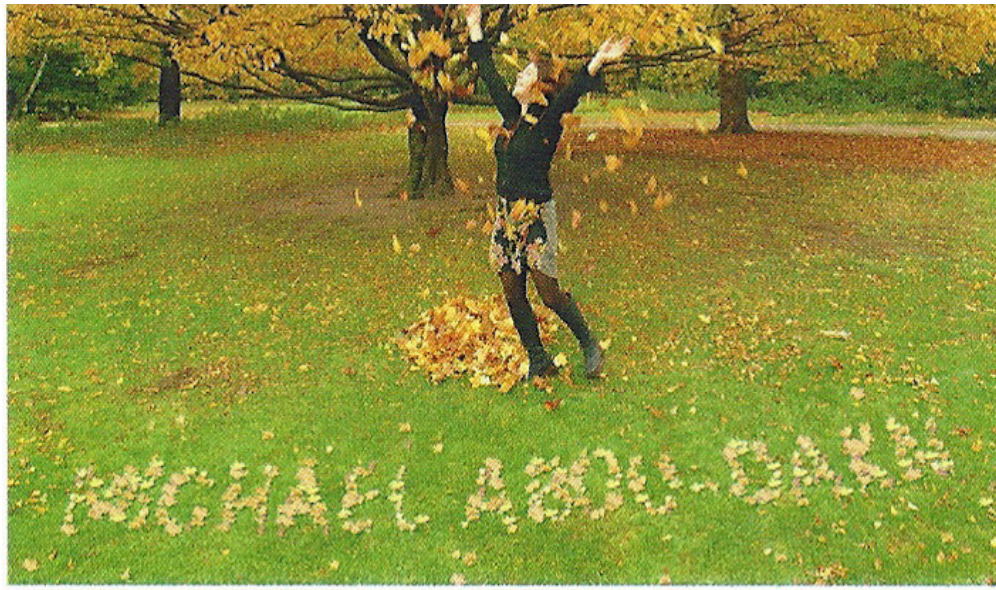


# Das Wochenbett



St. Joseph Krankenhaus



St. Joseph Krankenhaus  
Berlin Tempelhof

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt  
Prof. Dr. med. **Michael Abou-Dakn**

Professur für Geburtsmedizin  
Evangelische Hochschule Berlin  
Hebammenkunde

Mitglied der  
Nationalen Stillkommission Deutschland

Past President  
Babyfreundliche Initiative Deutschland



Rotkäppchen hat sich überlegt,  
doch nicht die Oma zu besuchen!



- Engagement / Schulen:
  - Normale Geburt, Stillförderung





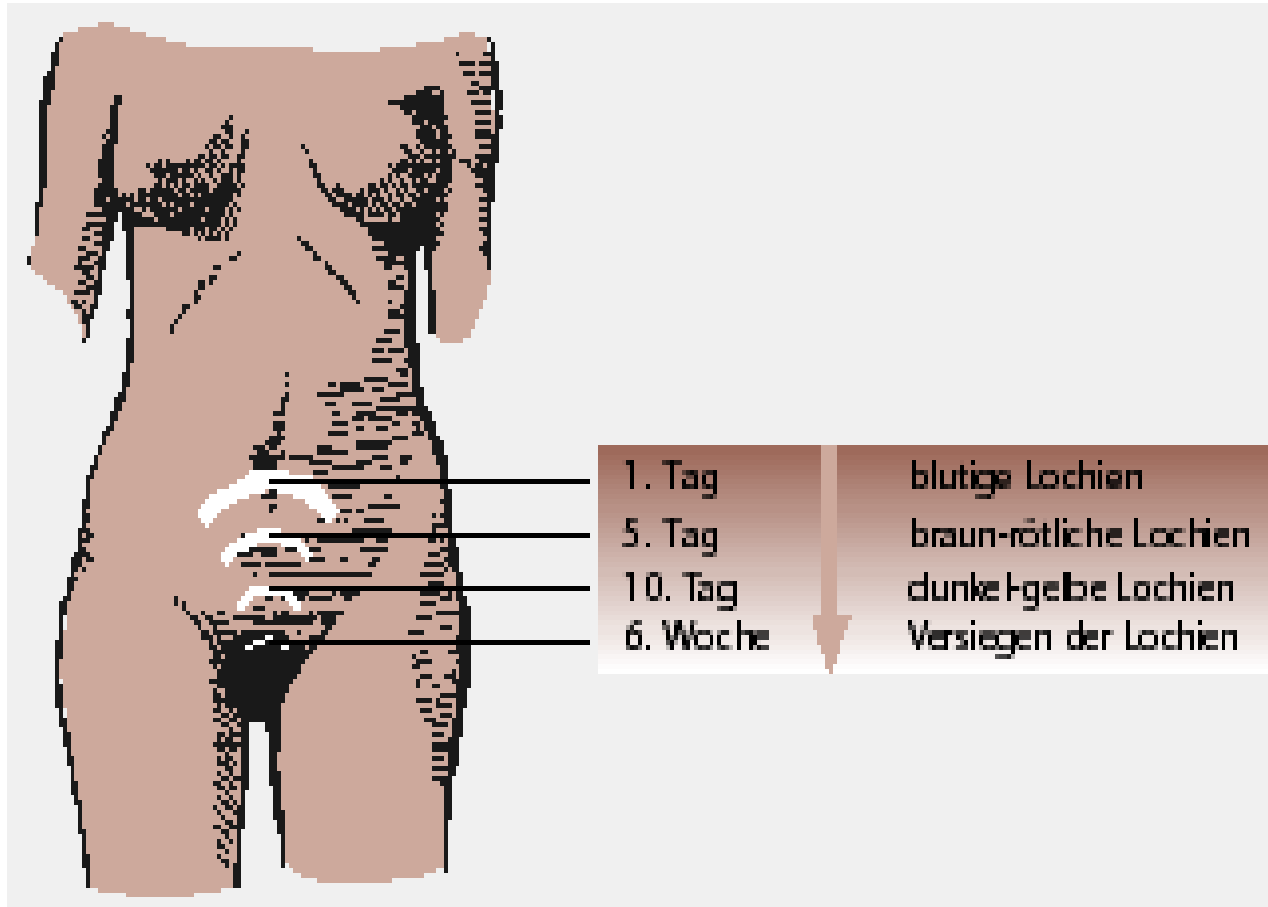
# Definition

„Das Wochenbett (lat. puerperium ) beginnt nach der Geburt mit der Ausstoßung der Plazenta und dauert 6-8 Wochen.

In dieser Zeit erfolgt die Rückbildung aller schwangerschaftsbedingten Veränderungen sowie die Wundheilung an den inneren und äußeren Genitalorganen.

Außerdem kommen die Milchproduktion (Laktation) und das Stillen in Gang und die Eierstöcke nehmen ihre Funktion (Ovarialfunktion) wieder auf.“





1. Tag	blutige Lochien
5. Tag	braun-rötliche Lochien
10. Tag	dunkel-gelbe Lochien
6. Woche	Versiegen der Lochien

Uterusgewicht	1000-1500g
	500g
	350g
	70g

In den ersten drei Tagen p.p.: Tiefertreten um je 1 QF / Tag



- Lochien: 200-500ml in 2 – 6 Wochen

Zeitraum	Bezeichnung	Aussehen
1. Woche	Lochia rubra	Rein blutig
2. Woche	Lochia fusca	Bräunlich und dünnflüssiger als in Woche 1
3. Woche	Lochia flava	Gelb (nekrotisches Zellmaterial der Uterusinnenwand)
4. Woche	Lochia alba	Grau-weiß, wässrig-serös



# Subinvolutio uteri

- Def.: Involutio uteri unter 1 QF / die
- Urs.: Überdehnung des Uterus, Immobilität, Nicht-Stillen, Placentarreste, Lochialstau
- Therapie.:
  - Erweiterung des CK, Mobilisation,
  - Uterotonika: 10IE Oxytocin in 500ml Ringerl.+ Ibuprofen oder 2x200µg Misoprostol p.o. /3Tage (off label)
  - Bei fester Portio: ggf. Einlage eines Blasenkatheters und folgenden Uterotonika + Schmerztherapie
  - Kein Methergin - Stillhindernis
- Cave Curettage im Wochenbett – Ashermann Syndrom
- Wenn keine Besserung in den ersten Tagen, dann an Endometritis denken!



# Verstärkte Lochien

- Def.: Lochien, die länger als 2 Wochen blutig sind
- Ursachen: Placenta- Eihautreste, Endo- oder Endomyometritis, Geburtsverletzungen
- Klinik:
  - Uterus vergrößert, weich oder fest?
  - Uteruskantenschmerz?
  - Lochien foetide?
  - Fieber?
- Diagnostik
  - Labor (BB, CRP)
  - Temperatur messen
  - SpekulumEinstellung
  - Sonografie





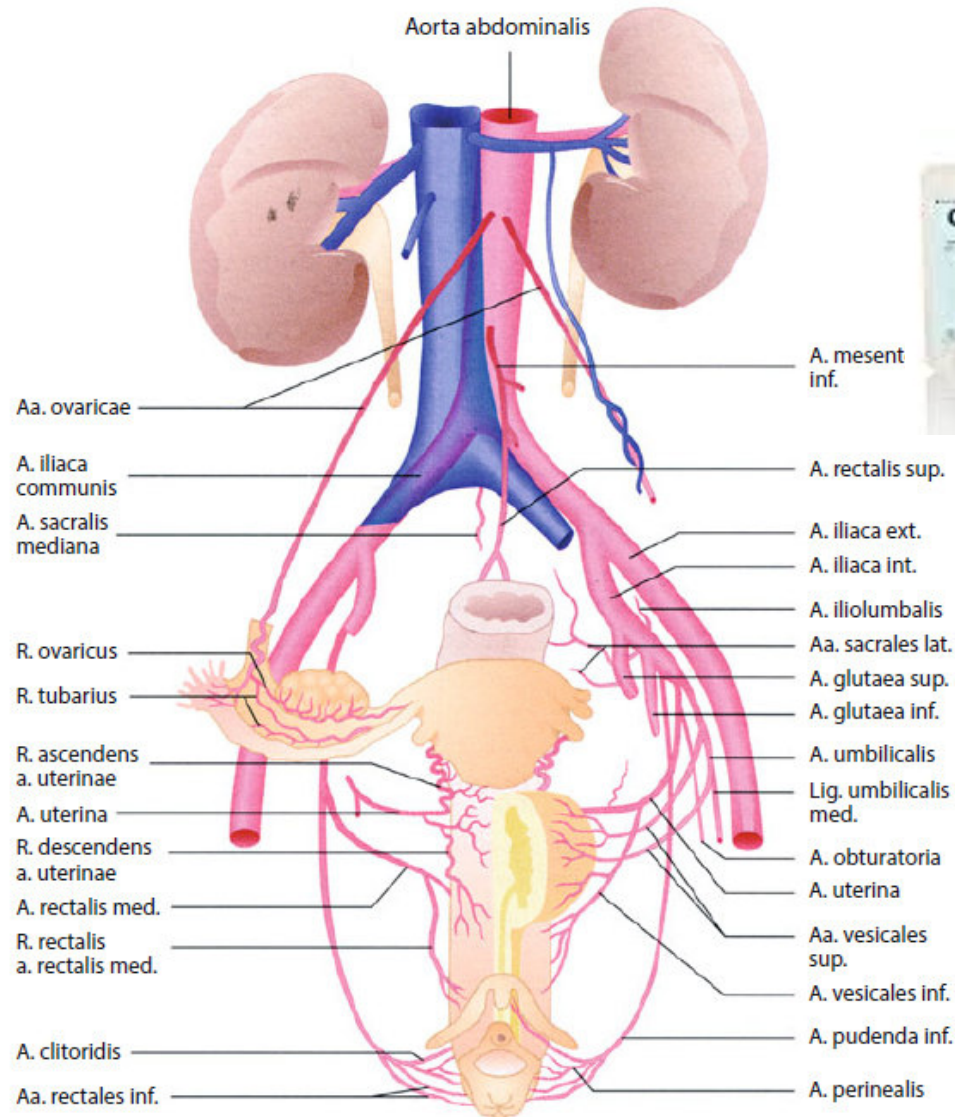


Abb. 1.6 Arterielle Gefäßversorgung der weiblichen Geschlechtsorgane, der Harnblase und des Enddarms mit ihrem Quellgebiet. (Aus Diedrich 2007)



# Schmerzhafter Damm

- Urs.: Dehnung und Verletzung des Dammes
- Sympt.: Schmerzen beim Sitzen und Stehen, Husten Lachen, Niesen, Dysurie
- Th.: Coldpacks, Arnicatüchlein, Calendulaöl – Kompressen,
- Voltaren supp, Ibuprofen



# Spätere Scheidenprobleme

## ● Dypareunie

- rel. Östrogenmangel
- enge Nähte
- Therapie: Aufklärung, Gleitgel, Revision?

## ● Flatus vaginalis.

- Hörbares Entweichen von Luft aus der Scheide durch unzureichenden Verschluss des unteren Scheidendrittels und Ausdehnung des oberen Drittels
- Therapie: Beckenbodengymnastik



# Harnverhalt post partum

- Def.: Unfähigkeit, innerhalb von 6 Stunden nach der Geburt oder nach Entfernung des Katheters zu miktionieren.
- Restharn: 100 bis 150 ml nach Spontanmiktion (1, 3, 4).
- Inzidenz 0,18% bis 14,6%
- Risikofaktoren:
  - protrahierte Austreibungsphase, instrumentelle Geburt , höhergradige Dammriss) und Episiotomie,
  - hohes Geburtsgewicht
  - systemische Narkotika),
  - Nulliparität , Epiduralanästhesie
  - Sectio (v.a. sekundär nach Geburtsstillstand
  - und asiatische Herkunft

[https://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Gynaekologie/Gynaekologie\\_Nr\\_1\\_2016.php](https://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Gynaekologie/Gynaekologie_Nr_1_2016.php): Mohr St- Radan A. Postpartale Inkontinenz und Harnverhalt



# Harnverhalt post partum

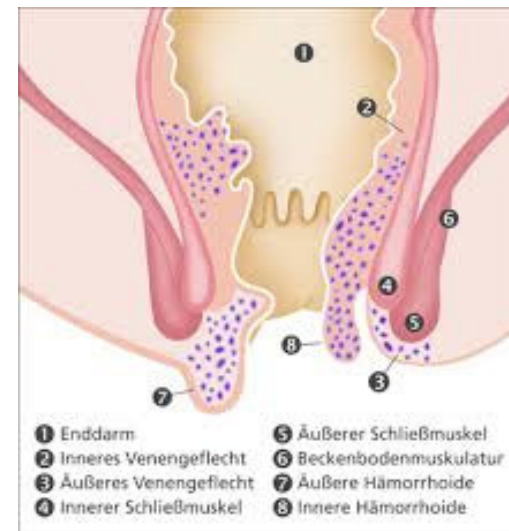
- Therapie:
  - Monitoring!
  - Anhalten die Blase zu entleeren
  - Haltung auf der Toilette
  - Ibuprofen, Spasmolytika???
  - Dauerkatheder – Einmalkatherisierung

[https://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Gynaekologie/Gynaekologie\\_Nr\\_1\\_2016.php](https://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Gynaekologie/Gynaekologie_Nr_1_2016.php): Mohr St- Radan A. Postpartale Inkontinenz und Harnverhalt



# Hämorrhoiden

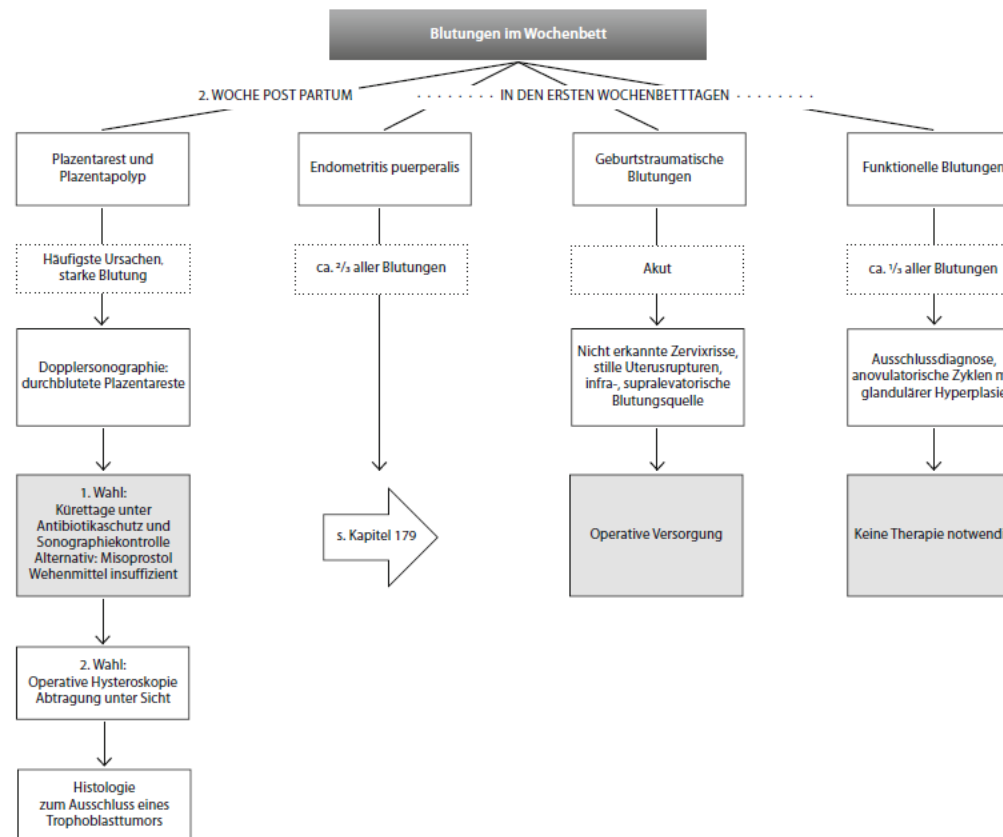
- Prävalenz (in den ersten 8 Wochen p.p.): 30%
- Therapie
  - Ballaststoffreiche Ernährung
  - Magnesiocard-Granulat. In hartnäckigen Fällen zusätzlich Paragol (Paraffinum liquidum) (20 ml 1–3× p.o./Tag)
  - Kompressen auflegen, diese evtl. mit folgenden Essenzen: Myrte Schafgarbe oder Zypresse beträufeln. Eiswürfel (nicht zu lange) auflegen, Salben und/oder kühle Sitzbäder mit den oben genannten Essenzen.
  - Suspensorien
  - Lokalinzision

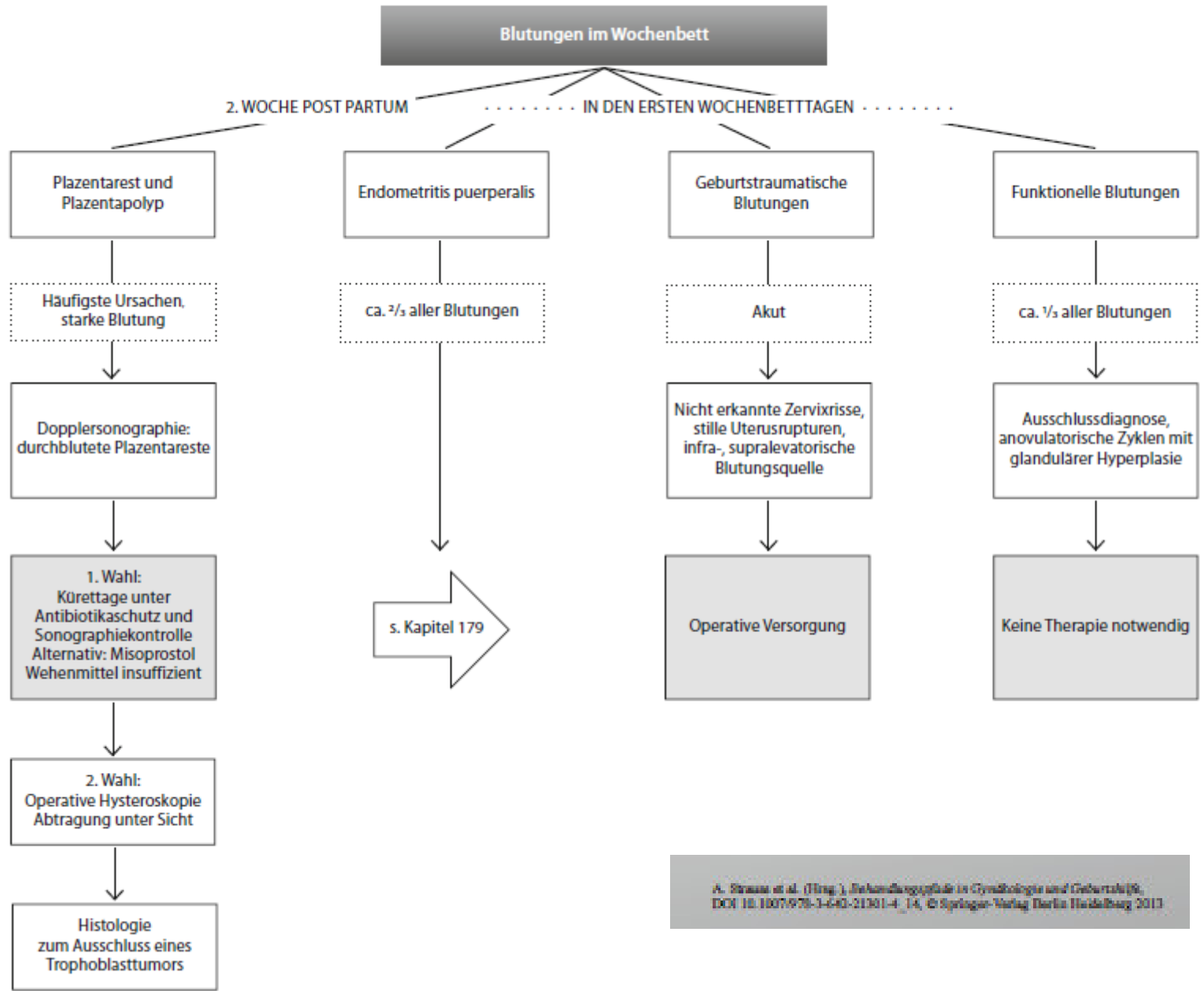


<https://www.internisten-im-netz.de/media/orig/iin/grafiken/haemorrhoiden-krank-72dpi.jpg>



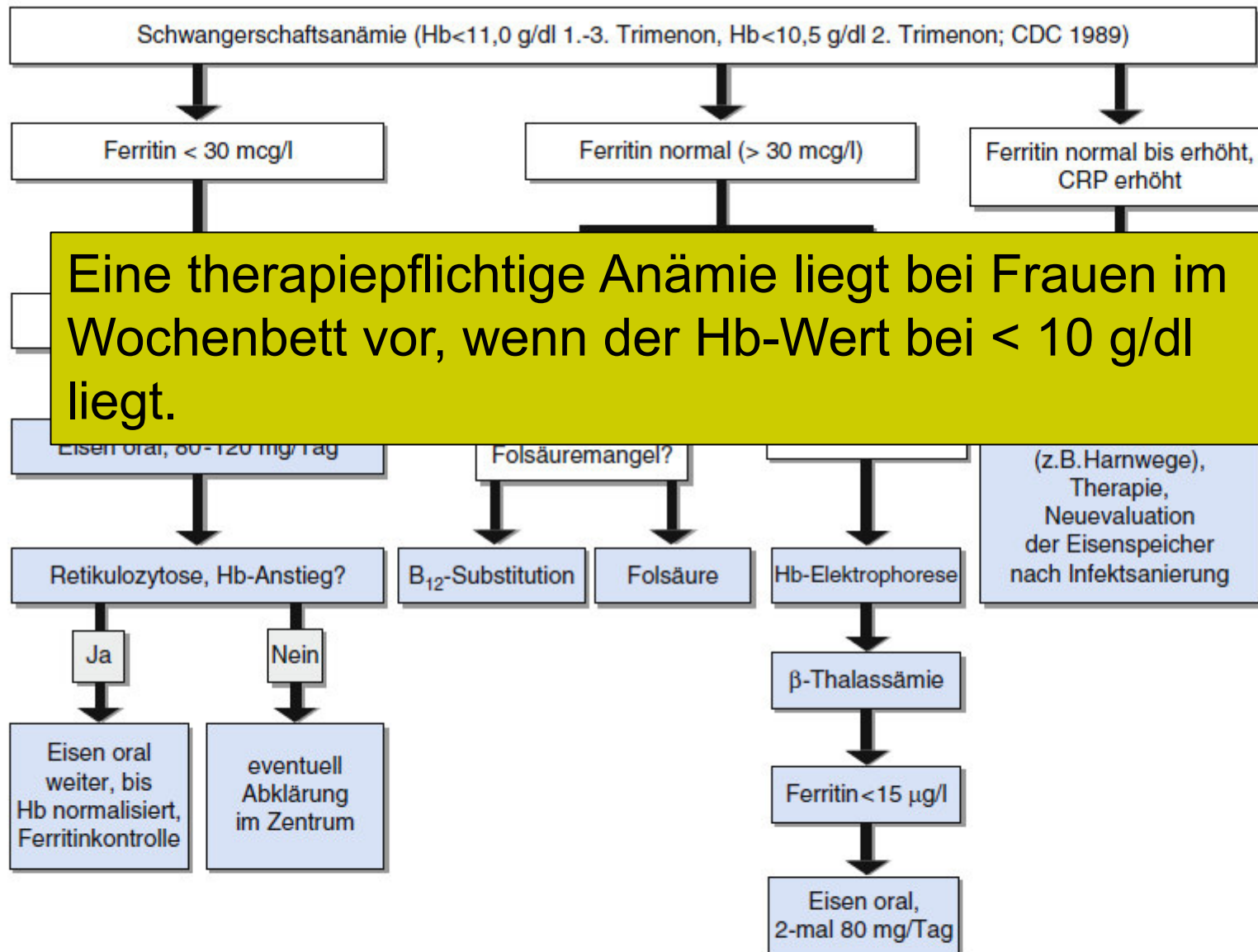
# Blutungen post partum





A. Strauss et al. (Hrsg.), *Behandlungsguide in Gynäkologie und Geburtshilfe*, DOI 10.1007/978-3-640-21301-4\_14, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013





**Abb. 1** Algorithmus zur Abklärung einer Anämie in der Schwangerschaft, primär anhand der Hämoglobinkonzentration und des Serumferritins. (Adaptiert nach Daten der Centers of Disease Control 1989)

# Anämie

**Tab. 1** Stufenschema der Anämietherapie in der Schwangerschaft nach dem Expertenbrief Nr. 22 der SGGG (Breymann et al. 2009)<sup>a</sup>

Hb (g/dl)	Gruppe A 9,1–10,5 g/dl	Gruppe B ≤9,0 g/dl	Gruppe C <9,0 g/dl
Management (Ziel-Hb >10,5 g/dl)	Fe-II-Salz oder Fe-III-Komplex, 160–200 mg/Tag, nüchtern, fraktioniert	Eisen-III-Saccharat 200 mg i.v. 2×/Woche	rhEPO (Eprex) 300 IU/kg KG i.v. 2×/Woche + Eisen-III-Saccharat (Venofer) 200 mg i.v. 2×/Woche
Kein Ansprechen: Hb-Anstieg <1 g/dl nach 14 Tagen	Eisen-III-Saccharat 200 mg i.v. 1–2×/Woche	Falls kein Ansprechen auf Eisen i.v. allein → Wechsel auf Gruppe C	Fremdblutgabe erwägen

<sup>a</sup>Alternativ zu Eisensaccharat kann Eisencarboxymaltose in äquivalenter Dosis verwendet werden. Es liegen aber noch keine grösseren kontrollierten Studien in der Schwangerschaft vor

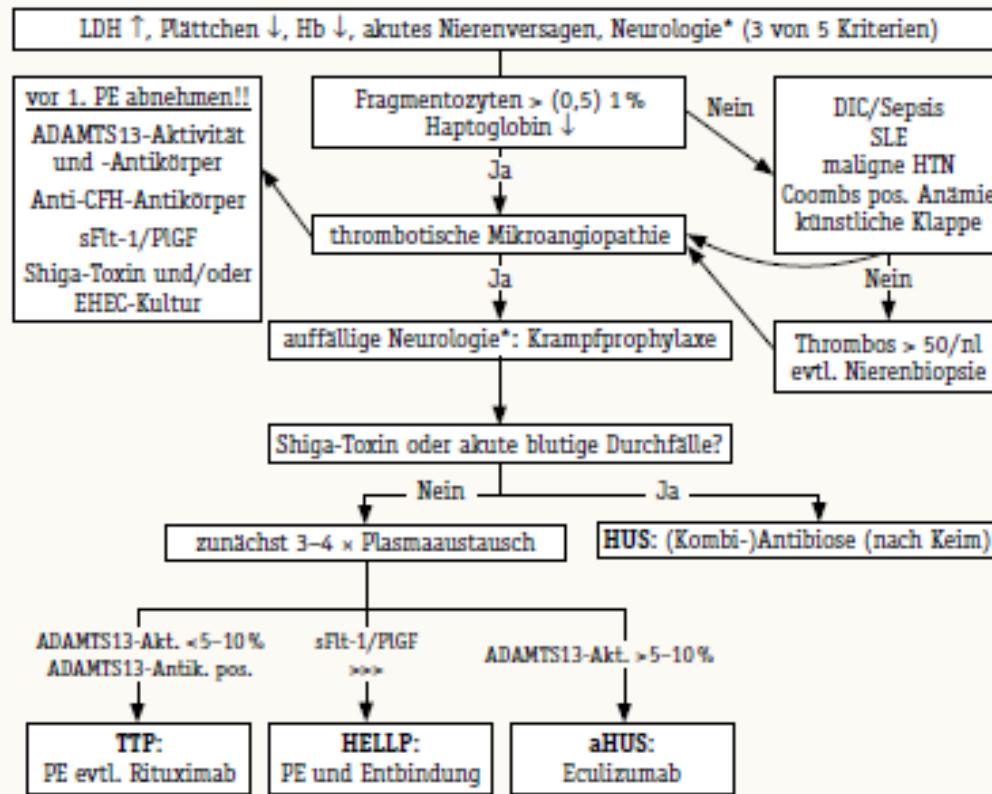
Hb p.p. [g/dl]	>9,5	8,6–9,5	6,0–8,5	<6,0
Therapie	Fe oral 80–200 mg/Tag (Fe-II-Salz oder Fe-III- Komplex)	Eisensaccharat i.v. (Venofer) 200 mg i.v./Tag; an 2 Tagen	Eisensaccharat i.v. (Venofer) 200 mg i.v./Tag; an 4 Tagen	»Kritischer Hb-Wert«, evtl. Erythrozytenkonserven; dann rhEPO (150 IU/kg KG i.v.) + Venofer 200 mg i.v. an 4 Tagen



# Schwangerschafts-assoziiertes aHUS (atypisches [Komplement-vermitteltes] hämolytisch- urämisches Syndrom)



**Diagnostik- und Therapiealgorithmus:  
TMA in der Schwangerschaft**



LDH: Laktatdehydrogenase, Hb: Hämoglobin, DIC: disseminierte intravaskuläre Gerinnungsstörung, SLE: systemischer Lupus erythematodes; HTN: Hypertonie, CFH: Komplement-Faktor H; sFLT-1: soluble fms-like tyrosine kinase-1, PlGF: Placental Growth Faktor; EHEC: enterohämorrhagische E. coli; HUS: hämolytisch-urämisches Syndrom; TTP: thrombotisch-thrombopenische Purpura; HELLP: HELLP-Syndrom, \* = Krampfanfall, fokales neurologisches Defizit, Somnolenz/Stupor

Abb. 2: Intravasale Hämolyse in den kleinen Gefäßen und daraus resultierende Symptome sind typisch für alle Formen der hämolytischen Anämie. Durch weitergehende Diagnostik lassen sich die Formen unterscheiden und können dann entsprechend therapiert werden.



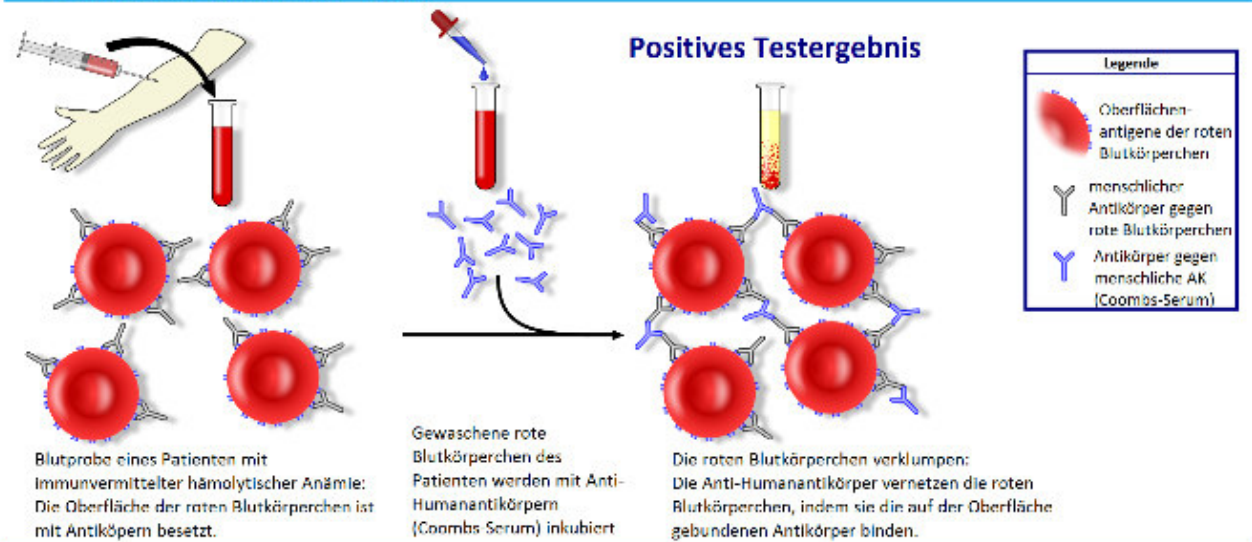
# Rh- Prophylaxe



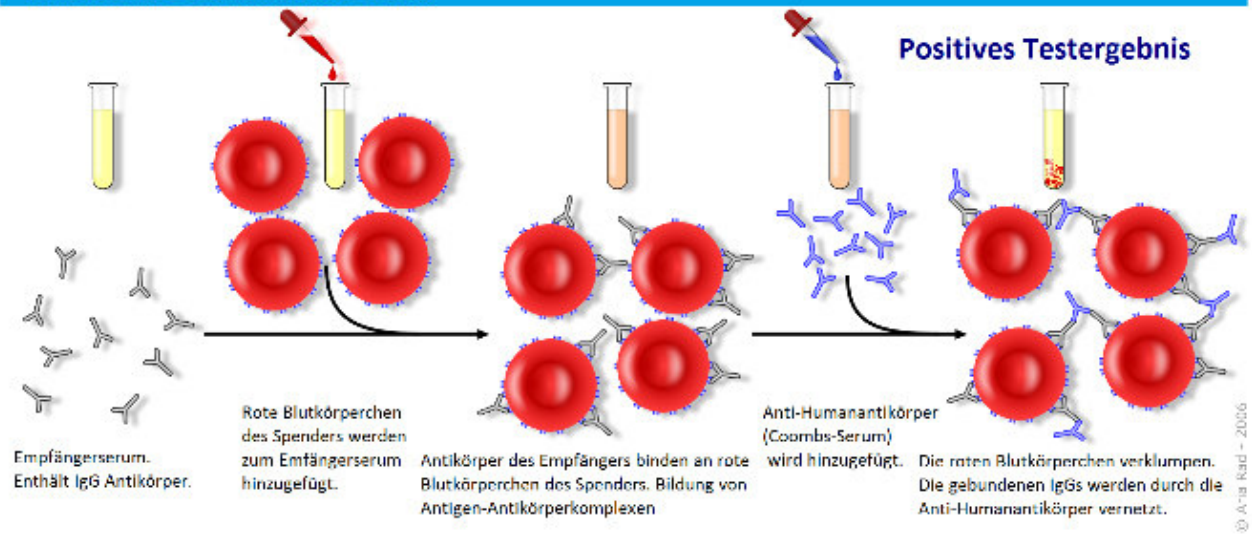
- 18% Rh neg ca. 10% der SW rh neg Mutter bei pos. Kind
- Prophylaxe: 300µg Anti-D (=25ml fetalem Blut) innerhalb 72h
  - 1,5ml Partobulin i.m.
  - 3ml Rhesogam i.m.
  - 2ml Rhophylac 300 i.v. oder i.m
- Kontrolle HbF > 3‰ -> Nachimmunisierung
- Indirekter Coombs Test negativ nach 5. Tag oder 9 Monaten



## Direkter Coombs Test



## Indirekter Coombs Test



[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/92/Coombs\\_test\\_schema.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/92/Coombs_test_schema.png)

## Fieber im Wochenbett

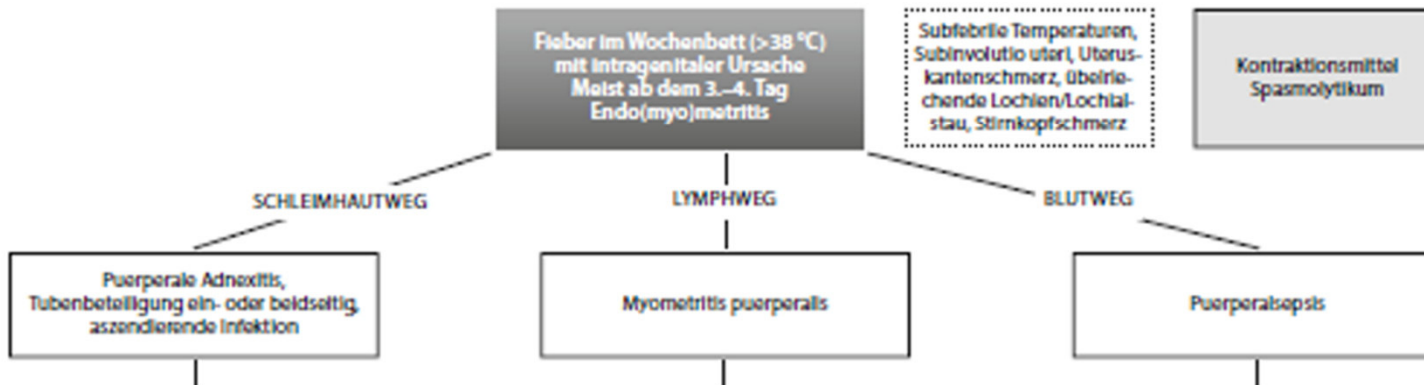
- Def.: nach dem ersten Tag über 2 Tage > 38°C bis zum 48. Tag p.p.

Jedes Fieber im Wochenbett ist grundsätzlich als gefährlich einzustufen und muss abgeklärt werden!



# Fieber

## 14.2.1 Intra-genitale Ursache



A. Strauss et al. (Hrsg.), *Behandlungshandbuch in Gynäkologie und Geburtshilfe*, DOI 10.1007/978-3-642-21301-4\_14, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013



# Fieber

## 14.2.2 Extragenitale Ursache



A. Strauss et al. (Hrsg.), *Behandlungspfade in Gynäkologie und Geburtshilfe*, DOI 10.1007/978-3-642-21301-4\_14, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013





# Puerpuralsepsis

! Der optische Eindruck einer Wöchnerin mit anfänglich gutem, rosigem Aussehen vertuscht oft die beginnende heimtückische Infektion.

- Cave: Schock mit Multiorganversagen



# Puerpuralsepsis

- Fulminantes Fieber
- Druckschmerzhafter Uterus oder/ und Beckenschmerzen
- Übelriechende Lochien evtl.Pusabgang
  
- Körperliche Untersuchung
- Labor (BB, Thrombozytenzahl, CRP, Gerinnung, Laktat)
- Urinmenge?
- CK-Abstriche
- Erreger: Streptokokken Gruppe A oder B, Staphylokokken u.a.
- Th.: Intensivstation, Flüssigkeitssubstitution (1-3l Ringer), Thromboseprophylaxe, ggf. chirurgischen Maßnahmen
- Antibiose: zB Amoxicilin plus Clavulansäure 3 X 2,2g /die i.v.
- Wenn nach 24 Std. keine Besserung plus Metronidazol und ggf. Gentamicin



# Ovarialvenenthrombose

- Inzidenz:
  - 0,01% nach Spontanpartus
  - 0,1 % nach Sectio
  - 1-2 % nach Sectio und Endometritis
- 90% treten in den ersten 10 Tagen auf (Peak 2)
- 90% rechte Seite betroffen
- Anfänglich unspezifische Symptome
  - Dysurie, Blähungen oder rechtsseitigen Unterbauchschmerz

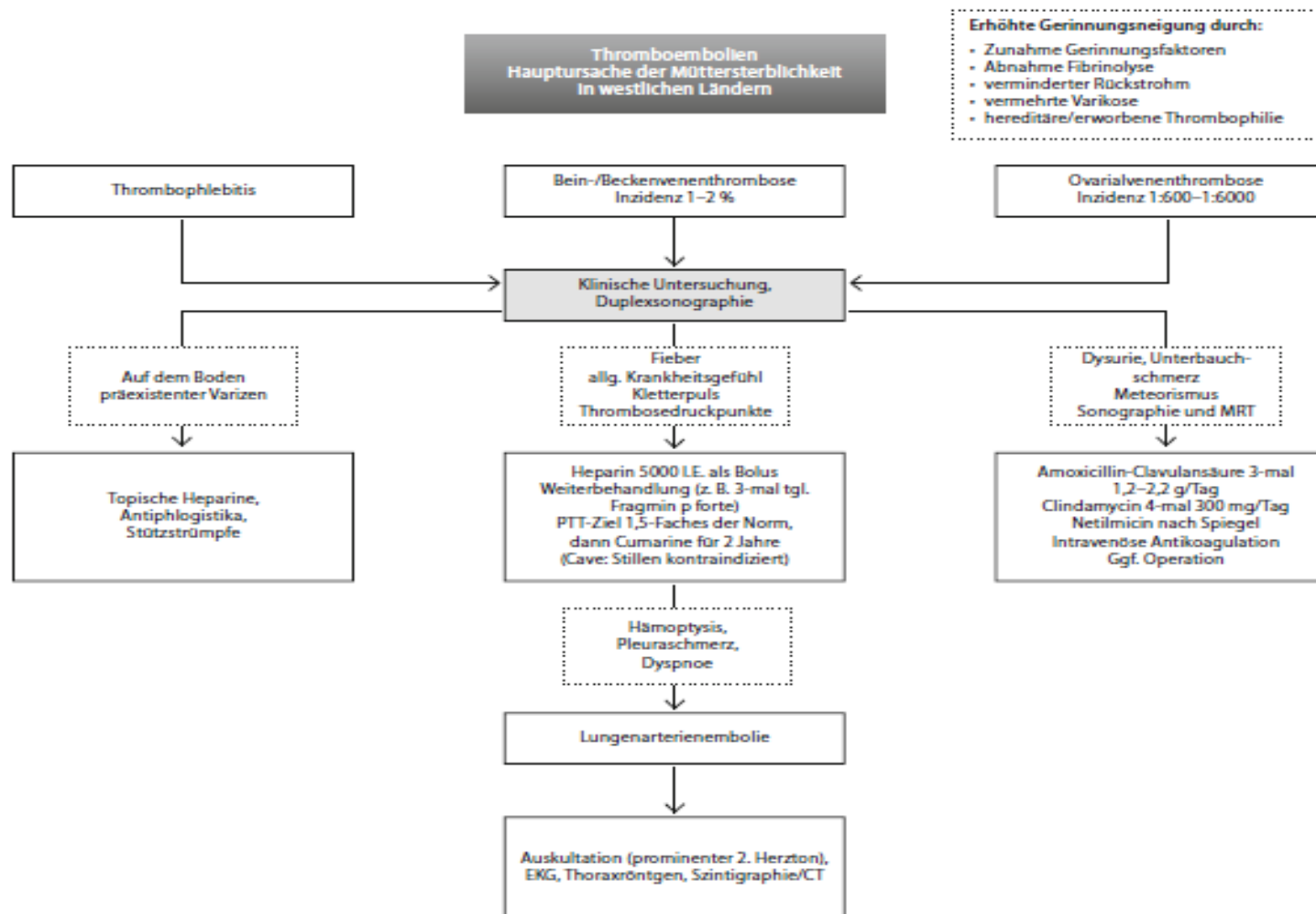


# Ovarialvenenthrombose

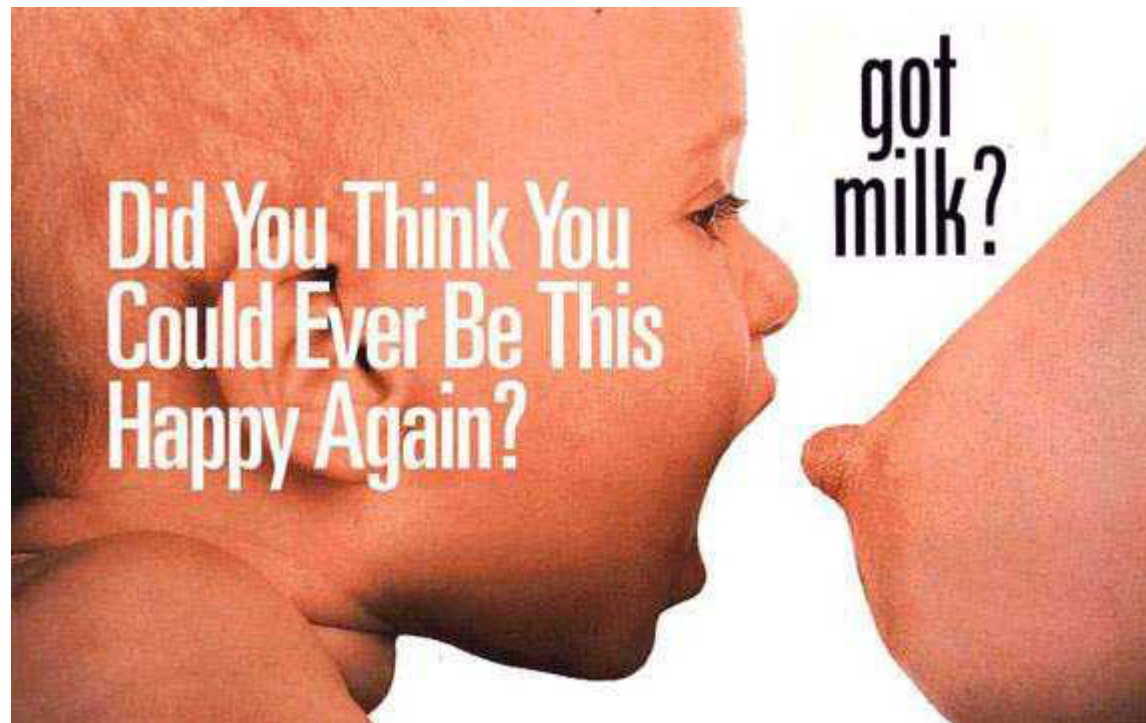
- Diagnose:
  - Ultraschall, CT, MRT
- Therapie:
  - Zweier- oder Dreierkombination mit Amoxicillin-Clavulansäure 3×1,2 g/Tag bis 3×2,2g/Tag i.v., Clindamycin 4×300 mg/Tag i.v. und ggf. Gentamicin 300 mg/Tag i.v.
  - Therapeutische Heparinsierung



# Thrombose, Embolie

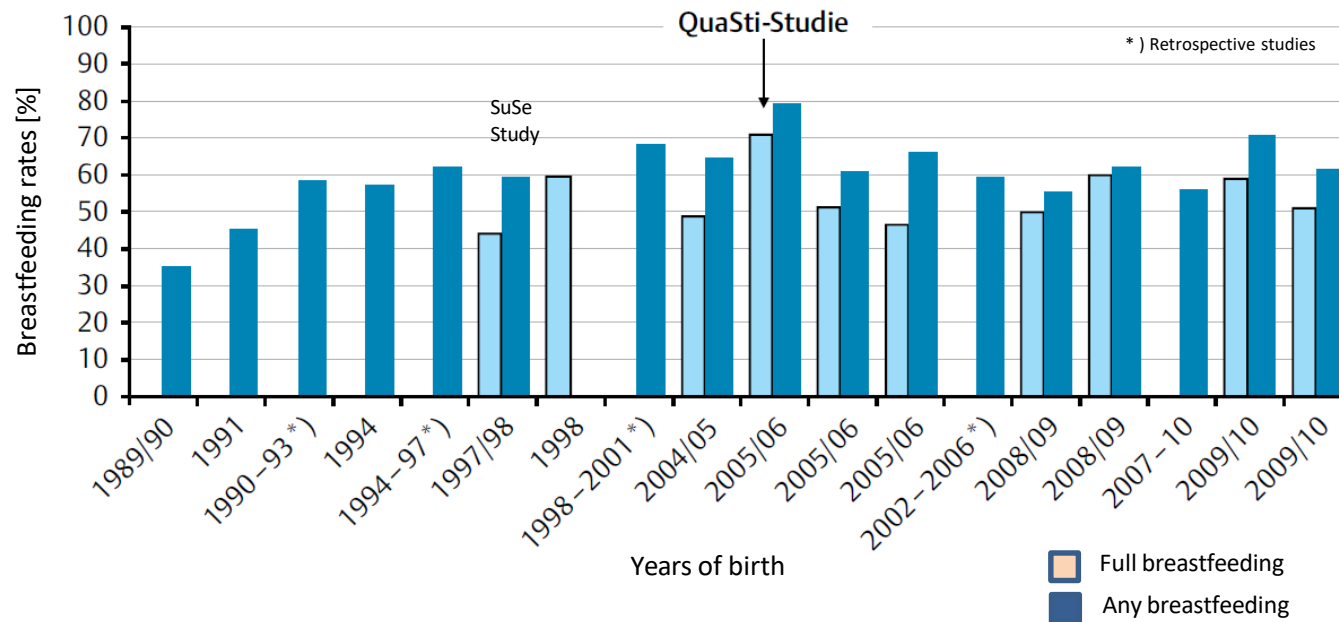


# Probleme mit der Laktation



## Stilldauer in Deutschland

### Breastfeeding rates at 4 months



Weissenborn, Abou-Dakn et al. Gesundheitswesen 2015]

Becoming breastfeeding friendly in Germany, 26.07.2017

3  
4



# 1. Initiale verstärkte Brustschwellung (engorgement)



# Therapie

## Verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung

### Klinischer Konsensuspunkt

Trotz der Schwellung der Brust soll eine regelmäßige Entleerung der Brust erfolgen. Eine Brustwarzenverletzung ist zu vermeiden. (KKP).

starker  
Konsens  
(9/9)

### Klinischer Konsensuspunkt

Bei Vorliegen einer starken Schwellung im Bereich der Areola kann die *Reverse Pressure Softening* Technik eingesetzt werden, um ein korrektes Anlegen des Kindes zu erleichtern (KKP).

starker  
Konsens  
(9/9)



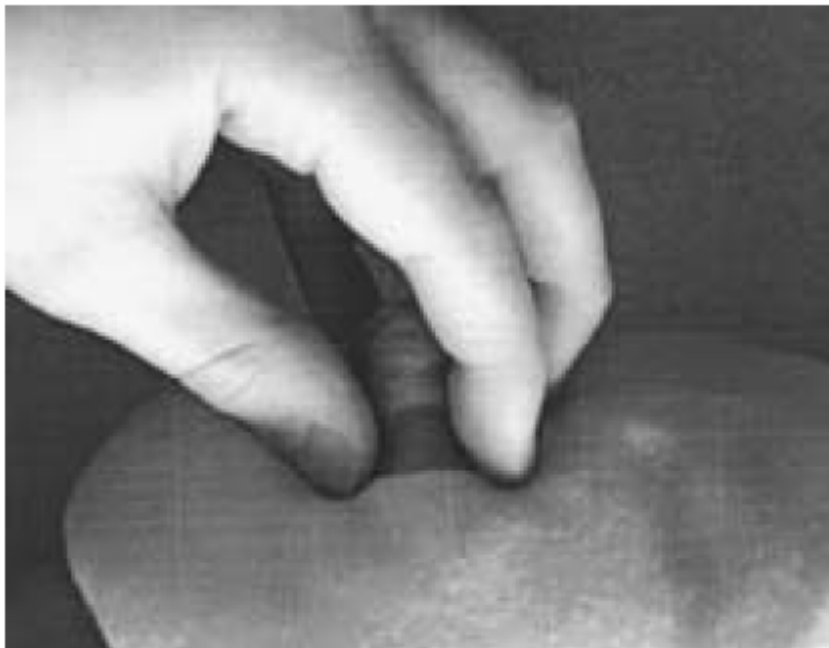
# Reverse Pressure Softening: A Simple Tool to Prepare Areola for Easier Latching During Engorgement

K. Jean Cotterman, RNC, IBCLC

J Hum Lact 20(2), 2004

DOI: 10.1177/0890334404264224

- One Hand Method



- Two Hand Method



# Therapie

## Verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung

### evidenz- und konsensbasierte Empfehlung

Aufgrund der unzureichenden bzw. fehlenden Datenlage kann derzeit der Einsatz folgender Verfahren hinsichtlich einer Nutzen-Schaden-Abwägung nicht beurteilt und daher derzeit keine Empfehlung für oder gegen diese Maßnahmen ausgesprochen werden (0):

- Auflage von Kohlblättern
- Auflage von Kühlkissen
- Auflage von Quark (topisch)
- Retterspitz (topisch)
- Akupunktur
- Tiefdruckmassage
- Massagen nach Plata Rueda oder Marmet
- therapeutischer Ultraschall

starker  
Konsens  
(9/9)

### Klinischer Konsenspunkt

Aufgrund langjähriger Erfahrungen aus der Praxis können Auflagen in Form von Kühlkissen, Kohlblättern oder Quark sowie die Anwendung einer Tiefdruckmassage zur symptomatischen Behandlung eingesetzt werden (KKP).

starker  
Konsens  
(9/9)



# Therapie

## Verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung

### Klinischer Konsensuspunkt

Nichtsteroidale Antiphlogistika (z.B. Ibuprofen) können zur Schmerzlinderung eingesetzt werden (KKP).

starker  
Konsens  
(9/9)



# Wunde Brustwarzen



# Wound score for nipple changes

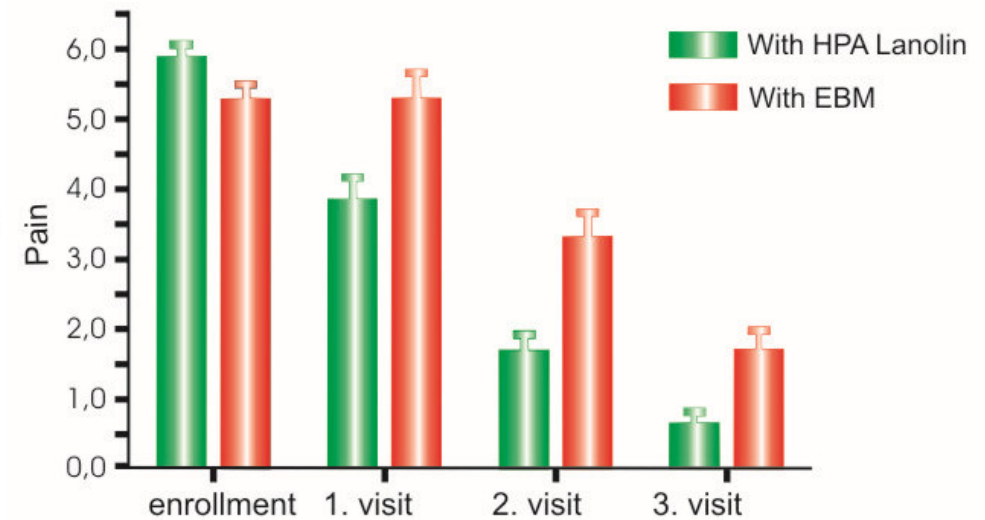
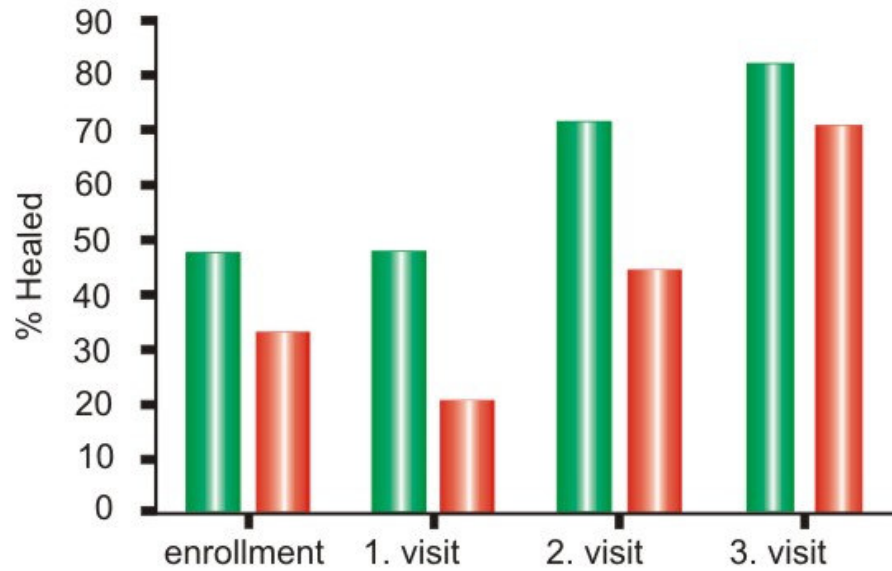
<b>Wundscore für Mamillenveränderungen</b>		
o)	keine makroskopischen Veränderungen	
I)	Erythem oder Ödem oder oberflächige Bläschenbildung; oder Kombinationen aus diesen ohne weitere Hautdefekte	
IIA)	oberflächlicher Hautdefekt mit/ohne Schorf/Sekretion (Erosionen, Schürfungen) < 1/4 der Mamillenfläche	
IIB)	oberflächlicher Hautdefekt mit/ohne Schorf/Sekretion > 1/4 der Mamillenfläche	
IIIA)	tiefer Hautdefekt mit/ohne Schorf/Sekretion (Exkoration, Ulcera) < 1/4 der Mamillenfläche	
IIIB)	tiefer Hautdefekt mit/ohne Schorf/Sekretion > 1/4 der Mamillenfläche	

Abou-Dakn, M. Wöckel, A. Schumann M.,: „Entwicklung eines Wundscores zur Beurteilung von stillabhängigen Mamillenveränderungen“ Archives of Gynecology and Obstetrics, September 2004 S1 (270) 176 DGGG



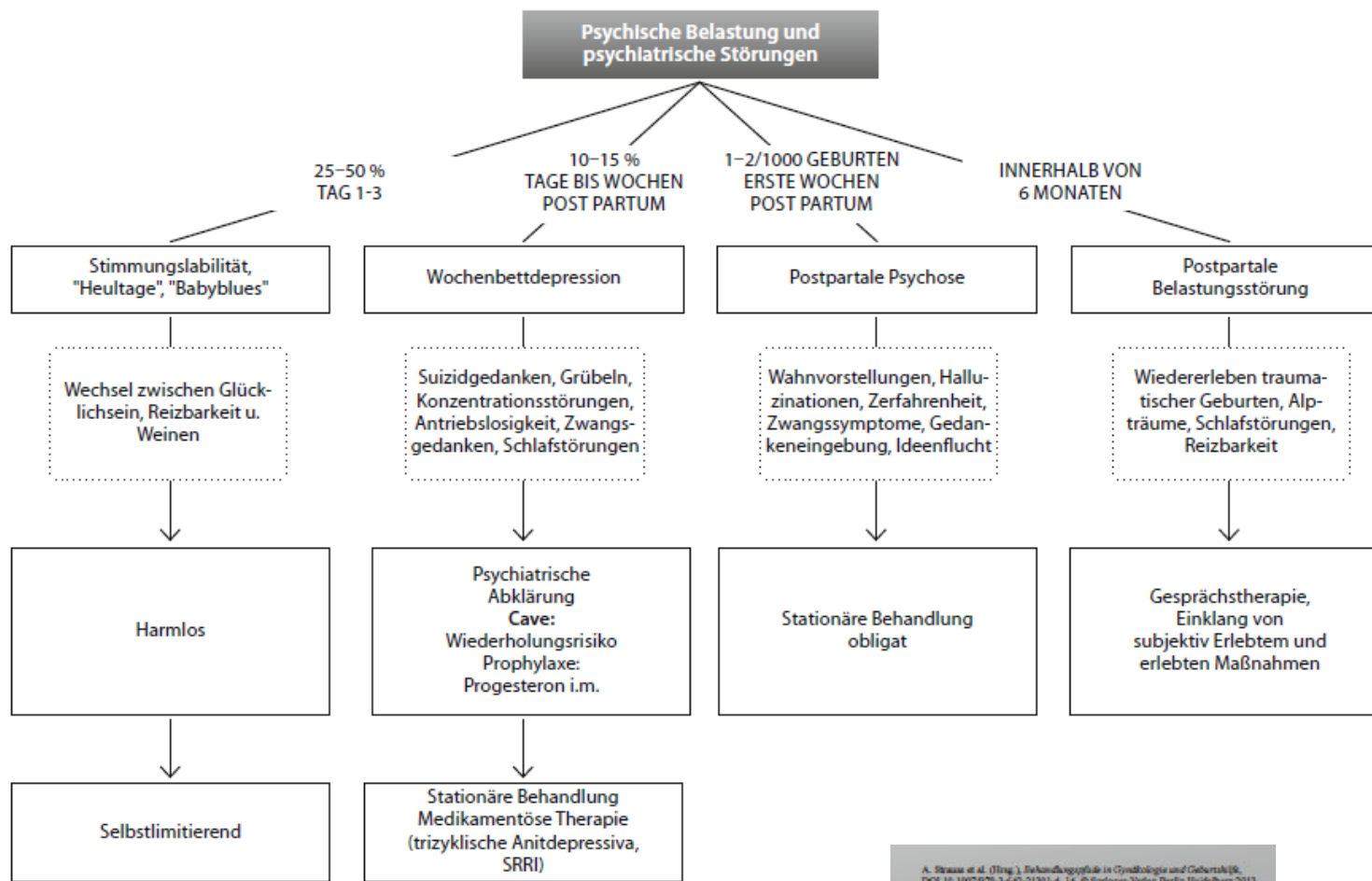
# THE EFFECTS OF HPA LANOLIN VS. EXPRESSED MILK ON PAINFUL AND DAMAGED NIPPLES OF BREAST-FEEDING MOTHERS

## A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL



Abou-Dakn, Wöckel Skin Pharmacol Physiol 2011;24:27–35

# Psychische Veränderungen



A. Strass et al. (Hrsg.), Behandlungsguide in Gynäkologie und Geburtshilfe, DOI 10.1007/978-3-642-21301-4\_14, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013



# Bindungsorientierte Geburtshilfe



## BFI-BEST®-Standard Schritt 4

Es Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten Lebensstunde nach der Geburt Hautkontakt zu haben und möglichst anzulegen.



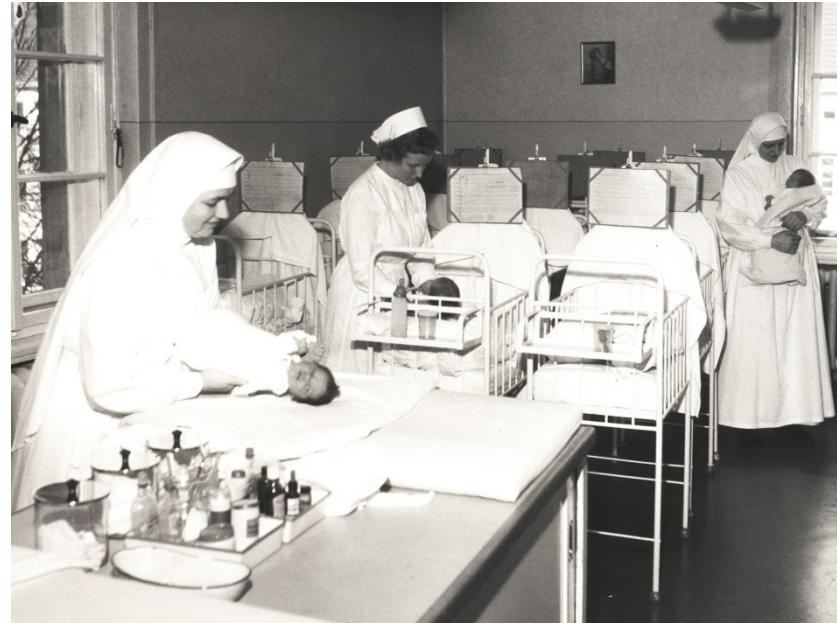


BFI-BEST® - Standard Schritt 7:

# 24 Std. Rooming-in fördern



# SJK





## Frauenklinik Mariendorfer Weg

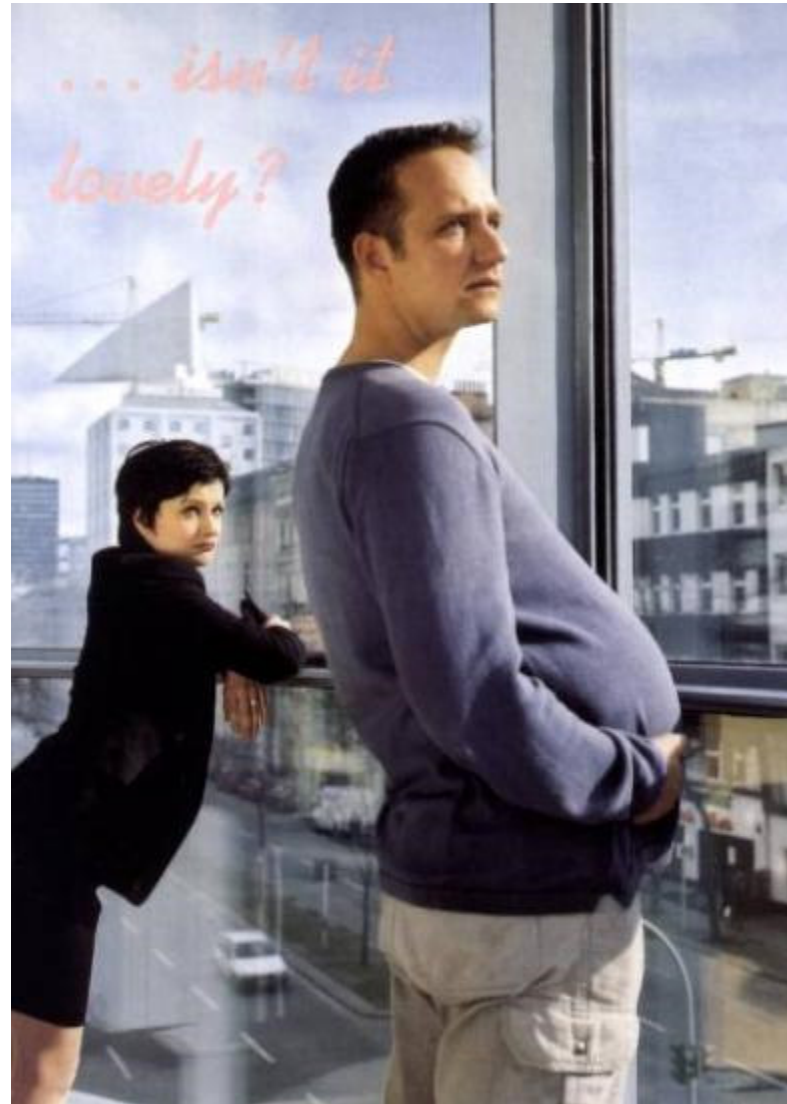


# 24 Stunden Rooming – In fördern

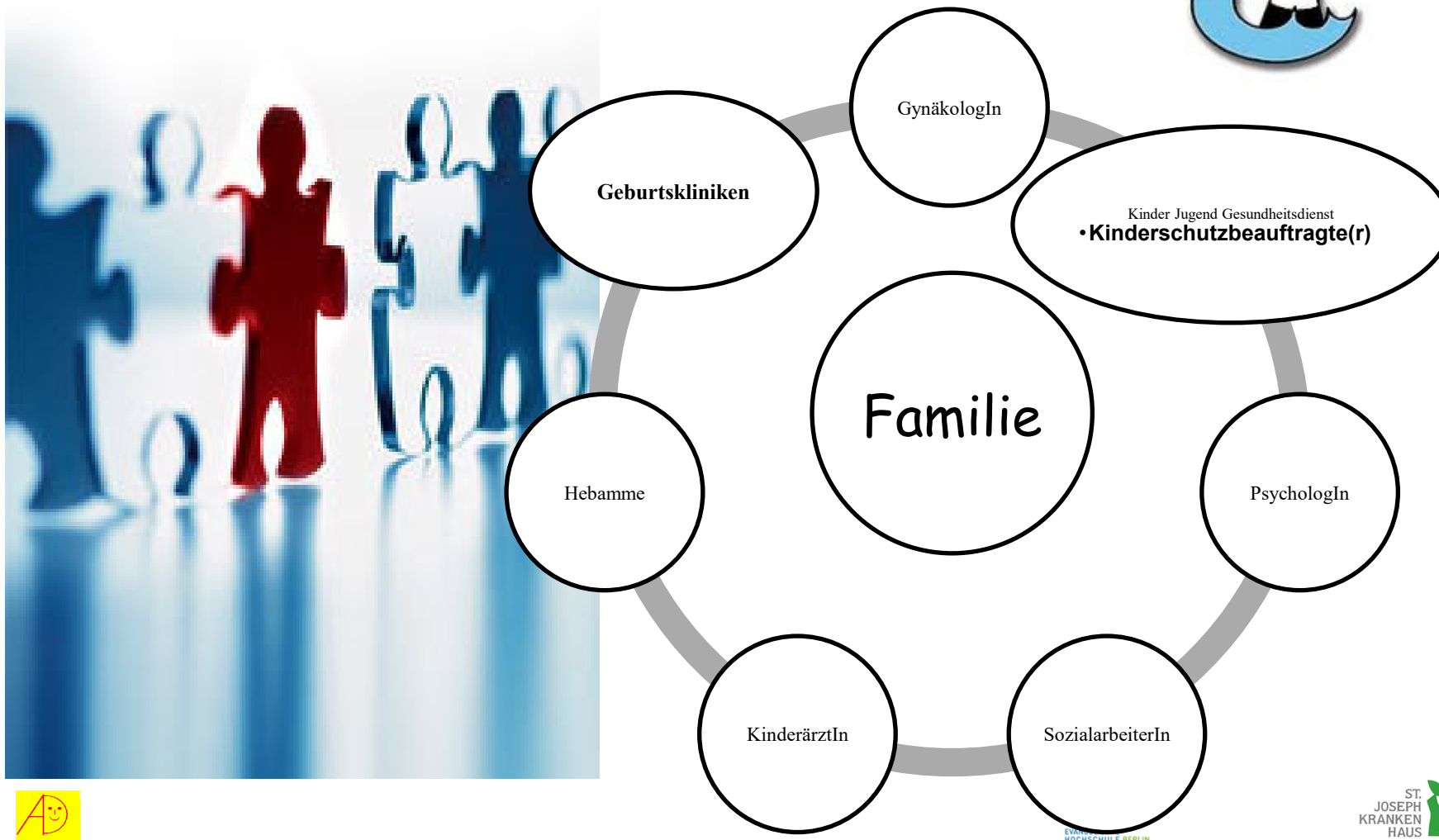
- 24 Std. Rooming – In ohne Einfluss auf die Schlafstunden und Qualität des Schlafes (Keefe 88)
- 24 Std. Rooming – In ohne Einfluss auf die Schlafstunden oder Müdigkeit am Tag ( Waldenström 91)
- Kinder sind signifikant mehr Licht und Lärm in der Kinderzimmergruppe ausgesetzt. RR und Puls sind deutlich erhöht (Keefe 87)
- Vermuteter Effekt auf SID







# Aufgaben der Wochenbettstation





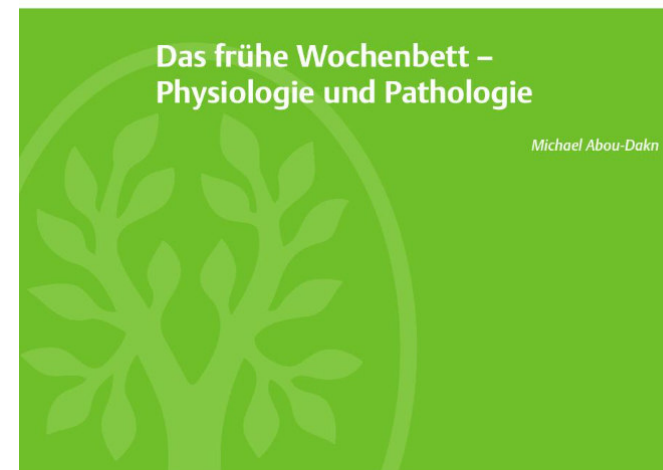
Lasst uns bessere Wochenbettstationen entwickeln  
oder diese schließen!



# Danke für Ihr Interesse!

Frauenheilkunde *up2date*  
6 · 2018

Geburtshilfe und Perinatalmedizin 3



VNR: 2760512018154654891  
DOI: 10.1055/s-0043-122722  
Frauenheilkunde up2date 2018; 12 (6): 567–578  
ISSN 1439-3719  
© 2018 Georg Thieme Verlag KG

 Thieme



[michael.abou-dakn@sjk.de](mailto:michael.abou-dakn@sjk.de)

  
EVANGELISCHE  
HOCHSCHULE BERLIN  
B.Sc. of Midwifery

  
ST.  
JOSEPH  
KRANKEN  
HAUS  
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe