

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 Belastungsreizen. 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

In der **Konsolidierungsphase** (21. bis 60. Tag) wird das neue Gewebe zunehmend dichter und stabiler, aber auch elastischer.

In der **Organisations- und Umbauphase** (60. bis 360. Tag) bleibt die Kollagensynthese (Neubildung von Bindegewebe) hoch. Bis zum 150. Tag sind etwa 85 Prozent des ursprünglich angelegten Gewebes ersetzt.

Aufgrund der geringen Verweildauer in der Klinik sollten alle Übungen, die weitergeführt werden sollen, schriftlich vorliegen, damit ein häusliches Training möglich ist. Zusätzlich sollte auf die Notwendigkeit eines Rückbildungskurses hingewiesen werden. Wichtig ist, dass die Kursleiterin die Übungen sinnvoll an die Situation nach der Operation anpassen kann. Wenn nicht, sollte der Kurs erst nach sechs Wochen begonnen werden – sonst nach vier Wochen.

Beckenbodenmuskeln aktivieren

Schon in der Schwangerschaft muss die Beckenbodenmuskulatur durch das steigende Gewicht des Uterus Höchstleistungen vollbringen. Inkontinenzprobleme und Schmerzen (peri partum pelvic pain) sind nicht selten.

Der Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen Beckenbodentherapie ist das Erlernen der „korrekten“ Beckenbodenaktivität. Die Wöchnerin muss wissen, wie sie diese Muskeln aufspüren kann. Dazu dienen Biofeedbackverfahren. Das Anheben des Dammes und das Schließen des Afters kann jede Frau bei sich ertasten. Ist diese Fähigkeit im Geburtsvorbereitungskurs erlernt worden, ist diese Phase unproblematisch. Ist das

Therapieziel zu Beginn der Behandlung auf Erlernen, Wahrnehmen, Steuern und Kontrollieren von Bewegungsabläufen ausgerichtet, so werden hohe Wiederholungszahlen (über 30 pro Serie) bei niedriger Belastungsintensität durchgeführt (0 bis 30 Prozent der Maximalkraft). Relativ schnell treten Verbesserungen der intermuskulären Koordination durch Anpassungen auf neuronaler Ebene auf. Die Wöchnerin spürt recht schnell eine Verbesserung. Hauptsächlich werden Slow-Twitch-Fibres (Ausdauerfasern) angesprochen.

Ist das Therapieziel auf Mehrdurchblutung und Stoffwechselsteigerung ausgerichtet, so wird die Intensität in Abhängigkeit von der Belastungstoleranz der insuffizienten Strukturen erhöht (Anzahl über 30), bis durch die hohen Wiederholungszahlen bei mittlerer Intensität eine lokale Ermüdung eintritt (30 bis 60 Prozent der Maximalkraft). Der Beckenboden kann auch solange wie möglich gehalten werden, bis 20 bis 30 Sekunden erreicht werden können. Es werden wieder hauptsächlich die Ausdauerfasern angesprochen.

Aufbauend und mit zunehmender Belastung wird ein Hypertrophietraining durchgeführt. Ein erwünschter Kraftanstieg tritt erst infolge von Muskelhypertrophie (Zunahme der Muskelmasse), wenn mit einer Intensität von 60 bis 80 Prozent der maximalen Kraft (submaximale Kraft) trainiert wird, wobei die Anzahl auf acht bis 15 Wiederholungen pro Satz reduziert wird.

Phasen des Beckenbodentrainings sind:

- Information
- Wahrnehmen

- Aktivieren und Trainieren
- Üben in funktionellen Muskelketten und unter angepasster Belastung
- Integrieren in Alltagsaktivitäten.

Bildhafte Vorstellungen erleichtern es der Wöchnerin, sich die Beckenbodenaktivität in verschiedenen Ausgangsstellungen (Bauchlage, Sitz, Seitelage, Vierfüßler, Knieellenbogenlage) bewusst

Schwangerschaft

- Rectusdiastase
- Haltungsveränderungen
- Statische Beschwerden
- Gewichtszunahme
- Hautverfärbungen
- Dyspnoe
- Darmträgheit
- Hämodynamische Veränderungen
- Drangblase/Dranginkontinenz
- Stressinkontinenz
- Hämorrhoiden
- Generalisierte Ödeme

Geburt durch Kaiserschnitt

- Lokale Ödeme an der Narbe
- Narbe am Unterbauch
- Folgen der Narkose

Wochenbett

- Rückbildung der Gebärmutter
- Laktationsbeginn
- Baby-Blues
- Obstipation
- Entleerungsprobleme der Blase
- Erhöhte Diurese
- Erhöhte Transpiration

Übersicht 1: Normale Veränderungen in der Schwangerschaft und nach Sectio Geburt

DIE AUTORIN

Ulla Henscher ist Physiotherapeutin sowie Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie im Deutschen Verband für Physiotherapie, Zentralverband für Physiotherapeuten/ Krankengymnasten (ZVK) e.V.
Kontakt:
u-henscher@t-online.de

zu machen. Die Bilder werden mit der Atmung kombiniert. Eine stimmhafte Ausatmung als „Summen“, „Puh“, „chch“ oder „ffff“ stimuliert gleichzeitig die Zwerchfellaktivität.

Durch Üben in entlastenden, teilbelastenden und belastenden Ausgangsstellungen wird die Belastung gesteigert. Alltagsbelastungen müssen rückengerecht, unter leichter Beckenbodenspannung (20 Prozent der Maximalkraft) und Ausatmung erlernt werden.

Bauchmuskeln sanft ansprechen

Neben den üblichen Veränderungen im Wochenbett leidet die Wöchnerin zusätzlich unter Schmerzen im Bauchbereich durch die Operationsnarbe. Nach etwa sechs Stunden sollte die Operierte das erste Mal aufstehen. Im Vergleich zu einer vaginalen Geburt ist die Beckenbodenmuskulatur nicht verletzt und daher übungsstabil. Ein besonderes Augenmerk sollte die Therapeutin auf die schonende erste Darmentleerung der Wöchnerin legen, die mög-

lichst ohne Bauchmuskelspannung, aber mit Handkontakt am Unterbauch erfolgen sollte. Durch Handkontakt am Unterbauch können die Ausatmung vertieft und die Bauchmuskeln als Atemhilfsmuskeln sanft aktiviert werden.

Intensives Anspannen des Beckenbodens führt zu einer synergistischen Aktivität der Bauchmuskeln, insbesondere des M. transversus abdominis (tiefer Bauchmuskel).

Schmerzärmer Positionswechsel von der Rückenlage zum Stand unter Narbenfixation:

Die Wöchnerin fixiert mit der oberen Hand die Narbe, dreht sich en bloc auf die Seite, stützt sich mit der unteren Hand auf dem Bett ab und setzt sich über die Seitlage zum Sitz auf der Bettkante auf. Beim Sitz sollten die Füße Bodenkontakt haben. Bei stabilem Kreislauf, nach vorheriger Blutdruckkontrolle, kommt sie dann zum Stand hoch.

Abhustehilfe durch Narbenfixation:

Die Wöchnerin legt ihr Hände auf die Narbe oder schiebt das umliegende Gewebe mit den Händen etwas zusammen und hustet dann bei Bedarf ab, zum Beispiel nach der Atemtherapie.

Abgewandelte therapeutische Bauchlage:

Die normale therapeutische Bauchlage zur Unterstützung der Rückbildung der Gebärmutter ist oft erst ab dem vierten bis sechsten Tag nach der OP bei schmerzfreier Streckung der Hüftgelenke möglich. Eine erleichternde

Abwandlung und Vorübung ist der Stand mit abgelegtem Oberkörper und Kissenunterlagerung (Stehbauchlage).

Narbenpflege leicht gemacht

Bei einer Verletzung der Haut kommt es zu einer Schädigung der Gefäße. Hierdurch gelangt Blut aus den Gefäßen nach außen. Nach dieser Verletzung kommt es dann zu einer Gerinnung, die sichtbar ist an der Krustenbildung.

Im umliegenden Gewebe kommt es dann zu einer Vasodilatation der Gefäße, um die Reparaturarbeiten an der Wunde optimal zu versorgen. Im Laufe der ersten Wundheilungsphasen wird zerstörtes Gewebe abgebaut und Granulationsgewebe gebildet. Danach wird die Wunde mit dünnen kollagenen Fasern überspannt, die nicht belastungsstabil sind. Nach dem 21. Tag ist die Wunde zunehmend belastbarer. Bei großen Wunden gelingt es dem Körper nicht, die Wunde mit einer Epidermisschicht abzudecken. In diesem Fall wird der Raum mit dermalem Bindegewebe gefüllt. Dieses Narbengewebe ist nicht pigmentiert und blasser und neigt zum Zusammenziehen. Um die normale Elastizität und Mobilität der Haut zu erhalten, sollte die Narbe mit bestimmten Massagetechniken täglich über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten behandelt werden. Eine Einweisung über die Intensität der Techniken von einer Physiotherapeutin oder Hebamme ist sehr sinnvoll. Anhand des Handzettels (siehe Abbildung) kann die Wöchnerin oder ihr Partner danach die Narbe selbst massieren.

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 Eigentraining 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



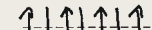
↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ Querrichtung

2. Neben und über der Narbe arbeiten



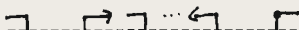
→ → → → → → → → → → Längsrichtung

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)