

Fortbildungsnachmittag des Universitätsspitals Zürich

# Aktuelle Aspekte im Wochenbett

Die Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett geschieht im Idealfall durch interdisziplinäre Teams. Welche besonderen Anforderungen auf der Wöchnerinnenstation und bei der Entlassung aus dem Spital auftreten können, zeigte eine Fortbildung am Universitätsspital Zürich auf. Themen waren unter anderem der Harnverhalt im Wochenbett, das Stillmanagement am USZ, Kopf- und Rückenschmerz in der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie die evidenzbasierte Austritts-Beratung.

Zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2013 kamen in der Klinik für Geburtshilfe am USZ 2815 Kinder zur Welt. Das entspricht einem Zuwachs von 5.5% gegenüber 2012. Mehr als 1000 Babies kamen per Sectio zur Welt. 2699 der jungen Mütter hatten ein reguläres Wochenbett ohne Komplikationen, 62% stillten bei Austritt voll. Eine wichtige Aufgabe für **Prof. Dr. med. Roland Zimmermann** und seinem Team ist es, Probleme im Wochenbett so weit als möglich zu verhindern und evidenzbasiert zu lösen.

## Pospartum Urinary Retention

Beckenbodenprobleme mit den Folgen Harnverhalt und Inkontinenz nach der Geburt sind keine Seltenheit. Ein Instrument für ein präpartales Counseling für eventuelle spätere Beckenbodenprobleme ist der UR-CHOICE Score (1), den **Dr. med. Cornelia Betschart**, Oberärztin an der Klinik für Gynäkologie vorstellte. In Zukunft sollen so die Risiken für eine Urin- und Stuhlinkontinenz sowie die Gefahr eines Prolaps besser abgeschätzt werden, um Frauen vor der Geburt präventiv beraten zu können.

Schwierigkeiten Wasser zu lösen, fehlender Harndrang, schwacher und/oder unterbrochener Harnstrahl, Gefühle des Restharns und ein Drang, beim Wasser lassen pressen zu müssen, sind typische Symptome eines Harnverhalts im Wochenbett. Eine erhöhte Restharnmenge von mehr als 150 ml nach Spontangeburt oder bei Sectio 6 Stunden nach Dauerkatheterentfernung ist behandlungsbedürftig, um Langzeitfolgen wie eine atone Blase zu vermeiden.

„Durch frühzeitige Erkennung und Entlastung mit Katheter, löst sich in den meisten Fällen die Harnretention nach zwei bis fünf Tagen. Ruhe, ein warmes Bad oder warme Wickel sind zusätzlich hilfreich für die Blasenrelaxation und vollständige Entleerung“, so die Erfahrungen. Ursache der Pospartum Urinary Retention (PUR) ist in den meisten Fällen ein neurologischer Schaden an Blase (Detrusor), N. pudendus und Beckenboden während der Geburt. Eine verlängerte Austreibungsperiode, PDA und SPA sowie instrumentelle Geburtsbeendigung sind weitere Faktoren. Häufig trifft es Erstgebärende oder wenn das Kind mehr als 4000 g schwer ist.

Betschart zeigte anhand eines Fallbeispiels, in dem nach der vaginalen Geburt eines normal grossen Kindes die Mutter noch nach 24 Stunden kein Wasser lassen konnte, welche Komplikationen auftreten können. Die Einmal-Katheterisierung sechs Stunden nach der Geburt bei Harnverhalt förderte 1200 ml Urin, woraufhin der Patientin für 12 Stunden ein Dauerkatheter DK gelegt



Prof. Dr. med. Roland Zimmermann (links) und PD Dr. med. Alexander Krafft

wurde. Nach Ziehen des DK nach 24 Stunden blieb die Harnretention bestehen und im Urinstix zeigte sich ein Harnwegsinfekt HWI, woraufhin die Einlage eines suprapubischen Katheters erfolgte. Der HWI wurde mit Uvamin behandelt. Ein Woche später war die Restharnmenge zwar halbiert, der HWI persistierte aber und wurde nach Antibiotogramm (Klebsiellen) mit Augmentin behandelt. Zwei Wochen später, fünf Wochen post partum, war der Urinstix bland, die Restharnmenge auf 60 ml abgesunken.

## Anspannung pur

Einen seltenen Fall einer Uteruswandnekrose, der längere Zeit die Geburtshelfer am USZ in Atem hielt, stellte **Prof. Dr. med. Nicole Ochsenbein-Kölble** vor. Bei einer Patientin mit einer Schwangerschaftscholestase wurde bei 39 SSW die Geburt eingeleitet. Aufgrund von Fieber und eines tachykarden CTGs mit Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom wurde eine sekundäre Sectio mit T-Schnitt bei erschwelter Kindsentwicklung durchgeführt. An der Uterusvorderwand bildete sich ein Abszess, der durch eine Revisions-Laparotomie entleert wurde. Im weiteren Verlauf kam es zu einer Uteruswandnekrose. In einer zweiten Revisions-Laparotomie wurde durch die Anlage eines VAC-Verbandes die Läsion zur Abheilung gebracht. Die Gebärmutter konnte durch diese unkonventionelle Vorgehensweise gerettet werden.

## Postspinale Kopfschmerzen

Zahlreiche Frauen leiden nach einer Epiduralanalgesie unter milden bis starken Kopfschmerzen (post-dural puncture headache PDPH). Der Anästhesiologe **PD Dr. med. Konrad Maurer** erklärte die Genese so, dass durch die sehr spitze Epiduralnadel die Dura verletzt und ein kleines Duraleck auftreten könne. Schon ein geringer Druckabfall der Cerebrospinalflüssigkeit verursacht starke Kopfschmerzen. Am USZ sei man sehr auf diese Nebenwirkung sensibilisiert und wendet als Therapie den Verschluss des Lecks durch einen Blut Patch an, wenn die Schmerzen trotz konservativer Massnahmen nicht beherrschbar und bestimmte Kriterien erfüllt sind. Der Frau wird Blut aus der Armvene abgenommen und sofort an den Ort des vermuteten Lecks injiziert. „Frauen berichten, bis zu sechs Wochen nach der Geburt an diesen Kopfschmerzen zu leiden, das muss nicht sein“, sagte der Anästhesist.

## Stillmanagement USZ

Kaum ein Thema beschäftigt junge Eltern so sehr wie das Stillen. Fast alle Mütter möchten nichts lieber, als ihrem Neugeborenen die Brust zu geben, gilt Stillen doch als „die Prävention am Lebensanfang“. **Marianne Kläusler-Troxler** ist als Pflegeexpertin massgeblich daran beteiligt, dass es im USZ ein einheitliches, evidenzbasiertes Stillkonzept im Klinik-Intranet nachzulesen gibt. Für die wesentlichen Abschnitte (Schwangerschaft, Geburt, erste 24 Stunden, 2.–5. Tag) finden sich einzelne Schritte für die Beratung und praktische Hinweise. „Wie möchten Sie das Kind ernähren“ ist die grundsätzliche Frage an die Mutter, wobei die Akzeptanz für Nichtstillen ebenfalls festgeschrieben und Teil des Konzeptes ist. Die Inhalte sind auch ganz praktischer Natur, z.B. wie die Milchpumpen funktionieren und wie das Bonding-Tuch anzuwenden ist, das jede Wöchnerin erhält. Aktuell wird die Brustfütterung in Rücken- oder Seitenlage favorisiert, bei der sich das Baby quasi selber andockt (biological nurturing). Mit dieser Haltung ist ein Stillkissen nicht mehr nötig und es wird auch die Narbe nach einem Kaiserschnitt besser entlastet. Obwohl diese Stellung auch weniger Druck auf die Brustwarzen ausübt, kann es trotzdem zum Wundwerden kommen. Über das Vorgehen bei Rhagaden sprach **Franziska Krähenmann**. Rhagaden sind eigentlich keine Wunden, sondern definiert als Risse, der durch alle Schichten der Epidermis gehen. Hygiene sei sehr wichtig, es reiche aber Seife und Wasser. Adeps lanae – Wollwachs, ist immer noch aktuell, Ziel ist eine feuchte Wundbehandlung. Wollwachs zieht gut in die Haut ein, schmilzt bei 40°C und zeigt lange keine Zersetzung (ranzig). Eine Behandlung mit Laser sei zwar in, auch bei Brustsoor, aber die Wirksamkeit noch nicht mit Evidenz belegt. „Stillhütchen verwenden und Lanolinsalben (Wollwachs) sind die bewährte Variante“, so die Fachfrau. „Abwarten, Mut machen, es heilt ab“, empfahl eine sechsfache Mutter mit Stillererfahrung aus der Zuhörerschaft.

## Rektusdiastase

Die Rektusdiastase ist in der Schwangerschaft sehr häufig, wie Oberärztin **Dr. med. Nina Kimmich** erklärte. Sie führt zu einer funktionellen und v.a. kosmetischen Einschränkung. Die Lokalisation ist vor allem periumbilikal. Goldstandard zur Diagnose ist der Ultraschall. Mit einer postpartalen Persistenz ist bei bis zu 60% der Fälle zu rechnen. Sowohl eine konservative/physiotherapeutische Behandlung als auch eine chirurgische Behandlung sind effektiv. Zahlen zu Rezidivraten gibt es nur unzureichend.

## Rückenschmerzen in der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft, im Wochenbett und auch noch lange danach leiden viele Frauen an Rückenschmerzen. Da eine Medikamenteneinnahme oft nicht wirksam ist oder nicht in Frage kommt, braucht es Alternativen. Der Chiropraktor **Dr. med. Daniel Mühlemann** von der Klinik für Chiropraktische Medizin am Uniklinik Balgrist ist spezialisiert auf die Behandlung von schwangeren Frauen mit Rückenschmerzen. Er wies darauf hin, dass in 80% der Fälle bereits die Anamnese die Diagnose liefere und die Unterscheidung der Schmerzursache (Iliosakralgelenk ISG, Lendenwirbelsäule oder überlastete Muskulatur) ausschlaggebend sei für die Therapie und deren Erfolg. Liege die Ursache an einer Dysfunktion im ISG, könne eine biomechanisch korrekt applizierte chiropraktische Manipulation und die anschliessende Versorgung mit einem weichen Trochantergurt, der nach der chiropraktischen Behandlung während drei Tagen getragen werden muss, den Schmerz nach-



Käthi Zavagni (links) und Mirjam Stauffer

haltig lindern. Studien zeigen, dass die Behandlungserfolge anhalten und dass die Patientenzufriedenheit mit mehr als 85% hoch ist. Und noch ein Trost: eine zweite Schwangerschaft verläuft in Bezug auf Rückenschmerzen meist besser. Zur Vorbeugung empfiehlt Dr. Mühlemann Beckenbodentraining und Pilates.

## Physiotherapie

Wie wichtig die physiotherapeutische Betreuung im Wochenbett und Bewegung in allen Phasen der Schwangerschaft und nach der Geburt sind, darüber berichteten **Mirjam Stauffer** und **Käthi Zavagni**. Wobei das Zauberwort „Primärprävention“ ist. Ein gut trainierter Körper übersteht die Strapazen von Schwangerschaft und Geburt besser. Die physiotherapeutische Betreuung von Wöchnerinnen im USZ sieht vor, dass zweimal pro Woche eine einstündige Wochenbettgymnastik für alle angeboten wird; es werden Inhalte zu Atmung, Muskelspannung und Entlastung sowie Tipps zu Stillposition und zur Haltung beim Wickeln, bzw. beim Tragen des Babys vermittelt. Risikowöchnerinnen, das sind Frauen nach Spontangeburt mit Vacuum oder Forceps, bzw. einem Kind > 4000g oder einem Dammriss Grad III erhalten durch eine speziell ausgebildete Physiotherapeutin eine Einzelinstruktion. Hierbei wird aufgezeigt, wie die Frau Rücken und Damm entlasten und wie sie die Aktivität ihres Beckenbodens wahrnehmen kann. Eine wichtige Aufgabe ist es, den Frauen Mut zu machen, sich nach einer Geburt unabhängig vom Geburtsmodus früh möglichst normal zu bewegen. Unter [www.pelvisuisse.ch](http://www.pelvisuisse.ch) finden sich Adressen von speziell in Beckenbodenrehabilitation ausgebildeten PhysiotherapeutInnen.

## Beratung vor Austritt

„Ein Vortrag über evidenzbasierte Beratung beim Austritt aus dem Spital wäre kurz, da es nur wenig Evidenz für Vieles gibt, was bei der Entlassung nach Hause relevant ist“. Oberarzt **PD Dr. med. Alexander Krafft** führte kurz durch die Punkte, die er mit seinen Patientinnen bespricht: körperliche Aktivität, Ernährung/Diät, Stillen/Stilldauer, Kontrazeption, weitere Familienplanung und die Folsäureprophylaxe bei einem weiteren Kinderwunsch. Körperliche Aktivität ist gemäss Wohlbefinden – inklusive Heben, Beckenbodentraining und Geschlechtsverkehr – erlaubt. Datengrundlagen zur Beratung gibt es kaum. Zur Kontrazeption wird eine sichere Alternative empfohlen. Das Intervall bis zur nächsten Schwangerschaft sollte mindestens 18 Monate betragen. Für die Folsäureprophylaxe lautet die Empfehlung, mit Planung der nächsten Schwangerschaft wieder damit zu beginnen.

▼ SMS

Quelle: Aktuelle Aspekte im Wochenbett am 23. Oktober 2014, Klinik für Geburtshilfe, UniversitätsSpital Zürich.

## Literatur:

- Wilson D et al: UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J.* 2014 Nov;25(11):1449-52.