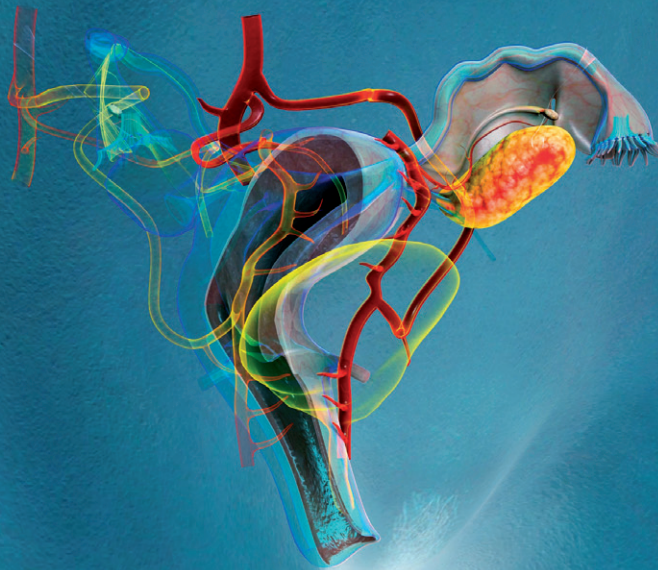


Deszensus



© SPL, picturestock.com

Die wichtigste Entwicklung in der Deszensuschirurgie war die Einsicht, dass nicht das anatomische Resultat zählt, sondern dass die Operationen daran gemessen werden, wie sehr sie die Lebensqualität der betroffenen Frauen positiv beeinflussen.

Von Paul Riss et al.*

Aktuelle Entwicklungen

Fallbeispiel

Bei einer heute 64-jährigen Frau wurde vor zehn Jahren der Uterus exstirpiert. Seit etwa einem Jahr spürt sie Senkungsbeschwerden und bemerkt einen „Fremdkörper“ wie einen Tennisball vor den Schamlippen. Sie ist bei der Gartenarbeit behindert und beim Gehen durch die Vorwölbung belästigt, Radfahren kann sie überhaupt nicht mehr. Den Harn kann sie gut halten und den Stuhl ohne Probleme absetzen. Nachts im Bett rutscht die Vorwölbung in die Scheide zurück und die Patientin kann gut schlafen.

Einleitung

Unter Deszensus oder Vorfal versteht man ein Tiefertreten der Scheide oder der Gebärmutter bis an den Hymenalsaum oder darüber hinaus wie im beschriebenen Beispiel. Die Begriffe Senkung, Vorfal, Deszensus und Prolaps sind untereinander austauschbar und beschreiben nicht verschiedene Schweregrade.

Man nimmt an, dass zehn bis 25 Prozent aller Frauen im Laufe des Lebens an Symptomen eines Deszensus leiden und fünf bis zehn Prozent aller Frauen deshalb operiert werden. Wenn einmal eine Operation wegen Deszensus erforderlich war, ist bei fünf Prozent neuerlich eine Operation wegen eines Rezidivs erforderlich.

Risikofaktoren für die Entwicklung eines Deszensus sind Multiparität, schwere körperliche Arbeit über einen längeren Zeitraum und konstitutionelle Defekte. Diese sogenannte „Bindegewebsschwäche“ ist aber schwer zu definieren und hat für

die Therapie nur sehr geringe Relevanz. Während früher fast ausschließlich das anatomische Ausmaß eines Deszensus im Vordergrund stand, fokussiert man heute auf die Beschwerden der Patientin und auf die Einschränkung ihrer Lebensqualität. Die Therapiekonzepte richten sich daher nicht automatisch auf eine Korrektur des anatomischen Defekts, sondern auf die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Patientin.

Die aktuelle Entwicklung hat deshalb ein vermehrtes Interesse für konservative Therapiemethoden - Stichwort Scheidenpessare - gebracht, andererseits wurde das Verständnis von Deszensusoperationen vertieft und das Spektrum an Operationen erweitert.

Krankheitsbilder

Verschiedene Mechanismen wirken zusammen, um den Beckenboden in seiner Position zu halten und zu verhindern, dass die Genitalorgane der Frau tiefer treten. Weite Verbreitung hat das Konzept von deLancey gefunden, das drei Ebenen (Levels) unterscheidet: Level I bezeichnet die innere Scheide und den Uterus, Level II die mittlere Scheide mit Harnblase und Rektum, und Level III das äußere Scheidendrittel mit der Urethra. Jedem dieser Levels sind bestimmte Aufhängeapparate zugeordnet: Für Level I sind die Ligamenta sacro-uterina zuständig, welche den Uterus bei der stehenden Frau in seiner Position halten. Level II wird durch das paravaginale Bindegewebe - die sogenannte Fascia endopelvina - und die bindegewebigen Septen zwischen Harnblase und Scheide und zwischen Scheide und Rektum in seiner Position gehalten, und für das äußere Scheidendrittel sind bindegewebige Aufhängungen zwischen Schambein und Harnröhre (Ligamenta pubo-urethralia) zuständig.

Diese anatomischen Einteilungen sind praktisch nützlich, wenn bei Operationen der Beckenboden rekonstruiert werden soll und die bindegewebigen Strukturen des Aufhängeapparats für die Rekonstruktion verwendet werden.

Die Referenzebene für den Genitaldeszensus ist der Hymenalsaum. Je nach den betroffenen Organen beziehungsweise Scheidenabschnitten unterscheidet man:

- **Zystozele:** Tiefertreten der vorderen Scheide mit dem dahinter liegenden Blasenboden;
- **Rektozele:** Tiefertreten der hinteren Scheide mit dem dahinter liegenden Rektum;
- **Deszensus uteri:** Tiefertreten des Uterus, repräsentiert durch die Portio uteri (siehe Abb. 1);
- **Deszensus des Scheidenblindsacks:** Tiefertreten des Scheidenapex nach einer Hysterektomie, gegebenenfalls in Verbindung mit einer Zystozele oder Rektozele.

Unter Enterozele versteht man ein Tiefertreten der hinteren inneren Scheidenwand, hinter welcher nicht mehr das Rektum liegt, sondern die Excavatio recto-uterina (unterer Anteil des Douglas'schen Raums).

Für die betroffene Frau und für die Therapieplanung ist wichtig, ob ein Deszensus die Hymenalebene nach außen überschreitet und von der Patientin als „Vorwölbung“ oder „Fremdkörper“ zwischen den Schamlippen wahrgenommen wird.

Der häufigste Deszensus ist die Zystozele, gefolgt vom Deszensus uteri und der Rektozele. Tab. 1 zeigt die Zahlen für die Hauptdiagnosen aus der Sprechstunde für Senkungsbeschwerden des Landesklinikums Thermenregion Mödling. In diesem selektionierten Patientengut wurde ein Tiefertreten der vorderen Vaginalwand etwa sechs Mal so oft wie ein Deszensus der hinteren Vaginalwand gesehen, wobei natürlich Kombinationen der verschiedenen Deszensusformen vorkommen.

Wichtigste Symptome

Lange Zeit wurde der Deszensus vor allem aus anatomischer Sicht beschrieben und klassifiziert. Heute wird der Fokus ganz auf die Symptome und Beschwerden der Frau und der mit dem Deszensus verbundenen Einschränkung der Lebensqualität

gelegt. Schon mäßige Deszensusformen mit einem Tiefertreten von Scheide und Uterus bis zum Hymenalsaum können bereits unangenehme Sensationen hervorrufen. Frauen beschreiben dann ein typisches „Senkungsgefühl“. Ab dem Zeitpunkt, ab dem ein Deszensus die Hymenalebene überschreitet und die Frau eine Vorwölbung zwischen den Schamlippen wahrnimmt, ist ein Deszensus auf jeden Fall behandlungsbedürftig.

Typisch für Deszensusbeschwerden ist, dass sie nicht ständig und während des gesamten Tages mit gleicher Intensität wahrgenommen werden. Der Deszensus hängt von den anatomischen Defekten ab; die Ausprägung jedoch wechselt je nach körperlicher Arbeit und Tageszeit. Typischerweise werden Deszensusbeschwerden am Abend stärker wahrgenommen als morgens. Nachts im Liegen rutscht ein Deszensus meist wieder zurück oder kann mit dem Finger zurückgeschoben werden.

Miktion und Defäkation sind durch einen leichten oder mäßigen Deszensus meist nicht beeinträchtigt. Erst bei einem starken Deszensus kommt es zu typischen Beschwerden: Die betroffenen Frauen haben oft das Gefühl, dass sie die Harnblase nicht vollständig entleeren können und sogar mit dem Finger die Scheide



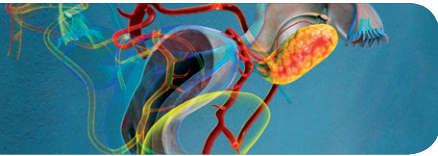
Hauptdiagnosen*

Zystozele	92
Uterusprolaps	30
SBS-Prolaps	21
Rektozele	15
OAB	13
SUI	22
Mischinkontinenz	7

*) an der Ambulanz für Senkungsbeschwerden Krankenhaus Mödling 2008-2011, 300 Patienten, Alter 65,3 (27-95)

SBS: Scheidenblindsackvorfall
OAB: Reizblase
SUI: Stressharninkontinenz

Tab. 1



►► zurückschieben müssen, um eine Blasen- oder Darmentleerung in Gang zu setzen. Letzteres ist dadurch erklärbar, dass sich der Stuhl in einer Rektozele sammelt und nicht den direkten Weg zum Anus findet. Eine Harninkontinenz ist meist nicht mit einem Deszensus vergesellschaftet.

Sexualverkehr ist trotz eines Deszensus meistens gut möglich, insbesondere weil der Deszensus im Liegen grundsätzlich kein Problem darstellt.

Diagnose

Bei der Anamnese werden zwei Fragen gestellt: „Haben Sie ein Senkungsgefühl?“ und „Bemerken Sie eine Vorwölbung oder einen Fremdkörper zwischen den Schamlippen?“ Diese Fragen versteht jede betroffene Frau sofort. Die weitere Anamnese konzentriert sich darauf, die Einschränkung der Lebensqualität und den individuellen Leidensdruck genauer zu erfassen. Die Anamnese wird durch Fragen nach Harn- und Stuhlproblemen (Inkontinenz oder Miktions- und Defäkationsstörung) und nach Sexualverkehr ergänzt.

Die wichtigste Untersuchung ist die gynäkologische Spiegeluntersuchung. Aus der Beobachtung und Beschreibung einer Vorwölbung allein kann nicht geschlossen werden, welche Teile des Genitales prolapiert sind. Die Patientin nimmt auf



Abb. 1: Deszensus uteri: 40-jährige Patientin mit vollständigem Tiefer-treten der Zervix mit dem Uterus.

dem Untersuchungsstuhl Platz und der Arzt stellt durch Beobachtung und mit Hilfe von zwei gynäkologischen Blättern (sogenannte Breisky-Spiegel) fest, ob die vordere Scheidenwand, die hintere Scheidenwand oder der Uterus (die Portio) tiefergetreten oder vorgefallen sind. Mit den beiden Blättern kann der Prolaps jeweils vorne und hinten zurückgeschoben werden, so dass die Diagnose ohne Schwierigkeiten gestellt werden kann.

Einhandspekula (sogenannte „Entenschnabelspekula“) sind für die Deszensusdiagnostik nicht geeignet, da nur mit getrennten Blättern die vordere und hintere Scheidenwand getrennt reponiert werden können. Außerdem ist zu beachten, dass ein Deszensus nicht immer im selben Ausmaß besteht und bei der Untersuchung trotz Aufforderung zum Husten oder Pressen nicht verlässlich reproduziert werden kann.

Für die Beschreibung und Klassifizierung eines Deszensus wird heute allgemein das POPQ-System (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) verwendet. Bei diesem System wird das Tiefertreten der Scheidenanteile und der Portio beziehungsweise des Scheidenapex an verschiedenen Punkten in Zentimeter relativ zur Ebene des Hymenalsaums angegeben, wobei Punkte innerhalb des Hymenalsaums mit einem Minus und Punkte außerhalb des Hymenalsaums mit einem Plus versehen werden.

Vereinfacht kann der Deszensus in vier Graden angegeben werden:

Grad I: Bis ein Zentimeter oberhalb des Hymenalsaums (das heißt noch innerhalb der Scheide)

Grad II: Minus ein Zentimeter bis plus ein Zentimeter um den Hymenalsaum (das heißt bei der Spiegeluntersuchung bereits deutlich sichtbar)

Grad III: Weiter als ein Zentimeter außerhalb des Hymenalsaums

Grad IV: Vollständiger Vorfall

Diese Gradbezeichnung wird getrennt für Zystozele, Rektozele, Deszensus

uteri und Deszensus des Scheidenblindsacks angegeben.

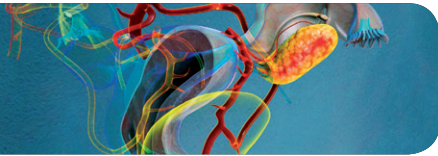
Da die Deszensusdiagnostik vor allem eine klinische Diagnose ist, spielen bildgebende Verfahren grundsätzlich eine untergeordnete Rolle. Sowohl das Ausmaß eines Deszensus als auch seine funktionellen Auswirkungen werden mit der beschriebenen Spiegeluntersuchung erfasst. Die Ultraschall-Untersuchung hat eine nur sehr eingeschränkte Aussagekraft und für radiologische Untersuchungen ist der Einsatz von Kontrastmittel in der Harnblase oder im Rektum erforderlich. Besonders gut lassen sich Deszensuszustände in der Magnetresonanztomographie (MRI) darstellen, insbesondere bei dynamischen Untersuchungen, wo die Bewegungsabläufe und das Tiefertreten von Scheide und Genitalorganen gesehen werden können.

Auch die Aussagekraft der besten Bilder oder Videosequenzen ist in der klinischen Relevanz jedoch sehr beschränkt, da zwischen dem Grad und der Art eines Deszensus, wie er in bildgebenden Verfahren dargestellt werden kann, und den Beschwerden der Patientin sehr oft kein direkter Zusammenhang besteht. Es besteht die Gefahr, die Bilder zu überinterpretieren und unangebrachte Schlussfolgerungen bezüglich Therapie und Operationsverfahren zu ziehen.

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose des Genitaldeszensus ist relativ einfach. In Frage kommen Tumore der Scheide, welche bis vor den Hymenalsaum reichen. Auch Vaginalzysten oder Urethralcarunkel sowie Zervix- oder Myompolypen können bis vor den Hymenalsaum reichen und als Fremdkörper zwischen den Schamlippen wahrgenommen werden.

Die Unterscheidung zu einem Deszensus erfolgt mit Hilfe der gynäkologischen Spiegeluntersuchung. Durch Öffnen der Scheide mit zwei Spekula kann meist die Unterscheidung zwischen Deszensus und Tumor getroffen werden. In Einzelfällen ►►



►► können bildgebende Verfahren eingesetzt werden, wobei hier die Magnetresonanztomographie (MRI) zur Beurteilung der Weichteile besonders hilfreich ist.

Therapie

Jeder Deszensus, der eine Frau stört und ihre Lebensqualität beeinträchtigt, soll behandelt werden. Zwei Aspekte sind dabei zu beachten:

- 1) Alle betroffenen Frauen sind durch einen Deszensus irritiert und verunsichert und können ihn nicht in seiner Bedeutung einschätzen. Die Aufgabe des Arztes ist, die Patientin zu beruhigen, ihr sachliche Information über den Deszensus zu geben und sie in Bezug auf die Gefährlichkeit und mögliche Komplikationen des Deszensus zu beruhigen.
- 2) Obwohl sich viele Frauen mit einem Deszensus abfinden und manchmal ein Deszensus im Laufe der Jahre etwas besser wird, darf mit einer Besserung oder gar Spontanheilung eines Deszensus nicht gerechnet werden. Ein Deszensus soll deshalb unabhängig vom Lebensalter behandelt werden.

Für die Behandlung gibt es zwei Alternativen: konservative Therapien mit Pessaren und Operationen. Es ist wichtig, jede Patientin über diese beiden Therapiemöglichkeiten zu informieren und mit ihr gemeinsam einen individuell angepassten Therapieplan zu erarbeiten.

Konservative Therapie

Für die konservative Therapie eines Deszensus kommen Pessare zum Einsatz. Darunter versteht man Fremdkörper, die in die Scheide eingeführt werden und durch ihre Lage das Tiefertreten von Scheide und Uterus verhindern. Es gibt eine Unzahl an verschieden geformten Pessaren; am häufigsten wird jedoch das Ringpessar mit einer Größe von 60 bis 80 Millimeter Durchmesser verwendet. Das Ringpessar aus Gummi oder Silikon wird mit Creme gleitfähig gemacht und durch den Introitus vaginae leicht schräg eingeführt. Wenn das Ringpessar in der Scheide ist, dreht es sich von selbst in die Horizontalebene

und kommt auf den beiden Schenkeln des Musculus levator ani zu liegen.

Das Ringpessar darf nicht zu klein gewählt werden, da es sonst aus der Scheide herausfallen kann. Es darf auch nicht zu groß sein, da es in diesem Fall zu Druckulzera in der Scheide kommen kann. Die betroffene Frau spürt das Ringpessar nicht und ist bei der Miktion und Defäkation nicht behindert; Sexualverkehr ist möglich. Das Pessar muss regelmäßig gewechselt und gepflegt werden. Dies kann durch die Patientin selbst erfolgen, indem sie das Pessar täglich oder wöchentlich herausnimmt, wäscht und wieder einsetzt, oder durch einen Arzt oder eine Pflegeperson in Abständen von zwei bis drei Monaten.

Der Vorteil einer konservativen Therapie besteht darin, dass eine Operation vermieden wird und dass bei richtiger Pflege keine Nebenwirkungen oder Komplikationen zu erwarten sind. Eine Pessartherapie wird manchmal probeweise vor einer angedachten Operation gemacht und kann jederzeit beendet werden.

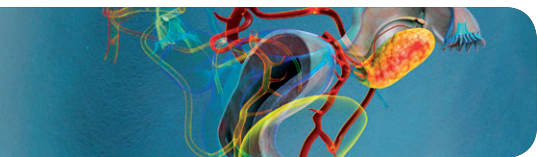
Der Nachteil einer Pessartherapie ist das Fehlen einer dauerhaften Korrektur eines Deszensus. Einige Patientinnen kommen mit den erforderlichen Manipulationen schlecht zurecht. Außerdem ist anatomisch gesehen für eine erfolgreiche Pessartherapie ein gut ausgeprägter Levatormuskel erforderlich, da das Pessar sonst kein Widerlager findet.

Operative Therapie

Eine Operation bietet die Möglichkeit, einen Deszensus dauerhaft zu heilen. Seit mehr als 100 Jahren gibt es Operationen zur Behandlung eines Deszensus, die jedoch meist nur in einer Entfernung der Gebärmutter und im Raffieren von Faszien bestanden. Dabei wurde sehr oft in Kauf genommen, dass die Scheide stark verengt wurde und nach einer Deszensusoperation keine Kohabitationen mehr möglich waren. Naturgemäß bekamen Deszensusoperationen dadurch einen schlechten Ruf und die Frauen schreckten davor zurück, sich operieren zu lassen.

Die Entwicklung zur modernen Deszensus-Chirurgie unterscheidet sich ganz wesentlich:

- 1) Es gibt heute ein wesentlich besseres Verständnis der Topographie der Organe im kleinen Becken, der Aufhängeapparate sowie der Faszien und Räume zwischen den Organen. Dadurch wurde auch die Kenntnis der Zusammenhänge zwischen anatomischem Defekt und Funktion wie normale Miktion und Defäkation klarer. Deshalb war es möglich, Operationen zu entwickeln, die auf die speziellen anatomischen Defekte und Funktionsstörungen bei einer bestimmten Patientin ausgerichtet sind.
- 2) Der Beckenbodenchirurgie stehen heute eine Vielzahl von Operationen zur Verfügung, die individuell eingesetzt werden können. Während früher eine gewisse „one size fits all“-Mentalität vorherrschte - vaginale Hysterektomie sowie vordere und hintere Plastik war die klassische Operation für alle Deszensusformen - wird heute eine genaue und differenzierte präoperative Deszensusdiagnostik gefordert und erst dann ein individuell angepasster Operationsplan entwickelt.
- 3) Seit etwa zehn Jahren kommen in der rekonstruktiven Beckenbodenchirurgie Netze (engl. „meshes“) zum Einsatz. Am günstigsten haben sich grob geflochtene Kunststoffnetze aus Prolene erwiesen; alloplastische Netze werden wesentlich seltener eingesetzt. Netze sollen das körpereigene Gewebe unterstützen - um nicht zu sagen: ersetzen - und damit bessere Ergebnisse mit geringeren Rezidivraten erzielen. Die zunächst hohen Erwartungen mussten aufgrund von Komplikationen in den letzten Jahren zurückgenommen werden, so dass Netze heute selten bei Erstoperationen sondern vor allem bei Rezidiveingriffen eingesetzt werden.
- 4) Die wichtigste Entwicklung in der Deszensuschirurgie aber war die Einsicht, dass nicht das anatomische Resultat zählt, sondern dass der Fokus auf die Beschwerden und die Lebensqualität der betroffenen Frau gelegt werden muss. Alle Deszensusoperationen - ►►



► bewährte und neu entwickelte - werden heute daran gemessen, wie sie die Lebensqualität beeinflussen. Jede Nachuntersuchung oder wissenschaftliche Studie muss deshalb Patientenbezogene Zielpunkte enthalten.

In der Deszensuschirurgie kann man zwei Aspekte unterscheiden:

- 1) Zugangsweg: Der klassische Zugangsweg in der Deszensuschirurgie ist der vaginale Zugang. Die Patientin wird in Steinschnittlage gelagert und der Operateur sitzt vor der Vulva der Patientin. Die Operation kann entweder in Allgemeinnarkose oder in Regionalanästhesie (Spinalanästhesie) durchgeführt werden. Als Alternative hat sich der abdominale oder laparoskopische Zugang etabliert. Ein guter Beckenbodenchirurg muss beide Zugangswege beherrschen, um jeder Patientin die für sie richtige Operation anbieten zu können.
- 2) Eine weitere Unterscheidung in der Deszensuschirurgie besteht darin, ob nur körpereigenes Gewebe zur Rekonstruktion verwendet wird („natural tissue repair“) oder ob Fremdmaterial wie Prolene-Netze verwendet werden („mesh augmentation“). Es gibt Operationen, bei denen immer Netze verwendet werden müssen wie beispielsweise bei der abdominalen Sacropexie. Andererseits wird das Augenmerk wieder vermehrt auf bewährte und komplikationsarme Operationen gelegt, bei denen die Rekonstruktion ausschließlich unter Zuhilfenahme von körpereigenen Faszien und Bändern erfolgt.

Im Folgenden werden die einzelnen Operationen kurz beschrieben, wobei als Ausgangspunkt die Art des Deszensus beziehungsweise der anatomische Defekt dient.

Zystozele

Die klassische Operation für eine Zystozele ist die sogenannte vordere Plastik oder Kolporrhaphia anterior. Beide Bezeichnungen sind weit verbreitet, aber unglücklich gewählt: Weder wird ein Fremdmaterial („Plastik“) verwendet, noch wird

die Scheide gerafft. Die Operation besteht darin, dass die vordere Scheidenwand in der Medianen gespalten und türflügelartig nach seitlich von der darunterliegenden Faszie - dem Septum vesico-vaginale zwischen Harnblase und Scheide - abpräpariert wird. Dieses Septum wird nun mit Einzelknopfnähten gerafft, wodurch der Blasenboden und die Harnröhre unterpolstert und angehoben werden.

Eine Alternative zur vorderen Plastik sind Operationen, bei denen Prolene-Netze unter die Harnblase beziehungsweise zwischen Harnblase und Scheide gelegt werden. Von der Industrie werden fertige Kits mit Nadeln oder Trokaren angeboten, welche diese Operationen vereinfachen und standardisieren sollen. Zu den bekanntesten zählen das Vordere Prolift® (Johnson & Johnson), Perigee® oder Elevate® (American Medical Systems) und Avaulta® (Bard). Das Netz liegt spannungsfrei unter der Harnblase und ist mit Armen an der seitlichen Beckenwand fixiert.

Rektozele

Analog zur vorderen Plastik kommt bei Rektozele die hintere Plastik oder Kolporrhaphia posterior zum Einsatz. Es wird wieder eine Kolpotomie-Eröffnung der Scheide entweder in der Medianen oder dreiecksförmig gemacht und die Faszie zwischen Rektum und Scheide, das sogenannte Septum recto-vaginale, dargestellt. Diese bindegewebige Schicht wird wieder mit Einzelknopf- oder Tabaksbeutelnähten gerafft, wodurch die Rektozele eingestülpt wird. Auf keinen Fall dürfen diese Raffnähte zu weit nach lateral geführt werden, da es sonst zu sehr unangenehmen Scheidenstenosen kommen kann.

Die hintere Plastik kann durch Einbeziehung von Nähten durch den M. levator ani erweitert werden. Diese Nähte wurden in der Vergangenheit sehr großzügig gesetzt und haben oft zu sehr unangenehmen Scheidenstenosen geführt. Nähte durch den Musculus levator ani werden heute nur noch selten gemacht. Wenn der Damm - die Brücke zwischen Scheideneingang (Introitus vaginae) und Anus - durch

vorangegangene vaginale Geburten sehr niedrig ist, kann die vordere Plastik im Sinn einer sogenannten Kolpo-perineo-Plastik mit Nähten zum Aufbau eines höheren Damms erweitert werden.

Auch für die Operation von Rektozelen können Prolene-Netze verwendet werden - entweder frei zugeschnitten oder als Kits wie zum Beispiel Hinteres Prolift® (Johnson & Johnson), Apogee® oder Elevate® (American Medical Systems). Die Netze bei der hinteren Plastik sind wieder mit Armen in der Tiefe am Lig. sacro-spinale fixiert.

Deszensus uteri

Bei einem Deszensus uteri muss entschieden werden, ob der Uterus entfernt werden soll oder ob ein Erhalt der Gebärmutter möglich ist. Es ist keine Frage, dass bei jungen Frauen und Frauen mit Kinderwunsch die Gebärmutter nicht entfernt werden soll. Bei abgeschlossener Familienplanung und bei älteren Frauen ist es aber sehr oft vorteilhaft, das prolabierte Organ zu entfernen.

Die Technik der vaginalen Uterusexstirpation bei Deszensus uteri ist die gleiche wie bei Entfernung der Gebärmutter aus anderen Indikationen. Die Ovarien können belassen oder auch entfernt werden. Wichtig ist bei der vaginalen Uterusexstirpation eine gute Fixierung der Scheide an den Stümpfen des Aufhängeapparats des Uterus (Ligamenta sacro-uterina), um einem späteren Tiefertreten des Scheidenapex vorzubeugen.

Die beste Operation, um den deszendierten Uterus zu erhalten, ist die abdominale oder laparoskopische Uterosacropexie. Das Peritoneum wird von der Uterushinterwand und von der Vorderseite des Kreuzbeins abgelöst und ein rechteckiges Netz - wiederum grobgeflochtenes Prolene - wird spannungsfrei in das kleine Becken gelegt und an der Uterushinterwand und am Periost der Kreuzbeinhöhle fixiert. Dieses Netz verhindert ein Tiefertreten des Uterus bei Belastung, die Scheide wird durch die Operation nicht verengt und

bleibt für Kohabitationen beweglich. Weitere Schwangerschaften sind nach einer Sacropexie ohne Weiteres möglich.

Deszensus des Scheidenblindsacks

Die Operation eines Scheidenblindsackvorfalls kann von vaginal oder von abdominal beziehungsweise laparoskopisch erfolgen.

Die klassische vaginale Operation des Scheidenblindsackvorfalls ist die vaginale sacro-spinale Fixation. Diese Operation wurde wesentlich in Österreich entwickelt und ist mit den Namen Amreich und Richter verbunden. Die Scheide wird am Apex oder in der Medianen gespalten, der Operateur präpariert stumpf mit dem Finger entlang der rechten Beckenwand in die Tiefe, bis er die Spina ischiadica und das starke Ligamentum sacro-spinale (zwischen Os sacrum und Spina ischiadica) identifiziert hat. Durch dieses Ligament werden zwei bis vier Nähte gelegt und durch die Scheide nahe dem Apex geführt. Durch das Knüpfen dieser Nähte wird der Scheidenapex an das Ligamentum sacro-spinale herangeführt und dort fixiert.

Die Operation wird einseitig (rechts) durchgeführt; die leichte Abweichung der Scheidenachse ist bei Kohabitationen praktisch ohne Bedeutung. Die Scheide wird durch die Operation nicht verengt.

Eine Alternative zur vaginalen sacro-spinalen Fixation ist die vaginale utero-sacrale Suspension, bei welcher am Scheidenapex in die Peritonealhöhle - das heißt in den Douglas'schen Raum - eingegangen wird. Dort werden beidseits die Stümpfe beziehungsweise die Reste der Ligamenta sacro-uterina aufgesucht; die Scheide wird mit Einzelknopfnähten an diesen Stümpfen fixiert. Als Vorteil wird angeführt, dass die Scheidenachse in der Medianen bleibt, ein Nachteil ist die mögliche Gefährdung des Ureters.

Die abdominale oder laparoskopische Operation ist die Vagino- (oder Kolpo-) Sacropexie, bei welcher analog zur beschriebenen Hystero-Sacropexie ein

rechteckiges Prolene-Netz spannungsfrei zwischen Scheide und Kreuzbeinhöhle gelegt und an der Scheide und am Periost der Kreuzbeinvorderwand fixiert wird. Oft wird das Prolene-Netz vorne gespalten und sowohl vor die Scheidenvorderwand als auch hinter die Scheide gelegt, so dass eine gleichzeitige Korrektur einer bestehenden Zystozele und Rektozele erreicht wird. Die Scheide bleibt in ihrer Länge, Weite und Mobilität unverändert, so dass Kohabitationen weiterhin sehr gut möglich sind.

Auch zur vaginalen Operation des Scheidenblindsackvorfalls gibt es Kits mit Prolene-Netzen mit speziell zugeschnittenen Armen, welche beidseits an den Ligamenta sacro-spinalia fixiert werden wie beispielsweise Hinteres Prolift® (Johnson & Johnson), Apogee® oder Elevate® (American Medical Systems).

Der Vollständigkeit halber soll auch noch die Kolpokleisis (Scheidenverschluss) als Senkungsoperation angeführt werden. Aus dem Scheidenepithel werden vorne und hinten je ein Rechteck ausgeschnitten und diese Rechtecke werden invertierend miteinander vernäht. Das Endergebnis ist eine in der Mitte völlig verschlossene Scheide ohne Zugang zur Portio. Die Operation kann in Lokalanästhesie durchgeführt werden und ist für alte Patientinnen gedacht, denen man keinen größeren Eingriff zumuten kann.

Die hier beschriebenen Operationen werden in Abhängigkeit von der lokalen Situation miteinander kombiniert. Sehr oft ist beispielsweise eine Zystozele mit einem Deszensus uteri kombiniert. Auch bei einer Operation wegen Scheidenblindsackvorfall ist oft gleichzeitig eine vordere oder hintere Plastik erforderlich.

Grundsätzlich kann man sagen, dass Deszensusoperationen für die Patientinnen nicht besonders belastend sind, insbesondere wenn keine Hysterektomie durchgeführt wird. Die Erfolgsraten sind je nach Befund und Ausgangssituation sehr gut; die Reoperationsraten liegen unter

zehn Prozent. Deszensusoperationen können sofern die Indikation gegeben ist - in jedem Lebensalter gemacht werden. Die Patientin erfährt eine deutliche Besserung ihrer Lebensqualität.

Zusammenfassung

Senkungszustände der Scheide und des Uterus sind häufig und bedeuten für die betroffene Frau eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Zur Abklärung eines Genitaldeszensus ist eine gynäkologische Spiegeluntersuchung erforderlich, damit eine richtige Diagnose des Deszensus gestellt werden kann. Diese ist die Basis für die weitere Therapie, die entweder konservativ mit Pessaren oder operativ sein kann. Heute gibt es eine Vielzahl von sehr guten und bewährten Deszensusoperationen, die unabhängig vom Lebensalter durchgeführt werden können. Jede erfolgreiche Deszensus-therapie bringt eine deutliche Besserung der Lebensqualität. ◀◀

Literatur beim Verfasser

*) **Univ. Prof. Dr. Paul Riss, Dr. Andrea Dungal, Dr. Brigitte Benes-Raffaseder**; alle: Landesklinikum Thermenregion Mödling/ Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sr. Maria Restituta Gasse 12, 2340 Mödling; Tel.: 02236/204-231; E-Mail: paul.riss@gmail.com

Herausgeber:

Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe/Klinische Abteilung für Gynäkologie/Meduni Graz

Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. George Ralph, Gynäkologie und Geburtshilfe/LKH Leoben
Univ. Prof. Dr. Engelbert Hanzal, Univ. Klinik für Frauenheilkunde/ Medizinische Universität Wien
Univ. Prof. Dr. Wolfgang Umek, Univ. Klinik für Frauenheilkunde/ Medizinische Universität Wien

› Deszensus

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Punkte „Gynäkologie“ im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden. Schicken Sie diese Seite entweder per Post oder Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH
z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13,
Fax: 01/512 44 86/24
Einsendeschluss: 23. Mai 2012
(Datum des Poststempels)

Ab sofort online unter:
www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium



Fragen:

1) Welcher der genannten Faktoren ist kein Risikofaktor für die Entwicklung eines Deszensus? (eine Antwort richtig)

- a) Multiparität
- b) Schwere körperliche Arbeit
- c) Nikotinabusus
- d) Hypertonie
- e) Bindegewebsschwäche

2) Die wichtigste Untersuchung bei der Deszensusdiagnostik ist: (eine Antwort richtig)

- a) die Inspektion des äußeren Genitale
- b) die gynäkologische Spiegeluntersuchung
- c) die bimanuelle Palpation
- d) der vaginale Ultraschall
- e) die Kontrastmittel-CT des Unterbauches
- f) die MRT des kleinen Beckens

3) Unter „konservativer Therapie“ eines Deszensus versteht man: (eine Antwort richtig)

- a) Neuraltherapie
- b) Sakrale Stimulation
- c) Hochdosierte Östrogengabe
- d) Pessartherapie
- e) Verhaltenstherapie

4) Welche Aussage ist richtig? (eine Antwort richtig)

- a) Nach einer Deszensusoperation sind Schwangerschaften unmöglich.
- b) Ab dem 80. Lebensjahr sind Deszensusoperationen kontraindiziert.
- c) Bei jeder Deszensusoperation muss der Uterus entfernt werden.
- d) Nach einer Deszensusoperation darf mehr als ein Jahr kein Sexualverkehr erfolgen.
- e) Die Indikation zu einer Deszensusoperation wird in Abhängigkeit von den Beschwerden der Patientin und vom Befund gestellt.

5) Bei der vaginalen sacrospinalen Fixation-Operation nach Amreich-Richter (eine Antwort richtig):

- a) muss immer die Harnblase eröffnet werden
- b) fixiert man den Apex des Scheidenblindsacks
- c) braucht man einen laparoskopischen Zugang
- d) verwendet man ein Prolene-Netz
- e) eröffnet man immer die Bauchhöhle.

6) Welche Aussage trifft auf Kunststoffnetze in der Prolapschirurgie zu? (eine Antwort richtig)

- a) immer als first line-Therapie
- b) sind aus feinporigem Gewebe
- c) sollten der operativen Therapie des Rezidivdeszensus vorbehalten sein
- d) haben keinerlei Komplikationen
- e) sind obsolet

Absender:

Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da wir sonst die Einsendung nicht berücksichtigen können!

Name: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für _____
- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31–40 | 41–50 | 51–60 | > 60 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine ÖÄK-Arztnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--