

Kaven Baeßler und W. Fischer,

Beckenbodentraining nach Geburten – müssen wir umdenken?

Der Beckenboden wird durch vaginale Entbindungen vielfältig belastet (Abb. 1). Zum Teil sind die Ursachen bei Mutter und Kind zu suchen; Geburtshelfer – Hebammen wie Ärzte – sind aber nicht weniger beteiligt.

Die Bauchwand sieht man(n), den Beckenboden verbirgt man. Auf ihr Äußeres bedachte junge Mütter akzeptieren viel lieber Bauchmuskulübungen, die ihnen ein schnelles Wiedererlangen einer guten Figur versprechen,

gen, – dem Afterheber (Levator ani), der Querverspannung zwischen den Schambeinen (Diaphragma urogenitale) und der U-förmigen äußeren Verschlussmuskulatur für Harnröhre, Scheide und After – durch geeignete Übungen, wie Kneifen, Lockerlassen, Zusammenziehen, Hochziehen, wiederzubeleben, wird er geschont und durch einseitige Beanspruchung der Bauchmuskulatur sogar zusätzlich belastet. Zu einer guten Gymnastik gehören gleichzeitige Kontraktionen der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur, damit der Beckenboden unter Alltagsbelastungen auch wieder reflektorisch reagieren kann [2,4,5]. Physiotherapeutinnen und Hebammen, die sich mit Gymnastik im Wochenbett und danach befassen, kommen deshalb nicht umhin, sich durch Touchieren des Beckenbodens, vom Damm oder von der Scheide aus, von der richtigen Einbeziehung der Beckenbodenmuskulatur in das Übungsprogramm zu überzeugen. Gynäkologen können bestätigen, daß Frauen die Aufforderung zur Beckenbodenkontraktion während der Untersuchung oftmals mit der Bauchpresse, Gesäßmuskulatur oder Anteilen der Oberschenkelmuskulatur (Adduktoren) beantworten; den Beckenboden selbst können sie nicht kontrahieren oder erst zögerlich nach Berührung der entsprechenden Muskelpartien aktivieren [2,6].

An der Charité-Frauenklinik haben Beckenbodenuntersuchungen 6-8 Wochen nach vaginalen Geburten ergeben, daß 31 von 91 Wöchnerinnen (34%) zunächst nicht in der Lage waren, ihren Beckenboden anzuspannen [3]. Frauen mit Episiotomie oder Dammrissen, mit mehr als zwei vorausgegangenen Geburten sowie großen Kindern (> 4000 g) oder Blasenschwäche in der Schwangerschaft (Gefährdungsgruppen II und III) waren häufiger betroffen als Frauen mit normalem Geburtsverlauf ohne Episiotomie oder Dammriß und Geburtsgewichten unter 4000 g (Gefährdungsgruppe I). Die Unterschiede zwischen den Gefährdungsgruppen waren aber nicht signifikant. Allen Frauen wurde eine traditionelle Beckenbodengymnastik oder alternativ ein neuartiges Gewichtstraining des Beckenbodens mit Vaginalgewichten, sogenannten Konen, angeboten [3]. 71 Frauen entschieden sich nach eingehender Erläuterung und Erprobung des Wirkungsprinzips für das Konustraining (Abb. 3). Benutzt wurde das 5-teilige Femcon®-Set mit Gewichten von 20-70 g in Abstufungen von 12,5 g zwischen den Nummern 1-5. Voraussetzung war, daß der Beckenboden wenigstens das niedrigste Gewicht (20 g) halten bzw. tragen konnte. Frauen, die dagegen den schwersten Konus (70 g) von Anfang an zurückhalten konnten, wurden nur ausnahmsweise berücksichtigt, weil bei ihnen kaum noch ein Trainingseffekt zu erwarten war oder erst höhere Gewichte besorgt werden mußten. Die Frauen

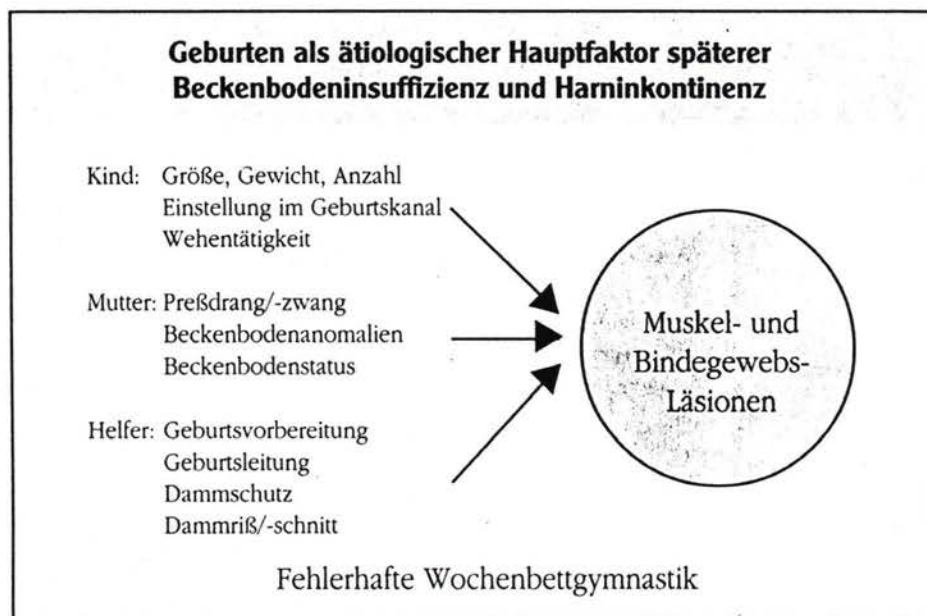


Abb. 1: Geburten als ätiologischer Hauptfaktor späterer Beckenbodeninsuffizienz und Harninkontinenz

Als Dammrisse sichtbar werdende Verletzungen sind nur „die Spitze des Eisberges“. Was sich in der Tiefe in Form von Muskelüberdehnungen und Einrissen, partiellen Denervierungen und Schäden an der Kittsubstanz zwischen den Organen, dem Bindegewebe, abspielt, bleibt ungewiß [1]. Auch die Auswirkungen sind unterschiedlich. Ob der Beckenboden seine frühere Funktionsfähigkeit wiedererlangt, wird endogen durch konstitutionelle Faktoren und exogen durch Verhaltensweisen beeinflusst. Wo ungünstige Einflüsse überwiegen, drohen alsbald oder spätestens in den Wechseljahren Senkungsercheinungen der Harn- und Geschlechtsorgane [3,5].

Eine gute, aber nicht völlig unbedenkliche Möglichkeit zur postpartalen Wiedererächtigung des Beckenbodens bietet die Wochenbettgymnastik; sie ist gut, wenn sie mit dem Beckenbodentraining beginnt und andererseits bedenklich, wenn die Bauchmuskulatur überbewertet wird (Abb. 2). Die schlaf-

als Beckenbodenübungen, die in ihrem Ablauf schwer verständlich sind und außerdem im Wochenbett Schmerzen verursachen. Statt den überstrapazierten Beckenboden langsam wieder zu „erspüren“ und in seinen drei Eta-

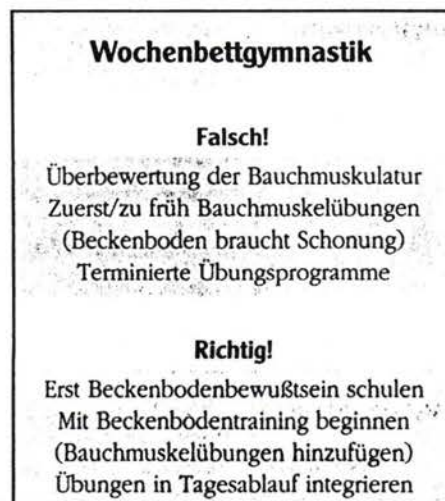


Abb. 2: Strategie der Wochenbettgymnastik

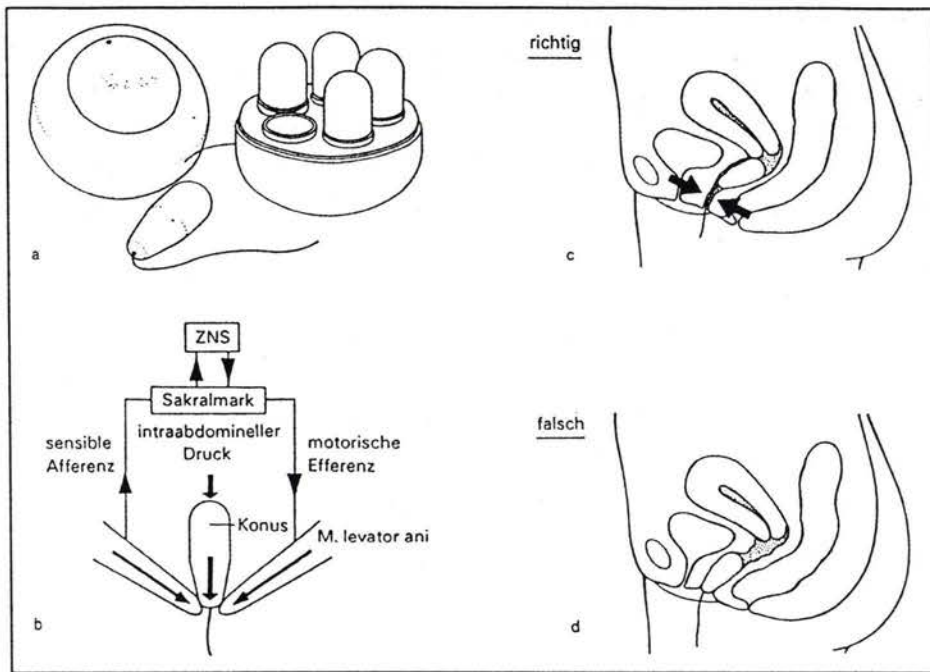


Abb. 3: Beckenbodenkonditionierung durch Konustraining (aus Fischer, W. [2])

a) Set mit 5 Konen (Nr. 1/20 g, Nr. 2/32,5 g → Nr. 5/70 g)

b) Wirkungsprinzip: Das Eigengewicht der Konen erzeugt im geschwächten Beckenboden bei körperlicher Betätigung ein Gefühl der Unsicherheit „den Konus zu verlieren“ und über die zerebrale Rückkopplung als Gegenregulation eine trainierbare Kontraktionsbereitschaft und Tonussteigerung (Biofeedbackprinzip)

Richtige und falsche Konusplatzierung:

c) Der Konus muß weit genug in die Scheide eingeführt werden, damit der Beckenboden ihn zurückhalten kann
 d) Befindet sich der Konus in Scheideneingangsnähe oder ist die Vagina zu kurz, so läßt sich der Konus nicht zurückhalten.

wurden gebeten, zwei- bis dreimal täglich 10-15 Minuten lang den eben noch verträglichen Konus möglichst tief in die Scheide einzuführen und damit ihre Hausarbeit zu verrichten. Sobald sie das Gewicht mühelos halten konnten, sollten sie mit dem nächsthöheren Gewicht weitertrainieren. Verbesserung von mehr als zwei Gewichtsstufen wurden jedoch nur selten erreicht. Als Kontrollgruppe dienten 8 gleichaltrige Frauen, die noch

keine Kinder geboren hatten. Das Resultat war überzeugend (Abb. 4).

39 Frauen (55%) begannen ihre Übungen mit den Konen Nr. 1 oder Nr. 2, – 28 Frauen (39%) mit den Konen Nr. 3 oder Nr. 4, – und lediglich 4 Probandinnen (6%) mit dem Konus Nr. 5. Es wurde eine signifikante Gewichtssteigerung um 1-2 Konusstufen erzielt ($p < 0,05$). Lediglich 17% der Frauen steigerten ihre Beckenbodenkraft um 3 Konus-Num-

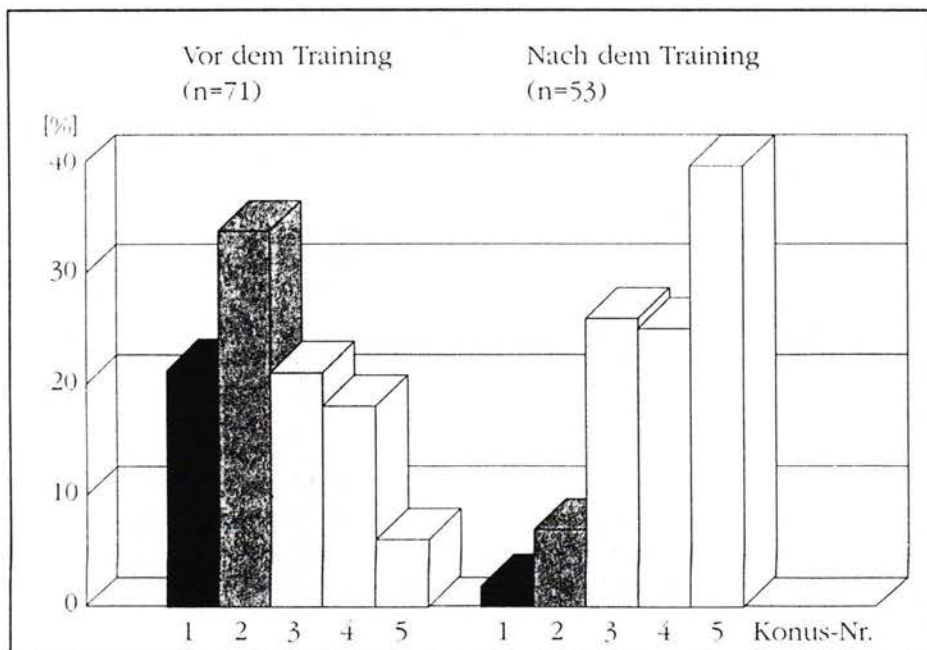


Abb. 4: Durchschnittliche Verteilung der benötigten Konusnummern vor und nach dem postpartalen Konustraining

mern. Hierbei ist zu beachten, daß bei Trainingsbeginn mit Konus Nr. 4 oder Nr. 5 die Steigerungsmöglichkeit limitiert war. Da die Gewichtssteigerung in den Gefährdungsgruppen nicht signifikant variierte, konnten die Gruppen in Abb. 4 zusammengefaßt werden. – In der Kontrollgruppe begannen 7 von 8 Frauen das Konustraining mit dem höchstem Gewicht (70 g) und eine Frau mit Konus-Nr. 4 (57,5 g). Auch ihre Trainingsmöglichkeiten waren somit begrenzt.

Palpatorisch, visuell und meßtechnisch ließen sich die positiven Trainingseffekte auf die Beckenbodenmuskulatur ebenfalls nachweisen [3], z.B. konnten die Frauen bei manometrischer Beurteilung des Beckenbodens vor und nach dem Training ihre durchschnittliche Kontraktionskraft um 6 mmHg auf Endwerte um 10 mmHg steigern. Nach herkömmlicher Beckenbodengymnastik wurden 3 Monate nach der Geburt keine höheren, sondern nur die gleichen Werte erreicht.

Wie bei jeder konservativen Therapie, so ist auch der Erfolg des Konustrainings abhängig von der Compliance, d.h. von der Bereitschaft zur regelmäßigen Durchführung der Übungen. Diese Bereitschaft ist beim postpartalen Konustraining leider noch sehr unterschiedlich vorhanden (Abb. 5): nur knapp

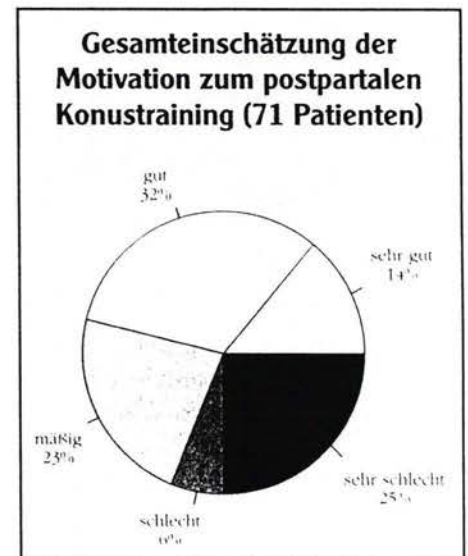


Abb. 5: Gesamteinschätzung der Motivation zum postpartalen Konustraining

die Hälfte der Frauen trainierte 3 x täglich (sehr gut) oder 2 x täglich (gut), ein Drittel nur 1 x täglich (mäßig) oder manche Tage gar nicht (schlecht), und die restlichen 18 Frauen (25%) haben sich überhaupt nicht wieder vorgestellt (sehr schlecht). Bei älteren Frauen mit bereits vorhandenen Senkungsbeschwerden bzw. Harninkontinenz ist das Interesse an einem Konustraining wesentlich größer [2.6]. Das ist verständlich, weil diese Frauen von ihren Beschwerden befreit werden wollen, während junge Mütter „noch“ gesund sind und sich völlig auf ihr Baby konzentrieren. Sie können oder wollen eine pro-

phylaktische Beckenbodenkonditionierung nicht einsehen, weil sie die Zusammenhänge zwischen Geburtstrauma und möglicher späterer Beckenbodeninsuffizienz nicht genügend verstehen. Das ändert sich erst, wenn erste „Anzeichen“ von Senkungsbeschwerden und Blasenschwäche auftreten oder wenn Verwandte und Bekannte über derartige Beschwerden berichten. Nach den subjektiven Empfindungen befragt, wurden folgende Positiv- und Negativaussagen ermittelt, wobei auch mehrere Antworten berücksichtigt wurden:

Positivaussagen:

„Freue mich, daß es so ein Training gibt“	8 Frauen
„Spüre eine deutliche Verbesserung“	5 Frauen
„Mein Beckenbodengefühl ist gewachsen“	7 Frauen
„Habe meinen Beckenboden kennengelernt“	13 Frauen
„Kann jetzt auch bewußt anspannen“	16 Frauen
„Mein Beckenboden ist kräftiger geworden“	7 Frauen
„Meine Scheide ist enger geworden“	10 Frauen
„Habe mehr Freude beim Sex“	10 Frauen

Negativaussagen:

„Empfinde Konus als unangenehm“	3 Frauen
„Schnur vom Konus hat mich gestört“	2 Frauen
„Hatte unangenehmen Muskelkater“	3 Frauen
„Mein Beckenboden ist schon gut trainiert“	2 Frauen.

Daß ein gut reagierender Beckenboden die sexuelle Erlebnisfähigkeit zu steigern vermag, werden auch die Partner zu spüren bekommen. Durch entsprechende Hinweise läßt sich die Motivation der Wöchnerinnen für das Konustraining manchmal steigern. Von einem Trainingsbeginn vor der 4. postpartalen Woche wird jedoch abgeraten. Vorsicht ist auch bei Frauen geboten, die zu Verkrampfungen neigen. Mit einem Probe-Set läßt sich der Anwendungsbereich weiter eingrenzen: zuerst Konus-Nr. 5 einführen, wird er gehalten, so ist kein Konustraining erforderlich (oder es müssen erst schwerere Gewichte beschafft werden), ansonsten Konus-Nr. 1 einführen, wird er nicht gehalten, so ist ein Konustraining noch nicht möglich und stattdessen zunächst eine Elektrostimulation der Beckenbodenmuskulatur zu erwägen. Sind bereits Senkungserscheinungen, insbesondere Bla-

sen- oder Afterschließmuskelschwäche vorhanden, so ist sogar eine Verschreibung als Hilfsmittel, d.h. mit Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen möglich.

Das Konustraining ist keine Konkurrenzmethode zur herkömmlichen, gut angeleiteten und kontrollierten Beckenbodengymnastik. Vaginalkonen sind aber eine nützliche Alternative oder Ergänzung für jene Wöchnerinnen, die mit der Gymnastik nicht zurechtkommen oder die Gymnastik zusätzlich unterstützen wollen. Durch das Konustraining läßt sich der Beckenboden einfach, alltagsgerecht und unmißverständlich reaktivieren.

Literaturverzeichnis:

1. Bender, HG, Distler, W.: Beckenboden der Frau. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York 1992
2. Fischer, W., Kölbl, H.: Urogynäkologie in Praxis und Klinik. Walter de Gruyter, Berlin 1995
3. Fischer, W., Baeßler, K., Linde, A.: Beckenbodenkonditionierung mit Vaginalgewichten – post partum und bei Harninkontinenz. Zentralblatt Gynäkol 118 (1996) 18-28
4. Kitchenham-Pec, S., Bopp, A.: Beckenbodentraining. TRIAS (Thieme, Hippokrates, Enke) Stuttgart 1995
5. Niederstadt, Ch., Fischer, G.: Harninkontinenz. Ein Ratgeber zur Blasenkontrolle. Wort & Bild, Baierbrunn 1996
6. Schüßler, B., Laycock, J., Norton, P., Stanton, SL.: Pelvic floor re-education: principles and practice. Springer, London 1994

Anschrift: Prof. Dr. med. W. Fischer, Abt. Urogynäkologie, Charité-Frauenklinik, Schumannstraße 20/21, 10098 Berlin

Alkoholembryopathie (AE)*

Definition

AE ist die durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hervorgerufene pränatale Erkrankung der Frucht (Psyhyrembel).

Ihr zugrunde liegt der Alkoholismus, welcher somatische, psychische und/oder soziale Schädigungen auslöst. Der Alkoholismus ist auch juristisch als Krankheit anerkannt.

Typologie

Je nach Trinkverhalten erfolgt die Zuordnung zu folgenden Gruppen:

Alpha-Trinker: Alkoholkonsum ohne Kontrollverlust, zur Bewältigung psychischer oder körperlicher Konflikte (Psyhyrembel). Eine Suchtstruktur im engeren Sinne wird nicht entwickelt, der Alkohol kann jederzeit abgesetzt werden (Riemenschneider).

Beta-Trinker: Alkoholkonsum aus Anpassung und Gewohnheit, eventuell körperliche Folgen (Psyhyrembel). Eine Suchtstruktur wird nicht beobachtet (Riemenschneider).

Gamma-Trinker: Alkoholkonsum mit Kontrollverlust. Es kommt zur seelischen und körperlichen Abhängigkeit (Psyhyrembel).

Delta-Trinker: Alkoholkrankheit mit Abhängigkeit (Psyhyrembel). Bei Beendigung des Alkoholkonsums treten massive Entziehungerscheinungen auf (Riemenschneider).

Epsilon-Trinker: Exzessiver Alkoholkonsum mit Kontrollverlust (Quartalssäufer) (Psyhyrembel).

Häufigkeit

☒ Frauenalkoholismus: Tendenz steigend. 1984 waren es etwa 750.000 Frauen in der BRD, die übermäßig Alkohol tranken. Das Verhältnis zwischen Mann und Frau beträgt ca. 3:1.

☒ Embryopathie: Es gibt bis heute keine genauen Zahlen. Es wird geschätzt, daß in der BRD 1-3 von 1000 Neugeborene betroffen sind, d.h. die AE ist die häufigste angeborene Erkrankung, die mit geistigen Beeinträchtigungen einhergeht (Aborte nicht mitgerechnet). Insgesamt erleiden 30 % aller Kinder von alkoholkranken Frauen das Alkoholsyndrom.

Ätiologie/Pathogenese

Alkohol als sehr kleines Molekül wird vollständig über die Schleimhäute resorbiert, zu 20-30 % im Magen, zu 70-80 % im Dünndarm. Bereits fünf Minuten nach dem Trinken läßt sich der Alkohol im Blut nachweisen.

2-10 % werden unverändert über mehrere Organe, auch über Milchsekrete, ausgeschieden.

Der Abbau erfolgt fast ausschließlich über die Leber, wobei die Konzentration relevanter Enzyme und die des Alkohols die Geschwindigkeit des Abbaus bestimmen. Alkohol führt zu zahlreichen Zellschädigungen (wie Dilatation, Hypertrophie, Fibrose u.a.m.), Nährstoffmängel und Stoffwechselstörungen (z.B. Hypoglycämie). Er wirkt je nach Dosis stimulierend oder narkotisierend auf das ZNS und ist eindeutig teratogen.

AE in verschiedenen Entwicklungsphasen

In der Vorkeimblattphase kommt es nach dem „Alles-oder-Nichts“-Prinzip zum Abort oder „nur“ leichten bzw. keinen Störungen.

Durch Alkoholabusus in der Embryonalphase treten zahlreiche Mißbildungen auf, v.a.

* Auszüge aus der Diplomarbeit von Claudia Soll (Diplom-ökotrophologin in Hamburg) vom November 1995