

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 47 (2011)
Heft: 3

Artikel: Vom "Wochenbettturnen" zur gezielten Intervention bei Risikowöchnerinnen = De la gymnastique postnatale à une prise en charge ciblée des accouchées à risque
Autor: Stauffer, Mirjam / Zavagni-Roelly, Käthi
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928447>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vom «Wochenbettturnen» zur gezielten Intervention bei Risikowöchnerinnen

De la gymnastique postnatale à une prise en charge ciblée des accouchées à risque

MIRJAM STAUFFER, KÄTHI ZAVAGNI-ROELLY

Frauen mit erhöhtem Risiko für postpartale Inkontinenz werden seit 2008 im Universitätsspital Zürich gezielt erfasst und mit einer Einmal-Intervention instruiert.

Über die Hälfte aller Frauen leidet im Verlauf ihres Lebens unter Beschwerden des unteren Harntraktes wie Nykturie (vermehrtes nächtliches Wasserlassen), Urinverlust, überaktiver Blase oder Blasenentleerungsstörungen. [1] Wegen dem nach wie vor hohen Tabuisierungsgrad dieser Krankheitsbilder sucht nur ein Bruchteil der Betroffenen einen Arzt auf, obwohl der Leidensdruck und oft auch die Kosten sehr hoch sind, beispielsweise für Inkontinenzprodukte. Noch weniger Betroffene werden zur Physiotherapie angemeldet, obwohl die gezielte Beckenbodenrehabilitation bei vielen Beschwerdebildern die Symptome deutlich verbessern und den Leidensdruck vermindern kann, teilweise wird eine vollständige Beschwerdefreiheit erreicht. [2]

Depuis 2008, l'Hôpital Universitaire de Zurich recense en particulier des femmes présentant un risque plus élevé d'incontinence post-partum et leur propose une consultation unique.

Au cours de sa vie, plus d'une femme sur deux souffre de troubles des voies urinaires supérieures, tels que la nycturie (miction nocturne accrue), les fuites urinaires, l'hyperactivité vésicale ou les troubles de l'évacuation vésicale. [1] Comme ces signes cliniques constituent un tabou toujours aussi important, seule une fraction des personnes concernées consulte un médecin, et ce, bien que le poids de la souffrance, et souvent les coûts, soient très élevés, notamment en raison de l'achat de produits liés à l'incontinence. Encore moins nombreuses sont les personnes concernées à avoir recours à la physiothérapie bien que, dans de nombreux cas, la rééducation périnéale ciblée permet d'améliorer nettement



Foto 1a/1b: Wahrnehmungsverbesserung und Training der Beckenbodenmuskulatur und des M. transversus abdominis. | Photo 1a/1b: Amélioration de la perception, et musculation du périnée et du muscle transverse de l'abdomen.

Risikofaktor Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaft und Geburt sind bekannte Risikofaktoren für die Entstehung von Harn- und Stuhlinkontinenz, Descensusproblematiken und Rücken- beziehungsweise Beckenschmerzen. [3,4] Bei allen Beschwerden kommt dem Beckenboden eine «tragende» Rolle zu.

Eine so genannte Instrumentengeburt mittels Forceps und Vakuum sowie ein Kindsgewicht von >4000g erhöhen zusätzlich das Risiko einer postpartalen Inkontinenz. [5,6]

Gemäss Bundesamt für Statistik sind die werdenden Mütter in der Schweiz heute bei der Geburt des ersten Kindes im Schnitt knapp 5 Jahre älter als noch vor 40 Jahren. Generell steigt das Inkontinenzrisiko mit zunehmendem Alter, dies gilt auch für Mütter. [5,7,1]

Am Universitätsspital Zürich (USZ) gibt es jedes Jahr zwischen 2000 und 2500 Geburten, davon sind rund die Hälfte Spontangeburt. 15 bis 20 Prozent der Spontangebärenden haben ein erhöhtes Risiko für eine postpartale Inkontinenz (Forceps, Vacuum, Kindsgewicht über 4000g). Dies betrifft jährlich zwischen 200 und 300 Frauen (gemäss Statistik USZ). Bis Ende 2007 wurden diese Frauen wie alle anderen Wöchnerinnen behandelt.

Die Wochenbettgymnastik

Das USZ bot allen Wöchnerinnen bis Ende 2007 täglich eine physiotherapeutisch geleitete Wochenbettgymnastik an, welche generelle Aspekte der Wochenbettzeit (Kreislauf, Haltungswahrnehmung, Entlastungsstellungen, Beckenbodenwahrnehmung, ergonomisches Verhalten im Alltag usw.) aufgriff.

Dieses Angebot war in Bezug auf die Beckenbodenrehabilitation relativ unspezifisch. Und es wurde jeweils nur von einem Bruchteil der Wöchnerinnen besucht (zwischen 200 und 220 Frauen pro Jahr) – trotz verschiedener Strategien und unter Einbezug aller Disziplinen, um die Frauen zum Besuch der Wochenbettgymnastik zu motivieren.

Gleichzeitig stieg jedoch die Nachfrage nach spezifischer Beckenbodenrehabilitation sechs bis acht Wochen nach der Geburt. Wir stellten uns deshalb die Fragen, wie wir potenziell Betroffene bereits frühzeitig über die Therapiemöglichkeiten bei Beckenbodenbeschwerden informieren und instruieren können, und ob die bisherige Art der Wöchnerinnenbetreuung dem neusten Stand des Wissens entspricht.

Risikowöchnerinnen gezielt erfassen

So machten wir uns auf die Suche nach Artikeln zum Thema Wochenbett und Inkontinenz. Unter all den gelesenen Studien schienen uns die Artikel der Australierin Pauline Chiarelli 2002/2003 [8,9] einen in unserer Situation durchführbaren Therapieansatz zu beinhalten: Es gibt Evidenz, dass eine sofort

les symptômes, de réduire le poids de cette souffrance, et même parfois parvenir à une disparition totale du trouble. [2]

La grossesse et l'accouchement, facteurs de risque

La grossesse et l'accouchement sont des facteurs de risque connus de l'apparition de l'incontinence urinaire ou fécale, de problèmes de prolapsus et de douleurs dorsales ou pelviennes. [3,4] Dans tous ces troubles, le périnée joue un rôle «porteur».

Un accouchement «à l'aide d'instruments» (forceps ou ventouse), de même qu'un bébé pesant plus de 4000 g, augmentent encore le risque d'incontinence post-partum. [5,6]

Aujourd'hui, selon l'Office fédéral de la statistique, les futures mères de Suisse, à la naissance de leur premier enfant, ont en moyenne presque 5 ans de plus qu'il y a encore 40 ans. Le risque d'incontinence augmente en général avec l'âge, et ceci est également valable lorsque l'on est mère. [5, 7, 1]

Chaque année, 2000 à 2500 accouchements sont pratiqués à l'Hôpital Universitaire de Zurich (USZ). Près de la moitié d'entre eux sont des accouchements spontanés. 15 à 20 % de ces femmes accouchant spontanément présentent un risque plus élevé d'incontinence post-partum (forceps, ventouse, bébé de plus de 4000g). Cela concerne entre 200 et 300 femmes par an (d'après les statistiques de l'USZ). Jusqu'à fin 2007, ces femmes étaient prises en charge comme toutes les autres jeunes mères.

La gymnastique postnatale

Jusqu'à fin 2007, l'USZ proposait à toutes les jeunes mères des séances quotidiennes de gymnastique postnatale par physiothérapie traitant tous les aspects habituels des suites de couches (circulation, perception de la posture, positions de relaxation, perception du périnée, comportement ergonomique au quotidien etc.).

Cette approche n'abordait pas la rééducation périnéale de manière très spécifique. Et, malgré les différentes stratégies mises en œuvre et l'implication de toutes les disciplines pour inciter les femmes à pratiquer la gymnastique postnatale, ces séances n'étaient suivies que par une fraction des accouchées (entre 200 et 220 femmes par an).

Dans le même temps, la demande en termes de rééducation spécifique du périnée, pendant les six à huit semaines suivant l'accouchement, étaient en augmentation. C'est pourquoi nous nous sommes demandés comment faire pour informer les femmes potentiellement concernées relativement tôt sur les thérapies possibles contre les troubles du périnée et les leur enseigner, et si le suivi des jeunes mères correspondait à ce qui se faisait de mieux actuellement en la matière.

postpartal durchgeführte, einmalige individuelle Instruktion/Beratung einen positiveren Effekt auf die postpartale Inkontinenz (Urin und Stuhl) hat als ein Standardprogramm, wie es beispielsweise im USZ bisher praktiziert wurde.

Im Wissen, dass unsere Verhältnisse nicht identisch sind wie in Australien und dass wir auch keine Möglichkeit haben, die Frauen zu einem Follow-up nach acht Wochen aufzubieten, erarbeiteten wir gemeinsam mit der Klinikleitung Geburtshilfe per 1. Januar 2008 ein neues Konzept zur gezielten Erfassung und Instruktion dieser Risikowöchnerinnen während der Hospitalisationszeit (3–5 Tage). Wir entschieden uns für ein standardisiertes Vorgehen, das wir ein Jahr nach Einführung ab Januar 2009 mit einem Fragebogen per Telefoninterview evaluierten.

Eine wichtige Vorgabe war, dass ein neues Konzept mit unveränderten personellen Ressourcen umgesetzt werden musste (d.h. maximal 5 Stunden pro Woche, was konkret 6 halbstündigen Instruktionen und 2 Gruppenlektionen à je 1 Stunde entspricht).

Das Konzept am Universitätsspital Zürich

Seit Anfang 2008 werden Risikowöchnerinnen durch die zuständigen StationsärztInnen zur Physiotherapie angemeldet.



Foto 2: Strategie für Situationen mit intraabdominaler Druckerhöhung (Husten, Niesen, Schnäuzen). | Photo 2: Gestion des situations d'augmentation de la pression intra-abdominale (toux, éternuement, mouchage).

La prise en charge ciblée des accouchées à risque

Nous sommes donc partis à la recherche d'articles sur le thème des suites d'accouchement et de l'incontinence. Parmi toutes les études que nous avons lues, les articles de l'Australienne Pauline Chiarelli, parus en 2002–2003 [8,9], présentaient une approche thérapeutique apparemment réalisable dans notre situation: il est prouvé qu'un cours/une consultation individuelle unique, juste après l'accouchement, a un effet plus bénéfique sur l'incontinence post-partum (urinaire et fécale) qu'un programme standard comme celui qui était pratiqué par exemple à l'USZ.

Sachant que nos conditions ne sont pas les mêmes qu'en Australie, et que nous n'avons pas la possibilité de dispenser aux femmes un suivi de huit semaines, nous avons élaboré au 1^{er} janvier 2008, avec la direction de la Clinique d'obstétrique, un nouveau concept de prise en charge et d'enseignement destiné tout spécialement à ces accouchées à risque pendant leur hospitalisation (3 à 5 jours). Nous avons opté pour un procédé standardisé que nous avons évalué à partir du 1^{er} janvier 2009, un an après son introduction, à l'aide d'un questionnaire par entretien téléphonique.

L'un de nos objectifs majeurs était que le concept utilise les mêmes ressources en personnel (c.-à-d. au maximum 5 heures par semaine, ce qui correspond concrètement à 6 consultations d'une demi-heure et à 2 cours en groupe d'1 heure chacun).

Le concept mis en place à l'Hôpital Universitaire de Zurich

Depuis début 2008, les accouchées à risque se voient prescrire la physiothérapie par les médecins-chefs responsables. Le concept et le déroulement de la consultation unique se présentent de la manière suivante:

- Accueil/Présentation
- Brève anamnèse, inscription des indications sur la feuille de résultats spécifique, demande de consentement de la patiente pour un examen ou une palpation du périnée
- Informations concernant l'emplacement et la fonction de la vessie, de l'intestin, de l'utérus et du périnée
- Explication des termes continence/incontinence et de leur rapport avec l'accouchement
- Conseils de comportement alimentaire (boissons et nourriture)
- Stratégies de miction et de défécation, maintien du périnée pendant la défécation
- Inspection du périnée, aide éventuelle à la perception du périnée par palpation
- Enseignement de la contraction du périnée, combinée à l'expiration
- Enseignement des positions de relaxation (*image 3*)

Das Konzept und der Ablauf der Einmal-Intervention sieht wie folgt aus:

- Begrüssung/Vorstellung
- Kurzanamnese, Notation auf spezifischem Befundblatt, Einverständnis der Frau für Inspektion bzw. Palpation am Damm einholen
- Informationen zu Lage und Funktion von Blase, Darm, Gebärmutter und Beckenboden
- Klärung der Begriffe Kontinenz/Inkontinenz und der Zusammenhang mit der Geburt
- Beratung zu Trink- und Essverhalten
- Miktions- und Defäkationsstrategien, Dammunterstützung beim Stuhlen
- Inspektion am Damm, evtl. palpatorische Wahrnehmungshilfe am Damm
- Instruktion Beckenboden anspannen in Kombination mit der Ausatmung
- Instruktion Entlastungsstellungen (Bild 3)
- Übungsprogramm zur Wahrnehmungsverbesserung bzw. Training von Beckenboden und M. transversus abdominis [10] (Bild 1a/1b)
- Strategie für Situationen mit intraabdominaler Druckerhöhung (Husten, Niesen, Schnäuzen) (Bild 2)
- Broschüre mit Informationen zu den oben erwähnten Themen abgeben und besprechen
- Hinweis auf ambulante Physiotherapie

Die Ziele sind, dass die Frauen sowohl über Lage und Funktion von Blase und Beckenboden informiert als auch in der Lage sind, das Beckenbodenmanagement in der Wochenbettphase zu übernehmen. Das heisst, die Frauen können ihren Beckenboden an- und entspannen und in Alltagssituationen (Wickeln, Kind heben, bücken bzw.) gezielt einsetzen.

Alle Wöchnerinnen können zudem die Wochenbettgruppe besuchen. Um die Vorgabe der gleichbleibenden Ressourcen einzuhalten, ist die bisher täglich stattfindende Wochenbettgymnastik auf zweimal wöchentlich reduziert worden.

Zu Beginn haben wir den Fokus ausschliesslich auf Frauen mit den erwähnten Risikofaktoren gelegt. Da uns zunehmend Frauen ohne Risikofaktor angemeldet wurden, die jedoch während der stationären Phase angaben, inkontinent zu sein, beziehungsweise die einen Dammriss Grad III (Verletzung des Damms bis in den analen Sphincter) erlitten hatten, schlossen wir auch diese Frauen ins Konzept ein.

Die Einmal-Intervention wird gut akzeptiert

Die Wirksamkeit von Beckenbodentraining nach der Geburt ist bereits genügend belegt. [8,9,11,12] Bei der Evaluation unseres neuen Konzepts interessierte uns viel mehr, ob die Art und Weise der Einmal-Intervention als sinnvoll erlebt wird, ob

- Programmes d'exercices d'amélioration de la perception, ou de musculation du périnée et du muscle transverse de l'abdomen [10] (images 1a/1b)
- Gestion des situations d'augmentation de la pression intra-abdominale (toux, éternuement, mouchage) (image 2)
- Distribution d'une brochure d'information relative aux thèmes mentionnés ci-dessus, et discussion
- Renseignements sur la physiothérapie en ambulatoire

Ce concept a pour objectifs de renseigner les femmes sur l'emplacement et la fonction de la vessie et du périnée, et de faire que ces femmes soient en mesure de maîtriser leur périnée pendant les suites d'accouchement. C.-à-d. que les femmes sachent contracter et relâcher leur périnée, et utiliser ces techniques dans des situations précises de la vie quotidienne (lorsqu'elles changent ou soulèvent leur bébé, ou se baissent).



Foto 3: Entlastungsstellungen für den Beckenboden. | Photo 3: Positions de relaxation pour le périnée.

Toutes les jeunes mamans sont également invitées à rejoindre le groupe postnatal. Afin de pouvoir maintenir telles quelles les ressources en personnel, le rythme des séances de gymnastique postnatale, jusque là quotidien, a été réduit à deux par semaine.

Nous avons au départ ciblé exclusivement les femmes présentant les facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Étant donné qu'un nombre croissant de femmes sans facteur de risque, mais souffrant d'incontinence pendant leur séjour à l'hôpital, ou ayant subi une déchirure du périnée de niveau III (lésion du périnée jusqu'au sphincter anal) se sont adressées à nous, nous les avons également intégrées à notre concept.

die Intervention richtig eingesetzt wurde, ob die dabei verwendeten Unterlagen hilfreich sind und ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt (Details zur Evaluation und zu den Ergebnissen *siehe Kasten*).

Die Akzeptanz sowohl der Intervention als auch der Broschüre ist bei den befragten Frauen mit Inkontinenzrisiko beziehungsweise tatsächlicher Inkontinenz am USZ gross. Die meisten Frauen geben an, dass sie nach einer einmaligen

Die Evaluation des Konzepts

Wir schlossen in die Evaluation des Konzepts ab Januar bis Juni 2009 konsekutiv alle Frauen ein, die bereit waren, 6–8 Wochen nach der Geburt ein Telefoninterview zu beantworten und die über genügend gute Deutschkenntnisse verfügten. So konnten wir von 103 behandelten Frauen 67 einschliessen und schliesslich 53 Telefoninterviews durchführen (14 Frauen waren auch nach mehrmaligen Versuchen nicht erreichbar und schieden darum aus). Die Interviewerin war eine Physiotherapeutin, welche die jeweils befragte Frau nicht behandelt hatte. Durch dieses Vorgehen wollten wir eine mögliche Befangenheit sowohl der Wöchnerin wie auch der Interviewerin auf ein Minimum reduzieren.

Die Frauen sollten Angaben machen, ob und zu welchem Zeitpunkt sie inkontinent waren, wie sie ihre Fähigkeit einschätzten, den Beckenboden aktivieren zu können, ob und welche Strategien sie bei Urinverlust kennen und wie hilfreich sie die abgegebene Broschüre empfanden.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse:

– **Inkontinenz:** Von den 53 interviewten Frauen gaben 21 Frauen an, bereits während der stationären Phase (3–4 Tage postpartal) inkontinent gewesen zu sein. 9 Frauen gaben an, nach 6–8 Wochen immer noch inkontinent zu sein. 3 Frauen, die angaben, unmittelbar postpartal kontinent gewesen zu sein, gaben zum Zeitpunkt des Telefoninterviews an, neu inkontinent zu sein. Alle inkontinenten Frauen gaben an, belastungsinkontinent zu sein, d.h. bei erhöhtem intraabdominalem Druck den Urin nicht zurückhalten zu können.

– **Beckenbodenaktivierung:** Die Frage «Können Sie Ihren Beckenboden willentlich anspannen?» beantworteten mit Ausnahme von 2 Frauen alle mit «ja» oder «eher ja». Da wir diese Angaben nicht kontrollierten, können keine Schlüsse betreffend Wirksamkeit der Einmal-Intervention gezogen werden.

– **Self efficacy, wissen, was tun bei Inkontinenz:** 35 Frauen beantworteten die Frage «Wissen Sie, was Sie tun können bei Urinverlust?» mit «ja» oder «eher ja». Auf die Frage «Was tun Sie?» konnten nur 9 Frauen keine Angaben machen. Alle anderen Frauen nannten Beckenbodentraining als Möglichkeit (also auch 9 Frauen, die die vorhergehende Frage mit «nein» oder «eher nein» beantwortet hatten).

– **Subjektiver Nutzen/Anwendbarkeit der Einmal-Instruktion respektive der Broschüre:** 52 Frauen empfanden die Broschüre als hilfreich. 51 Frauen gaben an, die Übungen/Entlastungsstellungen seien gut anwendbar und hilfreich.

Die Einmal-Intervention wurde von allen befragten Frauen als sinnvoll und nützlich empfunden. 2 Frauen kritisierten jedoch den Zeitpunkt der Instruktion (zu rasch nach der Geburt bzw. zu kurz vor Austritt).

La consultation unique bien acceptée

L'efficacité de la musculation du périnée après l'accouchement a déjà été suffisamment prouvée. [8, 9, 11, 12] Pour l'évaluation de notre nouveau concept, nous avons davantage

L'évaluation du concept

Chacune des femmes prêtes à répondre à un entretien téléphonique 6 à 8 semaines après leur accouchement, et disposant d'un niveau d'allemand satisfaisant, a été invitée à participer à l'évaluation de ce concept, menée de janvier à juin 2009. Ainsi, sur les 103 femmes prises en charge, nous avons intégré 67 femmes à l'évaluation, et finalement réalisé 53 entretiens téléphoniques (14 femmes se sont avérées injoignables après plusieurs tentatives et ont donc été exclues du processus d'évaluation). La personne responsable de l'entretien est une physiothérapeute qui ne s'était occupée de la prise en charge d'aucune des femmes interrogées. Notre objectif, en procédant de la sorte, était d'éviter autant que possible une éventuelle gêne, que ce soit de la part de la jeune maman ou de celle de la personne menant l'entretien.

Il a été demandé aux femmes de fournir des indications sur la période à laquelle elles ont souffert d'incontinence, d'évaluer leur capacité à maîtriser leur périnée, de dire si elles connaissent des façons de remédier aux fuites urinaires et si oui, lesquelles, et si elles ont trouvé utile la brochure distribuée.

Les résultats en bref:

– **Incontinence:** Sur les 53 femmes interrogées, 21 ont signalé avoir souffert d'incontinence dès leur séjour à l'hôpital (3–4 jours après l'accouchement). 9 femmes ont indiqué être toujours incontinentes 6 à 8 semaines plus tard. 3 femmes qui avaient déclaré être à nouveau continentes juste après l'accouchement ont mentionné au cours de l'entretien téléphonique être désormais incontinentes. Toutes les femmes incontinentes ont indiqué présenter une incontinence d'effort, c.-à-d. ne pas pouvoir retenir leur urine en cas de pression intra-abdominale accrue.

– **Maîtrise du périnée:** À la question «Parvenez-vous à contracter volontairement votre périnée?», toutes les femmes sauf 2 ont répondu «tout à fait» ou «à peu près». Comme nous n'avons pas contrôlé ces données, il est impossible d'en tirer des conclusions concernant l'efficacité de l'intervention unique.

– **Aptitude personnelle à savoir quoi faire en cas d'incontinence:** À la question «Savez-vous quoi faire en cas de fuites urinaires?», 35 femmes ont répondu par «tout à fait» ou «à peu près». À la question «Que faites-vous dans ce cas?», seules 9 femmes n'ont pas su donner de réponse. Toutes les autres femmes ont mentionné comme possibilité la musculation du périnée (y compris 9 femmes qui avaient répondu par «pas du tout» ou «pas vraiment» à la question précédente).

– **Bénéfice/utilité personnels de la consultation unique et de la brochure:** 52 femmes ont trouvé la brochure utile. 51 femmes ont indiqué que les exercices/positions de relaxation étaient pratiques et utiles.

Toutes les femmes interrogées ont trouvé la consultation unique utile et bénéfique. 2 femmes ont cependant critiqué le moment où cet enseignement a été prodigué (trop tôt après la naissance, à un moment trop rapproché de la sortie).

Instruktion den Beckenboden bewusst anspannen können und wissen, was sie im Fall von Urinverlust tun können. Dies ist nicht nur direkt nach der Geburt hilfreich, sondern stellt ein Instrument dar, das die Frauen bei Bedarf auch zu einem späteren Zeitpunkt selbständig und gezielt einsetzen können.

Der Zeitpunkt der Instruktion wurde von uns, wenn immer möglich, auf >24 Stunden nach der Geburt festgelegt. Wochenenden, Feiertage und verkürzte Aufenthaltsdauer erlauben dies aber nicht in allen Fällen. Im USZ besteht das Problem, die betroffenen Frauen während der stationären Phase überhaupt zu erreichen und instruieren zu können (die Aufenthaltsdauer nach vaginaler Geburt beträgt im Schnitt vier Tage, in dieser Zeit finden diverse Untersuchungen, Gespräche und Instruktionen statt).

Für den Erfolg eines solchen Konzepts ist eine gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst (frühzeitige Anmeldung der Wöchnerin für eine Einzelbehandlung) zentral. Die Einzelinstruktionen können wie geplant ohne einen höheren Einsatz von personellen Ressourcen durchgeführt werden.

cherché à savoir si les patientes trouvaient la consultation unique proposée intéressante, si la mise en place de cette consultation était satisfaisante, si les supports utilisés dans ce cadre étaient utiles, et si des améliorations étaient possibles (pour en savoir plus sur l'évaluation et les résultats, cf. encadré).

La consultation, ainsi que la brochure d'accompagnement, conviennent en grande partie aux femmes interrogées présentant un risque d'incontinence ou souffrant effectivement d'incontinence.

La plupart des femmes signalent qu'après un cours unique, elles parviennent à contracter leur périnée, et savent quoi faire en cas de fuites urinaires. Ce n'est pas uniquement utile juste après un accouchement, mais cela représente un outil auquel les femmes peuvent avoir recours de leur propre initiative et dans certaines circonstances, plus tard dans leur vie.

Nous avons décidé que, chaque fois que cela serait possible, cette consultation se ferait >24 heures après l'accouchement. La présence des week-ends, des jours fériés et des séjours de plus courte durée ne le permet pas toujours. À l'USZ, il est parfois très difficile pour les femmes concernées de trouver du temps pour nous voir et suivre cette consultation pendant leur hospitalisation (pour un accouchement par voie basse, le séjour dure en moyenne quatre jours, pendant lesquels sont menés divers examens, entretiens et enseignements).

Pour qu'un concept de ce type fonctionne, une bonne collaboration avec le service médical (inscription précoce de la jeune mère pour une prise en charge individuelle) est primordiale. Comme prévu, ce système de consultations individuelles peut exister sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les ressources en personnel.

Un procédé sélectif est plus efficace et économique

Comme le montrent les statistiques de l'USZ et les résultats ci-dessus, un procédé sélectif est plus efficace et économique qu'un programme standard. Plus efficace, car nous prodiguons la bonne prise en charge (consultation unique pendant le séjour à l'hôpital) aux bonnes personnes (accouchées à risque). Plus économique, car, tout en employant les mêmes ressources qu'avant, nous traitons plus de femmes qu'auparavant, avec la gymnastique postnatale globale.

Avec l'introduction des forfaits par cas (DRG) au 1^{er} janvier 2012, le séjour des jeunes mères sera encore raccourci. Il semble donc d'autant plus judicieux d'employer les ressources physiothérapeutiques de manière ciblée, pour les femmes présentant des facteurs de risque, plutôt que de fournir à toutes les accouchées les soins peu spécifiques de la gymnastique postnatale. |



Mirjam Stauffer

Mirjam Stauffer, dipl. Physiotherapeutin HF seit 1994, hat sich unter anderem in Beckenbodenrehabilitation weitergebildet. Seit 2000 arbeitet sie als Physiotherapeutin am Universitätsspital Zürich mit Schwerpunkt Beckenbodenrehabilitation, Gynäkologie, Geburtshilfe und Urologie. Mirjam Stauffer ist Mitglied im Zentralvorstand physioswiss.

Mirjam Stauffer, physiothérapeute dipl. ES depuis 1994, a suivi de nombreuses formations continues, notamment dans le domaine de la rééducation du périnée. Elle exerce depuis 2000 en tant que physiothérapeute à l'Hôpital Universitaire de Zurich, elle est plus particulièrement spécialisée dans les domaines de la rééducation du périnée, de la gynécologie, de l'obstétrique et de l'urologie. Mirjam Stauffer est membre du Comité central de physioswiss.



Käthi Zavagni-Roelly

Käthi Zavagni-Roelly, dipl. Physiotherapeutin FH seit 1999, hat sich unter anderem in Beckenbodenrehabilitation vertieft. Sie ist seit 2000 als Physiotherapeutin am Universitätsspital Zürich mit Schwerpunkt Beckenboden, Geburtshilfe und Neurologie tätig.

Käthi Zavagni-Roelly, physiothérapeute dipl. HES depuis 1999, a notamment orienté sa formation vers la rééducation du périnée. Elle exerce depuis 2000 comme physiothérapeute à l'Hôpital Universitaire de Zurich, elle est plus particulièrement spécialisée dans les domaines de la rééducation du périnée, de l'obstétrique et de la neurologie.

Ein selektives Vorgehen ist effektiver und ökonomischer

Wie Statistiken des USZ und obige Ergebnisse belegen, ist ein selektives Vorgehen effektiver und ökonomischer als ein Standardprogramm. Effektiver, weil wir die richtigen Frauen (Risikowöchnerinnen) mit der richtigen Intervention (Einmal-Intervention stationär) erreichen. Ökonomischer, weil wir unter Wahrung der bisherigen Ressourcen mehr Frauen als früher mit der täglichen Wochenbettgymnastik behandeln.

Mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) per 1. Januar 2012 wird die Aufenthaltsdauer von Wöchnerinnen weiter verkürzt werden. Es erscheint deshalb umso sinnvoller, die physiotherapeutischen Ressourcen gezielt für Frauen mit Risikofaktoren einzusetzen, statt alle Wöchnerinnen unspezifisch in einer Wochenbettgymnastik zu instruieren. |

Literatur I Bibliographie

1. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol 2006; 50: 1306–14.
2. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2010; issue 1, art.no. CD005654.
3. Borello-France D, Burgio KL, et al. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. Obstet Gynecol; 2006;108(4): 863–72.
4. Sze EHM, Hobbs G. Relation between vaginal birth and pelvic organ prolapse. Acta obstetrica et Gynecologica; 2009;88: 200–203.
5. MacLennan A, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. Br J Obstet Gynaecol 2000;107: 1460–1470.
6. Dietz H, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. Obstet Gynecol 2005;106: 707–12.
7. Perucchini D, DeLancey JOL, Ashton-Miller JA et al. 2002a. Age effects on urethral striated muscle: I. Changes in number and diameter of striated muscle fibers in the ventral urethra. Am. J. Obstet. Gynecol. 186: 351–355.
8. Chiarelli P and Cockburn J (2002). Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. Bmj 324(7348): 1241.
9. Chiarelli P, Murphy B et al. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum. Bjog ; 2003;110(2): 188–96.
10. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. Neurol Urodyn; 2001;20(1): 31–42.
11. Dumoulin C. Postnatal pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary incontinence: where do we stand? Curr Opin Obstet 2006 Oct; 18(5): 538–43.
12. Sampselle CM, Miller JM et al. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. Obstet Gynecol; 1998;91(3): 406–12.



Diese Muschel bewegt.
Elle a tout pour vous faire bouger.

PERNATON® + Glucosamin ist eine natürliche Quelle einzigartiger Nähr- und Aufbaustoffe. Es enthält den Original-Perna-Extrakt aus der neuseeländischen Grünlippmuschel, Glucosamin, wichtige Spurenelemente und Vitamine. Täglich und über längere Zeit eingenommen, unterstützt PERNATON® die Beweglichkeit Ihrer Gelenke, Bänder und Sehnen.



PERNATON® + Glucosamine est une source naturelle de substances nutritives et constitutives uniques. Il contient de l'extrait original de Perna, la moule aux orles verts de Nouvelle-Zélande, du glucosamine et d'importants oligo-éléments et vitamines. PERNATON®, pris en cure quotidienne de longue durée, soutient la mobilité de vos articulations, ligaments et tendons.

PERNATON®



Erhältlich in Apotheken, Drogerien und Reformhäusern. Disponible dans les pharmacies, drogueries et magasins diététiques.