses Angebot nicht wahrnahmen (Morkved et al. 2001).

Verschiedene Studien haben den Vorteil aufrechter Positionen in der Eröffnungsphase bewiesen (Chan 1963, Flynn et al. 1978, Mendez-Bauer et al. 1975, Mitre 1974). Stehende Positionen eröffnen den Muttermund schneller als sitzende Positionen und Sitzen ist besser als Liegen (Mendez-Bauer 1975). Vertikale Positionen in der Austreibungsphase (sitzend, kniend, hockend, stehend) können die Verletzungsrate reduzieren (Gardosi et al. 1989, Kelly et al. 1999, Gupta et al. 2002).

Insbesondere die verminderte Dammschnitttrate und die kürzere Austreibungsphase durch den Einsatz der Schwerkraft wirken sich positiv aus. Die Geburt auf dem Gebärstuhl, im Vierfüßlerstand

und in der Hocke scheint hinsichtlich Verletzungen etwas vorteilhafter zu sein als Positionen im Stand.

Rückbildungsgymnastik verringert die Prävalenz einer Urininkontinenz, auch bei gefährdeten Wöchnerinnen (Einsatz von Forzeps und Vakuumentraktion, Geburtsgewicht über 4.000 Gramm) (Morkved & Bo 1999, Chiarelli & Cockburn 2001). Die Kombination von Gruppentherapie und häuslichem Eigentaining über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen ist bei bigem Therapieziel der üblichen Ausgabe eines Übungsblattes deutlich überlegen und ist im Follow-up von einem Jahr sichtbar (Morkved & Bo 2000, Chiarelli & Cockburn 2001).

Der Geburtsmodus hat nur einen geringen Einfluss auf eine postpartale Inkontinenz

HANDZETTEL

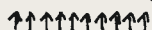
Behandlung von (Operations-) Narben

Ziel: Förderung der Längs- und Querverschieblichkeiten

Was: Leichte „Friktionsmassage“

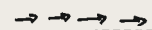
Wie:

1. Von der Narbe weg arbeiten



↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ Querrichtung

2. Neben und über der Narbe arbeiten



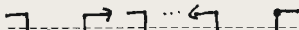
→ → → → → → → → → → → → Längsrichtung

3. Durch die Narbe hindurch arbeiten



↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ Querrichtung

4. Kombinationen



Dauer: fünf bis zehn Minuten

Wenn die Fäden oder Klammern entfernt sind und die Narbe sicher abgeheilt ist (wenn keine Verschorfungen und auch keine kleinsten Wundkrüstchen mehr vorhanden sind), kann mit der Narbenbehandlung begonnen werden.

Als Salben/Cremes können verwendet werden zum Beispiel:

- Ringelblumensalbe
- Elektrolytsalbe
- Rescue-Salbe (Bachblüten)
- Gute Hautcremes

LITERATUR

- Altmann, D.; Ekström, A.; Forsgren, C.; Nordenstam, J.; Zetterström, J.: Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* Nov; 197 (5): 512.e1-7 (2007)
- Belci, D.; Kos, M.; Zorici, D.; Kuhari, L.; Slivar, A.; Begi-Razem, E.; Grdini, I.: Comparative study of the „Misgav Ladach“ and traditional Pfannenstiel surgical techniques for cesarean section. *Minerva Ginecol.* Jun; 59(3): 231-240 (2007)
- Chiarelli, P.; Cockburn, J.: Preventing urinary incontinence in postpartum women. *Neurourol Urodyn.* 20: 448 (2001)
- Fritel, X.; Ringa, V.; Varnoux, N.; Zins, M.; Bréart, G.: Mode of delivery and fecal incontinence at midlife: a study of 2.640 women in the Gazel cohort. *Obstet Gynecol.* Jul; 110 (1): 31-38 (2007)
- Fatusi, Z.; Kurjak, A.; Jasarevi, E.; Hafner, T.: The Misgav Ladach method – a step forward in operative technique in obstetrics. *J Perinat Med.* 31(5): 395-398 (2003)
- Gardosi, J.; Hutson, N.; B-Lynch, C.: Randomized controlled trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet.* Jul 8: 74-77 (1989)
- Gupta, J.; Hofmeyr, G.: Positions during second stage of labour. *Cochrane database review* (2004)
- Kelly, F. W.; Terry, R.; Naglieri, R.: A review of alternative birthing positions. *J Am Osteopath Assoc.* 99 (9) 470-474 (1999)
- McKinnie, V.; Swift, S. E.; Wang, W.; Woodman, P.; O'Boyle, A.; Kahn, M.; Valley, M.; Bland, D.; Schaffer, J.: The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* Aug; 193(2):512-7; discussion 517-518 (2005)
- Mendez Bauer, C. et al.: Effects of standing position on spontaneous uterine contractility an other aspects of labour. *Journal of Perinatal Medicine.* 3: 89-100 (1975)
- Moreira, P.; Moreau, J. C.; Faye, M. E.; Ka, S.; Kane Guèye, S. M.; Faye, E. O.; Dieng, T.; Diadiou, F.: Comparison of two cesarean techniques: classic versus Misgav Ladach caesarean. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Paris. Oct; 31(6): 572-576 (2002)
- Morkved, S.; Bø, K.: Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J.* 10: 394 (1999)
- Morkved, S.; Salvesen, K.; Schei, B.; Bo, K.: Prevention of urinary incontinence during pregnancy. RCT of primiparous women. *Int.Urogynecol J. Abstract* (2001)
- Morkved, S.; Bo, K.; Schei, B.; Salvesen, K. A.: Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* Feb; 101 (2): 313-319. (2003)
- Press, J. Z.; Klein, M. C.; Kaczorowski, J.; Liston, R. M.; von Dadelzen, P.: Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth.* Sep; 34 (3): 228-237 (2007)
- Reilly, E.; Pedler, F.; Stegges, P.; Waterfield, A.; Freeman, R.: Prevention of postpartum stress incontinence in at risk primigravidae. *Int.Urogyn J.*10: S2 (1999)
- Rortveit, G.; Daltveit, A. K.; Hannestad, Y. S.; Hunskaar, S.: Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* Mar 6; 348 (10): 946-950 (2003)
- Sampsel, C. M.; Miller, J. M.; Mims, B. L.; DeLancey, J.; Ashton-Miller, J. J.; Antonakos, C. K.: Effect of pelvic floor exercise of transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol.* 91: 406 (1998)
- Townsend, M. K.; Danforth, K. N.; Rosner, B.; Curhan, G. C.; Resnick, N. M.; Grodstein, F.: Physical activity and incident urinary incontinence in middle-aged women. *J Urol.* Mar; 179(3): 1012-1016; discussion 1016-1017. *Epub* 2008 Jan 18 (2008)