

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Editorial: Beckenboden und
Inkontinenz - die unendliche
Geschichte**

Riss P

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 4-5

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Beckenboden und Inkontinenz – die unendliche Geschichte

Die Sectiorate in Österreich hat einen dramatischen Anstieg erfahren: Waren vor 20 Jahren noch 5–10 % die Norm, so weisen heute viele Abteilungen Sectioraten zwischen 20 und 25 % auf. Wie ist es dazu gekommen?

Die Antwort ist nicht einfach. Kaiserschnitt bei Beckenendlage und wesentlich frühere Sectio bei protrahierter Geburt sind zwei Gründe. Immer häufiger sind Geburtshelferinnen und Geburtshelfer mit dem Wunsch der Mutter konfrontiert, eine elektive primäre Sectio durchzuführen. Neben Ängsten vor der Geburt und Sorge um das Wohlergehen des Kindes klingt immer wieder auch die Befürchtung mit, daß der Beckenboden durch die Geburt geschädigt wird. Werde ich nach der Geburt inkontinent? Bekomme ich einen Deszensus? Wie ist das mit dem Sexualleben nach einer Geburt?

Prof. Heinz Kölbl bringt in diesem Heft in einer großen Übersicht zum Thema „Wie ist das wirklich mit dem Beckenboden und dem Geburtsmodus?“ Licht in das Dunkel um die Themen Schwangerschaft und Beckenboden, Geburtstrauma und Beckenboden, Episiotomie und Dammverletzungen sowie Harn- und Stuhlinkontinenz. Unser Wissen um die Zusammenhänge hat rasant zugenommen. Insbesondere die norwegische EPINCONT-Studie [1] hat einige Fragen beantwortet und klar gestellt, daß

- Frauen, die geboren haben, öfter an Harninkontinenz leiden als Nullipara,
- nach einer vaginalen Geburt es mehr als doppelt so oft zu einer Harninkontinenz kommt im Vergleich zu Nullipara (Age-adjusted Odds Ratio 2,3) und
- ein Kaiserschnitt nicht vor dem späteren Auftreten einer Harninkontinenz schützt (Odds Ratio 1,5 im Vergleich zu Nullipara).

Daß das Geburtstrauma für die Entstehung einer Harninkontinenz mitverantwortlich ist, geht auch daraus hervor, daß nur die Streßinkontinenz mit dem Geburtsmodus korreliert.

Soll also jede Frau eine Sectio haben? Keineswegs. Viele Sectiones wären notwendig, um in der Gesamtbevölkerung einen nachweisbaren Effekt zu erzielen. Und schließlich: Ebenso wie der Zusammenhang zwischen Parität und Streßinkontinenz wird die Korrelation zwischen der Prävalenz der Harninkontinenz und dem Alter immer geringer. Mit anderen Worten: Die Unterschiede gleichen sich mit zunehmendem Alter aus.

Sicher gibt es einige handfeste medizinische Indikationen zur primären Sectio wegen Sorge um den Beckenboden – denken wir nur an den Zustand nach einem Dammschnitt IV.° mit Eröffnung des Rektums oder andere ausgedehnte Verletzungen des Geburtskanals. Größte Zurückhaltung ist aber bei sogenannten prophylaktischen Eingriffen gegeben, deren Wirkung erst nach Jahren eintreten soll. Die Nutzen-Risiko-Abwägung spricht meist eindeutig gegen Operationen, umso mehr als die Möglichkeiten der Rückbildungsgymnastik und des Beckenbodentrainings nach einer Geburt noch lange nicht ausgeschöpft sind.

Mütter und Geburtshelfer sind gut beraten, die Entscheidung über eine primäre Sectio nicht an der Sorge um den Beckenboden festzumachen.

Univ.-Prof. Dr. med. Paul Riss

Vorstand der Gynäkologischen Abteilung, Thermenklinikum Mödling

Literatur:

1. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S for the Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–7.



Plancher pelvien et incontinence – une histoire sans fin

Le taux des césariennes en Autriche a connu une augmentation dramatique : si la norme était encore, il y a 20 ans, de 5–10 %, certains services affichent de nos jours des taux de césariennes de 20 et 25 %. Comment en est-on arrivé là ?

La réponse n'est pas simple. Deux raisons en sont la césarienne en cas de présentation du siège et la césarienne réalisée beaucoup plus tôt en cas d'accouchement provoqué. De plus en plus souvent, les accoucheuses et accoucheurs sont confrontés au souhait de la mère qui souhaite subir une césarienne primaire élective. Outre les peurs avant la naissance et les préoccupations autour du bien-être de l'enfant, la crainte qui voit aussi le jour est que le plancher pelvien soit abîmé par l'accouchement. Vais-je devenir incontinente après l'accouchement ? Un prolapsus est-il possible ? Comment sera ma vie sexuelle après l'accouchement ?

Au cours de ses vastes travaux récapitulatifs intitulés « Qu'en est-il exactement du plancher pelvien et du mode d'accouchement ? » que nous publions dans ce numéro, le Prof. Heinz Kölbl met de la lumière dans les ténèbres qui règnent autour de thèmes tels que la grossesse et le plancher pelvien, le traumatisme de l'accouchement et le plancher pelvien, l'épisiotomie et les blessures du périnée ainsi que l'incontinence urinaire et fécale. Nos connaissances concernant ces corrélations se sont accrues à une vitesse vertigineuse. L'étude norvégienne EPINCONT [1], en particulier, a apporté des réponses à certaines questions et démontré

- que les femmes qui ont accouché souffrent plus souvent d'incontinence urinaire que les femmes qui n'ont encore jamais accouché
- qu'après un accouchement vaginal, l'incontinence urinaire est deux fois plus fréquente que chez les femmes qui n'ont encore jamais accouché (Age-adjusted Odds Ratio 2,3) et
- qu'une césarienne n'antagonise nullement l'apparition ultérieure d'une incontinence urinaire (Odds Ratio 1,5 par rapport aux femmes qui n'ont encore jamais accouché).

Que le traumatisme de l'accouchement soit co-responsable de l'apparition d'une incontinence urinaire résulte aussi du fait que seule l'incontinence de stress affiche une corrélation avec le mode d'accouchement.

Chaque femme doit-elle alors subir une césarienne ? En aucun cas. Il nous faudrait beaucoup de césariennes pour obtenir un effet vérifiable parmi l'ensemble de la population. Et pour finir : tout comme pour le rapport entre la parité et l'incontinence de stress, la corrélation entre la prévalence de l'incontinence urinaire et l'âge est de plus en plus faible. Autrement dit : plus l'âge est avancé, plus les différences s'estompent.

Il est indéniable qu'il existe certaines indications médicales solides en faveur d'une césarienne primaire si le plancher pelvien s'avère une source potentielle de préoccupations – rappelons-nous seulement les conséquences d'une rupture périnéale IV.^o avec ouverture du rectum ou toute autre blessure étendue de l'utérus. La plus grande réserve doit cependant être émise à l'encontre des interventions appelées prophylactiques dont les effets sont supposés se manifester que bien des années plus tard. L'équilibre entre les avantages et les risques condamne le plus souvent de manière explicite ces opérations, d'autant plus que les possibilités en matière de gymnastique de régression et d'exercices du plancher pelvien après un accouchement sont loin d'être épuisées.

Les mères et les accoucheurs seront bien inspirés de ne pas corréler la décision d'une césarienne primaire à une préoccupation évoluant autour du plancher pelvien.

*Univ.-Prof. Dr. med. Paul Riss
Président du Département de Gynécologie, Thermenkl. Mödling*

Littérature :

1. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S for the Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–7.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)