

Postpartale Inkontinenz und Harnverhalt

Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention, Therapie

Miktionsstörungen wie auch Inkontinenz sind im Wochenbett häufig, werden jedoch oftmals unterschätzt und untertherapiert. Diese Probleme haben auch langfristig gravierende Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge. Diagnostik, Risikofaktoren, Prävention und Therapieansätze sind in der Literatur nur spärlich belegt; dieser Artikel fasst dieses lückenhafte Wissen zusammen.

STEFAN MOHR, ANDA P. RADAN

Harnverhalt und Harnretention

Miktionsstörungen nach der Geburt wird oftmals zu wenig Beachtung geschenkt. Harnverhalt und Harnretention sind ernsthafte und häufige Komplikationen nach der Geburt (1, 2), wobei die englischen Begriffe «overt and covert postpartum urinary retention» die Symptome ebenfalls treffend beschreiben. Der Harnverhalt ist definiert als die Unfähigkeit, innerhalb von 6 Stunden nach der Geburt oder nach Entfernung des Katheters zu miktieren. Der Begriff Harnretention beschreibt eine erhöhte Restharnmenge von mehr als 100 bis 150 ml nach Spontanmiktion (1, 3, 4). Die Inzidenz für Harnverhalt und -retention post partum reicht von 0,18% bis 14,6% (2, 3).

Risikofaktoren sind eine protrahierte Austreibungsphase (2, 3, 5–11), Vakuumextraktion (2) und instrumentelle Geburt (5, 6, 8, 10, 12–14), höhergradige Dammriss (5, 6, 8, 9, 12, 15) und Episiotomie (9, 13, 14, 16), hohes Geburtsgewicht (9, 16), systemische Narkotika (8, 16, 17), Nulliparität (5, 6, 13–15), Sectio (v.a. sekundär nach Geburtsstillstand) (7, 15, 18), Epiduralanästhesie (möglicherweise durch Beeinflussung der Dauer der Geburt) (5, 6, 8, 13, 14, 16, 19, 20) und asiatische Herkunft (19). Hierbei könnte die Identifikation solcher Risikofaktoren helfen, präventive Massnahmen zu etablieren, und als Basis für ein risikoadaptiertes Screening dienen (9).

Unterschätzt und untertherapiert?

Die Pathophysiologie solcher Miktionsstörungen ist ungeklärt (1, 2). Harnverhalt und -retention können aber zu Denervierung der Harnblase, Detrusoratonie und Funktionsstörungen der Blase führen, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden (2, 9, 15, 16). Lang anhaltende Retention ist ernst zu nehmen und bedarf einer Therapie, um Miktionsprobleme aufgrund von Detrusoratonie oder Nierenversagen durch Obstruktion, Anurie und Hydronephrose zu vermeiden (1, 2, 6). Eine frühzeitige Diagnose und Therapie sind wichtig für den Erhalt der normalen Blasenfunktion (1, 2), aber ebendieses frühzeitige Erkennen wird häufig verpasst, da das Bewusstsein in vielen geburtshilflichen Abteilungen nicht vorhanden und auch die Literatur zu diesem Thema rar ist (21). Zusätzlich wird das Problem unterschätzt und gemeinhin als vorübergehende Störung angesehen, welche keiner Therapie bedarf. Dabei gibt es jedoch keine Hinweise in der Literatur, dass Harnverhalt und Harnretention nach der Geburt harmlos sind (1), und Komplikationen bis zur Blasenruptur sind beschrieben worden (14, 22).

Merkmale

- **Miktionsstörungen sind im Wochenbett** häufig und werden in ihrer Bedeutung unterschätzt.
- **Sie werden oft als** selbstlimitierend betrachtet, weshalb eine Therapie (fälschlicherweise) als nicht notwendig erachtet wird.
- **Eine risikoadaptierte Restharnmessung** (bei Symptomen der Harnretention) ist im Wochenbett wahrscheinlich sinnvoll.
- **Das medizinische Personal sollte** aufmerksam auf Miktionsstörungen post partum achten.
- **Inkontinenz ist häufig und eng** mit Schwangerschaft und Geburt assoziiert.
- **Weitere Risikofaktoren**, darunter Übergewicht und Rauchen, begünstigen die Entwicklung einer Inkontinenz.
- **Die Physiotherapie** ist präventiv und therapeutisch wirksam.
- **Die Sectio senkt** im Vergleich zur vaginalen Geburt das Risiko für Inkontinenz kurz- bis mittelfristig, die Langzeitergebnisse sind weniger eindeutig.
- **Die Behandlung** der postpartalen Inkontinenz ist der Therapie ausserhalb von Schwangerschaft und Wochenbett ähnlich.

Nur zwei Drittel aller Frauen erreichen eine normale Miktion innerhalb von 4 bis 14 Tagen nach Geburt, und ein weiteres Fünftel nach 15 bis 28 Tagen (2). Meist normalisiert sich die Miktion bis zum Spitalaustritt (3, 13), eine Retention kann jedoch für im Median 19 Tage (Spannbreite 1–85 Tage) persistieren (1, 19). Höhere residuelle Volumina 3 Tage post partum gehen dabei mit einem höheren Risiko für längerfristige Retention einher, was ebenfalls die Wichtigkeit einer frühen Diagnose unterstreicht (2). Immerhin 3,42% bis 6,3% der Patientinnen mit Retention (6, 2) berichten im Follow-up nach einigen Monaten noch über subjektive Miktionsbeschwerden, und obwohl Retention häufig als selbstlimitierend und eine Therapie als nicht notwendig angesehen wird, liegt die Rate chronischer Retention dennoch bei 0,11 bis 0,2% (2, 12, 13, 19), wobei sie in unserem eigenen Kollektiv noch weitaus höher liegt (Daten noch nicht publiziert).

Monitoring nach Geburt fehlt meist

Während im postoperativen Management nach gynäkologischen Operationen die Restharnmessung etabliert ist, geschieht dies im Wochenbett meist nicht (1, 14). Zu dieser Frage fehlen Guidelines, welche im klinischen Alltag dringend benötigt würden (1, 23, 24). Von manchen Autoren wird ein systematisches sonografisches Monitoring aller postpartaler Patientinnen mindestens für 3 Tage nach der Geburt (20, 24) oder zumindest 24 Stunden nach Epiduralanästhesie (19) empfohlen. Blasenkateterismus ist zwar am präzisesten zur Bestimmung des Restharns, aber Ultraschall sollte wegen geringerer Invasivität bei ausreichender Genauigkeit bevorzugt werden (20, 25–27). Eine solche Routine-Restharnmessung wäre aufwendig und verursachte entsprechende Kosten, weshalb ein risikobasierter Ansatz diskutiert wird (9, 15).

Auch Daten zur Behandlung von postpartalem Harnverhalt und -retention sind rar. Obsolet ist die oben genannte Ansicht, dass Harnretention post partum selbstlimitierend verläuft und keiner Therapie bedarf (1). Meist wird bei signifikanter Harnretention eine Behandlung mit wiederholter Dauerkatheterisierung oder Instruktion zum intermittierenden Selbstkatheterismus empfohlen (1, 12, 19). Zumindest beim akuten postoperativen Harnverhalt ist die Katheterisierung etabliert und intermittierender Selbstkatheterismus dem Dauerkatheter vorzuziehen, da seltener Bakteriurien auftreten (28). Wahrscheinlich weil das Problem der Retention unterschätzt wird, liegen bis anhin auch keine Guidelines für das Management der Retention vor (23). Protokolle zur getimten Miktion und Routine-Restharnmessungen reduzieren das Auftreten von Retention (12, 15, 29), und auch wenn ein Routinescreening noch nicht etabliert ist, ist es wichtig, bei den Fachpersonen, welche Wöchnerinnen betreuen, das Bewusstsein für Symptome einer Harnretention zu fördern (14, 23, 30).

Inkontinenz post partum

Das Lebenszeiterisiko, sich einer Operation wegen Descensus genitalis oder Inkontinenz unterziehen zu müssen, liegt bei mindestens 11,1% (31, 32). Dabei ist die Belastungsinkontinenz eng mit Schwangerschaft und Geburt assoziiert (33). Etwa die Hälfte der Fälle von Urininkontinenz sind auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen (34). Das Risiko für Urininkontinenz steigt mit der Parität: Nulliparae haben ein Inkontinenzrisiko von 6,5%, bei Frauen mit 1 bis 3 Geburten steigt das Risiko auf 9,7%, 16,3% beziehungsweise 23,9%, wobei der Effekt der Parität nach der Menopause verschwindet und das Alter danach dominierender Risikofaktor wird (35, 36). Bei der Geburt sind ein grosser Kopfumfang (37), hohes Geburtsgewicht (über 4000 g steigt das Inkontinenzrisiko um 50%) (38) und eine prolongierte Austreibungsphase (37) weitere geburtshilfliche Risikofaktoren für Inkontinenz. Inkontinenz für Stuhl tritt in 2 bis 13,6%, für Flatus in bis zu 65% auf, wobei höhergradige Dammrisse einen wichtigen Risikofaktor darstellen (39, 40). In der Schwangerschaft selbst steigen Prävalenz und Ausmass einer Urininkontinenz (41–44). Die Urininkontinenz in der Schwangerschaft ist häufig, mit einer Prävalenz von 7 bis 60%, wobei 70% nach der Geburt verschwinden und die meisten Inkontinenzen sich postpartal zumindest bessern (41, 43, 44).

Durch das Erkennen der Einflüsse und Risikofaktoren von Schwangerschaft und Geburt auf Beckenbodenbeschwerden lassen sich möglicherweise präventive Strategien für die geburtshilfliche Versorgung entwickeln (37). Während der Schwangerschaft begünstigen physiologische Veränderungen die Belastungsinkontinenz: erhöhter intraabdominaler Druck durch den Uterus, Progesteronwirkung, niedrigerer Relaxin- und Kollagengehalt des Gewebes (hypermobile Urethra!) (45). Während der Geburt kann der Kontinenzmechanismus durch Kompression, Dehnung und Reißen beeinträchtigt werden (46). Der Pathomechanismus zwischen Schwangerschaft, Geburt und Inkontinenz wird erklärt mit Sphinkterläsionen, Muskelüberdehnung und Puborektalisavulsionen einerseits, andererseits wird eine Schädigung der Innervation im Sinne einer traumabedingten Demyelinisierung, insbesondere des N. pudendus, angenommen (47).

Präventive Möglichkeiten und Grenzen

Präventiv beugt Physiotherapie in der Schwangerschaft einer Urininkontinenz 6 Monate post partum vor, während eine therapeutische Physiotherapie bei Inkontinenz post partum zu weniger Inkontinenzbeschwerden nach 12 Monaten führt (48).

Die Sectio senkt und die vaginale Geburt steigert tendenziell das Risiko für Beckenbodenpathologien wie Inkontinenz und Descensus (37, 49). 20 Jahre nach vaginaler Geburt ist das Risiko für eine Urin-

inkontinenz um 275% erhöht gegenüber einer Sectio. Rechnerisch müssten jedoch 8 bis 9 Sectiones durchgeführt werden, um 1 Urininkontinenz zu vermeiden, denn auch die Sectio bietet nur ungenügenden Schutz (50). Dementsprechend senkt möglicherweise die Sectio zwar das Inkontinenzrisiko, wird jedoch bei Patientinnen ohne Risiken nicht zur Prävention von Inkontinenz oder Deszensus empfohlen, wenn man die Risiken der Sectio selbst beachtet (51). Zudem sind die Langzeitdaten nicht ganz eindeutig; auch eine Sectio kann eine spätere Harninkontinenz nicht mit Sicherheit vermeiden, da der Effekt der Schwangerschaft per se relevant ist. Auch die routinemässige Episiotomie sollte vermieden werden, da sie Beckenbodenpathologien nicht vermindert, sondern unter gewissen Umständen sogar die Rate höhergradiger Dammrisse mit den entsprechenden potenziellen Konsequenzen vergrössert (52).

Praktische Empfehlungen

Für die Diagnostik wesentlich ist es, alle Frauen bei der postpartalen Kontrolle (in der Regel ca. 6 Wochen nach Geburt) gezielt nach Symptomen der Harn-, Stuhl- oder Windinkontinenz zu fragen, denn viele Frauen vermeiden es, dies selbst anzusprechen. In der Prävention liegt der Fokus demnach bei der Physiotherapie, aber es gibt weitere modifizierbare Risikofaktoren wie Nikotinabusus, Übergewicht und Vermeidung von Obstipation (53). Die Dammassage in der Schwangerschaft kann eine Inkontinenz oder höhergradige Dammrisse nicht verhindern, vermindert jedoch bei Erstgebärenden das perineale Trauma (54). Warme Kompressen perineal während der Geburt reduzieren das Risiko für Urininkontinenz post partum und höhergradiger Dammrisse (53). Wichtigste prophylaktische Massnahme ist jedoch die Gewichtskontrolle, da der Verlust von 10% Körpergewicht zur Reduktion von Inkontinenzsymptomen um die Hälfte führt (50). Auch die AUG-Empfehlungen im SGGG-Expertenbrief raten von der Routine-(!)-Episiotomie ab und bevorzugen Vakuumgegenüber Forzepsentbindungen bei der vaginal-operativen Geburt. Empfohlen wird hier, postpartal systematisch Sphinkterläsionen zu suchen und zu versorgen. Eine PDA wird für unbedenklich für den Beckenboden gehalten. Die SGGG empfiehlt Physiotherapie während der Schwangerschaft und erkennt zudem an, dass die Sectio das Risiko für Urininkontinenz senkt, sich dieser Effekt aber über die Jahre verliert.

Therapieoptionen in speziellen Situationen

Bei Status nach Deszensus- oder Inkontinenzchirurgie besteht zum Management bis jetzt kein Konsens; eine solche Operation sollte bis zur abgeschlossenen Familienplanung hinausgezögert werden. In der Regel wird aber bei Frauen mit vorangehender Deszen-

sus- oder Inkontinenzoperation in einer Folgeschwangerschaft die elektive Sectio empfohlen. Bei Symptomen in der Schwangerschaft sind Physio- oder Pessartherapie zu bevorzugen (55, 56). Symptome einer überaktiven Blase sollten mit Oxybutynin (Kategorie B) behandelt werden, andere Anticholinergika gehören der Kategorie C an. Für Mirabegron (Betmiga®) sind noch keine Daten in der Schwangerschaft vorhanden. ■



Dr. med. Stefan Mohr
(Korrespondenzadresse)
E-Mail: stefan.mohr@insel.ch

und
Med. pract. Anda Radan

Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital
3010 Bern

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. F. E. Mulder, et al.: Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int. Urogynecol. J.* 2014; 25(12), 1605.
2. A. Groutz, et al.: Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol. Urodyn.* 2011; 30(1), 83.
3. S. K. Yip, et al.: Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; 76(7), 667.
4. E. J. Geller: Prevention and management of postoperative urinary retention after urogynecologic surgery. *Int. J. Womens Health* 2014; 6, 829.
5. J. Humburg, et al.: Risk factors in prolonged postpartum urinary retention: an analysis of six cases. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011; 283(2), 179.
6. L. Ching-Chung, et al.: Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2002; 42(4), 365.
7. O. Stephansson, et al.: Prolonged second stage of labour, maternal infectious disease, urinary retention and other complications in the early postpartum period. *BJOG.* 2015.
8. K. L. Musselwhite, et al.: Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196(5), 472.
9. S. Cavkaytar, et al.: Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J. Turk. Ger Gynecol. Assoc.* 2014; 15(3), 140.
10. A. N. Kekre, et al.: Postpartum urinary retention after vaginal delivery, *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2011; 112(2), 112.
11. S. K. Yip, et al.: Screening test model using duration of labor for the detection of postpartum urinary retention. *Neurourol. Urodyn.* 2005; 24(3), 248.
12. K. Glavind, J. Bjork: Incidence and treatment of urinary retention postpartum, *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2003; 14(2), 119.
13. M. E. Carley, et al.: Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery,» *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 187(2), 430.
14. F. E. Mulder, et al.: Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2012; 119(12), 1440.
15. J. Buchanan, M. Beckmann: Postpartum voiding dysfunction: identifying the risk factors. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 54(1), 41.
16. F. E. Mulder, et al.: Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. 2015; *Int. Urogynecol. J. (July)* – online.
17. P. Kandadai, et al.: Acute urinary retention after cesarean delivery: a case-control study. *Female. Pelvic. Med. Reconstr. Surg.* 2014; 20(5), 276.
18. A. H. Chai, et al.: Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section,» *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2008; 19(4), 537.
19. R. Teo, et al.: Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study,» *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* 2007; 18(5), 521.
20. F. Demaria, et al.: Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia,» *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2008; 138(1), 110.
21. J. L. Lim: Post-partum voiding dysfunction and urinary retention, *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2010; 50(6), 502.
22. O. F. Duenas-Garcia, et al.: Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet. Gynecol.* 2008; 112(2 Pt 2), 481.

23. J. Humburg: Postpartum urinary retention – without clinical impact? *Ther. Umsch.* 2008; 65(11), 681.
 24. M. M. Zaki, M. Pandit, S. Jackson: National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines. *BJOG.* 2004; 111(8), 874.
 25. S. K. Yip, D. Sahota, A. M. Chang: Determining the reliability of ultrasound measurements and the validity of the formulae for ultrasound estimation of postvoid residual bladder volume in postpartum women. *Neurourol. Urodyn.* 2003; 22(3), 255.
 26. Z. Nusee, et al.: Is portable three-dimensional ultrasound a valid technique for measurement of postpartum urinary bladder volume? *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.* 2014; 53(1), 12.
 27. M. Lukasse, H. R. Cederkvist, L. A. Rosseland: Reliability of an automatic ultrasound system for detecting postpartum urinary retention after vaginal birth. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2007; 86(10), 1251.
 28. B. S. Niel-Weise, P. J. van den Broek: Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 2005; (3), CD004203.
 29. A. Y. Stanley and B. T. Conner: Implementing a clinical practice guideline to manage postpartum urinary retention. *J. Nurs. Care Qual.* 2005; 30(2), 175.
 30. S. Leach: Have you had a wee yet? Postpartum urinary retention. *Pract. Midwife* 2011; 14(1), 23.
 31. A. L. Olsen, et al.: Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 1997; 89(4), 501.
 32. F. J. Smith, et al.: Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116(5), 1096.
 33. H. U. Memon and V. L. Handa: Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond Engl.)* 2013; 9(3), 265.
 34. D. A. Patel, et al.: Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 195(1), 23.
 35. I. Nygaard, et al.: Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300(11), 1311.
 36. E. H. Sze, G. B. Sherard, III, J. M. Dolezal: Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100(5 Pt 1), 981.
 37. Y. Lavy, et al.: Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? *Int. Urogynecol. J.* 2012; 23(2), 165.
 38. D. H. Thom, et al.: Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. *Neurourol. Urodyn.* 2011; 30(8), 1456.
 39. M. Gyhagen, et al.: Faecal incontinence 20 years after one birth: a comparison between vaginal delivery and caesarean section. *Int. Urogynecol. J.* 2014; 25(10), 1411.
 40. V. G. King, et al.: Using the Brink score to predict postpartum anal incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010; 203(5), 486.
 41. M. Solans-Domenech, E. Sanchez, M. Espuna-Pons: Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet. Gynecol.* 2010; 115(3), 618.
 42. J. M. Thorp, Jr., et al.: Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 181(2), 266.
 43. H. J. van Brummen, et al.: How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol. Urodyn.* 2006; 25(2), 135.
 44. L. Viktrup, G. Lose.: The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001; 185(1), 82.
 45. B. Sangsawang, N. Sangsawang: Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int. Urogynecol. J.* 2013; 24(6), 901.
 46. M. R. Toglia, J. O. DeLancey: Anal incontinence and the obstetrician-gynecologist. *Obstet. Gynecol.* 1994; 84(4 Pt 2), 731.
 47. S. J. Snooks, et al.: Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984; 2(8402), 546.
 48. R. Boyle, et al.: Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane* 2012; Database. Syst. Rev. 10, CD007471.
 49. I. Volloyhaug, et al.: Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16–24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2015; 46(4), 487.
 50. M. Gyhagen, et al.: The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG.* 2013; 120(2), 144.
 51. O. Koc, B. Duran: Role of elective cesarean section in prevention of pelvic floor disorders. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2012; 24(5), 318.
 52. K. Hartmann, et al.: Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2015; 293(17), 2141.
 53. S. L. Wesnes, G. Lose: Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int. Urogynecol. J.* 2013; 24(6), 889.
 54. M. M. Beckmann, A. J. Garrett: Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* (1), CD005123 (2006).
 55. G. Daskalakis, et al.: Uterine prolapse complicating pregnancy. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2007; 276(4), 391.
 56. P. Tskouras, et al.: Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2014; 27(3), 297.
-