

10 Deszensus und Prolaps

E. Petri, H. Kölbl, R. Tunn

10.1 Einführung

Phylogenetisch stellt der Beckenboden, der primär für ein vierbeiniges Individuum ausgelegt war [28], und seine Strukturen einen „Locus minoris resistentiae“ dar. Die Aufrichtung zum Zweibeiner setzt die schwachen Strukturen unter erhebliche Belastungen, die durch zusätzliche dispositionelle Bindegewebsschwäche, die physiologischen Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft, das Geburtstrauma, Übergewicht, chronische Bronchitis bei Nikotinabusus, alle Veränderungen im Rahmen des urogenitalen Alterns, Nebenwirkungen von Pharmaka und die Veränderungen im Rahmen der deutlich höheren Lebenserwartung unter erhebliche Belastungen, denen die Strukturen häufig nicht standhalten (► Tab. 10.1) (Kap. 5).

Hintergrundwissen



Als Descensus genitalis wird das Tiefertreten der Scheide und des Uterus bezeichnet. Das Tiefertreten bis zum Hymenalsaum wird im deutschsprachigen Raum allgemein als Deszensus, ein Tiefertreten über den Hymenalsaum hinaus als Prolaps definiert. In der englischsprachigen Literatur wird dagegen jeglicher Deszensus als „prolapse“ bezeichnet.

Deszensus und Prolaps der Urogenitalorgane stellen eine häufige, die Lebensqualität beeinträchtigende Problematik dar, die in der Literatur aufgrund einer fehlenden, allgemein akzeptierten Klassifikation und Graduierung ohne objektivierbare oder vergleichbare Kriterien behandelt und deren Therapieerfolge nur mit Einschränkungen beurteilt werden können.

Mit jeder Lebensdekade steigt das Risiko kontinuierlich an, eine Operation wegen Deszensusbeschwerden zu erhalten: von 1% im Alter von 30–39 Jahren bis 11,8% zwischen 70–79 Jahren. 8–30,8% der weiblichen Gesamtbevölkerung leiden unter Senkungsbeschwerden oder einem Prolaps, zusätzlich geben bis zu 40% der Frauen eine Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen an. 50% aller Frauen mit mehr als einer Entbindung haben Zeichen einer Beckenbodenerschlaffung, Übergewicht, Kinderzahl und zunehmendes Alter sind als individuelle Risikofaktoren anzusehen. Im Alter über 70 Jahren werden Senkungen bis Grad III (s. u.) mit bis zu 21% angegeben. Die subjektive Belästigung korreliert nicht zwangsläufig mit dem Schweregrad der Pathologie.

10.2 Diagnostik

Der Vergleich von Behandlungserfolgen in der konservativen und operativen Behandlung von Deszensus und Prolaps scheitert in der nationalen und internationalen Literatur an einer fehlenden bzw. allgemein akzeptierten vergleichbaren Klassifikation. ICS (International Continence Society), IUGA (International Urogynecological Association) und andere Gruppen haben eine POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification) vorgeschlagen, die jedoch keine wirkliche Akzeptanz im klinischen Alltag gefunden hat.

Eine rein metrische Erfassung des Deszensus von vorderem, mittlerem und hinterem Kompartiment stellt nur einen Teil der Erfassung des Situs dar. Paravaginaler Defekt oder Pulsionszystozele (► Abb. 10.1), ausgeprägte urogenitale Atrophie und Begleitpathologie müssen in der Entscheidung über konservative (Vor-)Behandlung und operative Strategien mit einbezogen werden. Auch ist auffällig, dass eine Vielzahl der „neuen“, vorwiegend angloamerikanischen Klassifikationen identisch ist mit Einteilungen der deutschsprachigen Altmeister des 19. Jahrhunderts. Ziel muss sicher eine allgemein akzeptierte, aber einfache Quantifizierung sein [30].

10.2.1 Anamnese

- Qualifizierung (Erfassung) der Symptome
Art und Dauer der Symptome: Fremdkörpergefühl, Ziehen im Unterleib, unvollständige Blasen-/Darmentleerung, Harninkontinenz

Praxistipp

Fremdkörpergefühl, ziehende Unterbauchschmerzen, Schwere- und Druckgefühl, die Notwendigkeit, den Prolaps bei der Miktion und/oder Defäkation zu reponieren, gehören zu den Symptomen, die Frauen mit einer genitalen Senkung beschreiben. Nicht selten sind betroffene Frauen aber auch asymptomatisch. Entscheidend ist die Symptombewertung von Betroffenen und deren Auswirkung auf das tägliche Leben. Der Einsatz von standardisierten Fragebögen zur Lebensqualität ermöglicht die Prüfung und Quantifizierung von Symptomen.

- bisherige Therapien
- Geburten
- frühere chirurgische Eingriffe, insbesondere im kleinen Becken
- soziales Umfeld, berufliche Tätigkeit
- Mobilität
- mentaler Zustand
- Erfassung der Komorbidität (z.B. chronische Bronchitis, Nikotinabusus, Asthma)
- Medikamentenanamnese
- Sexualanamnese
- Stuhlanamnese (z.B. Obstipation und/oder Stuhlinkontinenz)

10.2.2 Klinische Untersuchung

- *Palpation des Abdomens:* Feststellung des Spannungszustands des Abdomens, Ausschluss eines Tumors im kleinen Becken oder einer vollen Blase
- *Inspektion des äußeren Genitales:* Fisteln, Fehlbildungen, Entzündungen, Tumoren
- *Spekulumeinstellung mit geteilten Spekulen:* Prolaps, Vaginalhautbeschaffenheit (Östrogenisierungsgrad), Veränderung des Deszensus beim Husten oder Pressen; ggf. Spekulumeinstellung im Stehen.

Praxistipp

Der Grad des Deszensus sollte für die verschiedenen Kompartimente – vorderes Kompartiment, mittleres Kompartiment (Zervix oder Scheidenabschluss) und hinteres Kompartiment – beurteilt und dokumentiert werden. Im vorderen Kompartiment werden zentrale („Glatzenbildung“ der vorderen Scheidenwand) von lateralen (= paravaginalen) Defekten mit erhaltenen Rugae und aufgehobenen Sulci unterschieden.

- *Palpation:*
 - Vaginal: inklusive Überprüfung der Beckenbodenkontraktion
 - Rektal: Analsphinkterkontraktion, Rektozele
 - Rektovaginal: Enterozele
- *Hustentest* mit und ohne Reposition
- *Urinanalyse* (Streifentest, ggf. Kultur, ggf. mikroskopische Untersuchung), s.a. Leitlinie Harnwegsinfekt
- *Restharnbestimmung* (sonografisch): bei pathologischen Werten wiederholte Messungen empfohlen

Zur genauen Erfassung des Genitaldeszensus (► Abb. 10.1, 10.2, 10.3) werden bei der klinischen Untersuchung bei leerer Blase, maximalem Pressen



Abb. 10.1 Totalprolaps mit vollständigem paravaginalen Abriss – bei fehlendem Perineum und Pulsionszystozele.



Abb. 10.2 Ausgeprägter allseitiger paravaginaler Abriss mit erhaltenen Rugae und fehlenden Sulci (durch abdominale Fixation mit Kolposuspension zu korrigieren – alternativ komplette vordere und hintere Netzplastik).



Abb. 10.3 Totalprolaps mit Exulzerationen nach langer Pessartherapie – spätestens durch das Infektionsrisiko bei Verwendung alloplastischer Netze sorgfältige Vorbehandlung.

und mithilfe geteilter Spekula die 3 *Beckenbodenkompartimente einzeln* betrachtet und beschrieben. Das vordere Beckenbodenkompartiment betrifft den Abschnitt der vorderen Vaginalwand, der Harnblase und der Urethra, das zentrale Kompartiment umfasst den Uterus bzw. den Apex vaginae mit vorderem und hinterem Vaginalgewölbe und das hintere Kompartiment besteht aus der hinteren Vaginalwand, dem Rektum sowie Perineum. Je nach Ursache kann man im vorderen Beckenbodenkompartiment die Distensions- oder Pulsionszystozele (zentraler Defekt) von der Dislokations- oder Traktionszystozele (paravaginaler Defekt) unterscheiden. Bei zentralen Defekten wird eine Überdehnung des Bindegewebes angenommen, während man bei paravaginalen (lateralen) Defekten, die ein- oder beidseits auftreten können, von einem Abriss der Stützstrukturen aus der Beckenwand ausgeht.

Praxistipp



Empfohlen wird eine standardisierte Beurteilung des Deszensus.

Es gibt eine Vielzahl von Klassifikationen des Deszensus/Prolaps (► Abb. 10.4). Für die klinische Anwendung hat sich die in ► Tab. 10.1 dargestellte Einteilung bewährt.

Tab. 10.1 Gradeinteilung des Descensus genitalis.

Grad	Definition
I	Die größte distale Ausdehnung reicht mehr als 1 cm oberhalb des Hymenalsaums.
II	Die größte distale Ausdehnung erreicht den Introitus.
III	Die größte distale Ausdehnung reicht bis max. 2 cm vor den Introitus (außerhalb).
IV	Totalprolaps

Merke



Im Vordergrund steht der Leidensdruck der Patientin. Die Autoren haben in langen Berufsjahren lernen müssen, dass z. T. „harmlose“ Befunde wenig reproduzierbare Beschwerden bereiten haben, andererseits ausgeprägte Deszensuszustände bis zum Subtotalprolaps auch ohne Restharnbildung oder Harnwegsinfekt oder obstruktive Defäkationen problemlos toleriert werden.

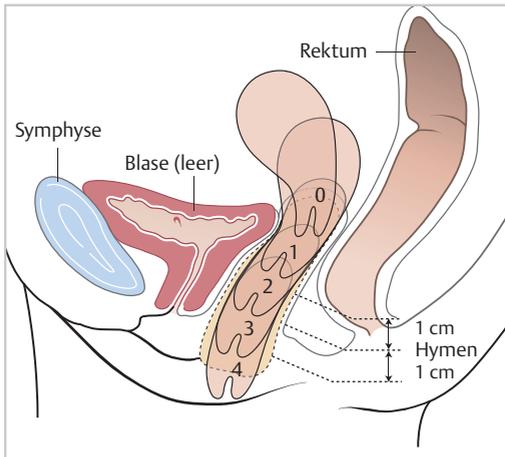


Abb. 10.4 Klassifikationen des Prolapses des Uterus.

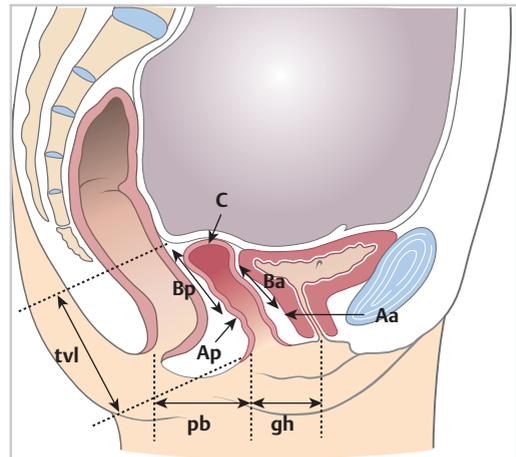


Abb. 10.5 Parameter der POPQ beim Scheidenprolaps, die jeweils metrisch erfasst werden sollen (Erläuterung der Abkürzungen s. Text).

Eine Untersuchung auf dem Untersuchungsstuhl kann am Vormittag irreführend sein, da eine Erschlaffung und entsprechender Deszensus erst im Laufe des Tages symptomatisch werden. Fehlt ein Korrelat bei der Untersuchung in Steinschnittlage, ist eine Untersuchung im Stehen indiziert, um das wirkliche Ausmaß des Deszensus beurteilen zu können. Die Nachfrage nach Geräuschen in der Scheide (Enterozelenprolaps mit Darmgeräuschen), Veränderung der Symptomatik im Sitzen oder Liegen und einer Beschreibung der Techniken, die die Patientin zur Vermeidung von Problemen anwendet, kann extrem informativ sein (Wäschewechsel wegen Fluor, gelegentliche Blutungen durch Scheuern an der Wäsche).

Störungen bei der Kohabitation sollten ebenso erfragt werden wie eine Kolpophonie, die bei weitem Scheidenumen bei Lageveränderungen (z.B. Bücken) durch Einsaugen der Luft in die entfaltete Scheide und Auspressen bei Rückkehr in die Ausgangsposition (z.B. Aufrichten) gar nicht so selten ist.

POPQ – definierte Punkte entlang der Scheide in Bezug zum Hymen als Referenzebene (► Abb. 10.5):

Die bei maximalem Pressen unterhalb des Hymenalsaums erscheinenden, also prolabierenden Scheidennesspunkte werden mit einem Pluszeichen

versehen, alle oberhalb des Hymenalsaums bleibenden, also nicht prolabierenden Punkte mit einem Minuszeichen. Zudem wird die Gesamtlänge der (reponierten) Vagina in cm angegeben (tvL), ebenso die Höhe des Damms (pb) und die Weite des Hiatus genitalis (gh).

- Aa: Liegt an der vorderen Vaginalwand 3 cm oberhalb des Hymenalsaums (Region des urethrovesikalen Übergangs), bei komplettem Vorfall kann er maximal + 3 betragen.
- Ba: Tiefster Punkt des oberen Anteils der vorderen Vaginalwand, bei fehlendem Deszensus beträgt er - 3 und ist damit identisch mit Punkt Aa.
- C: Position der Zervixspitze in Bezug zum Hymenalsaum.
- D: Position des hinteren Scheidengewölbes bzw. des Douglas-Raums in Bezug zum Hymenalsaum.
- Bp: Tiefster Punkt des oberen Anteils der hinteren Vaginalwand, bei fehlendem Deszensus beträgt er - 3 und ist damit identisch mit Punkt Ap.
- Ap: Liegt an der hinteren Vaginalwand 3 cm oberhalb des Hymenalsaums, bei komplettem Vorfall kann er maximal + 3 betragen.
- tvL: Länge der Vagina.
- pb: Höhe des Perinealkörpers in cm (gemessen vom Anus zur hinteren Kommissur des Scheideneingangs).
- gh: Höhe des Hiatus genitalis in cm (gemessen vom Os externum urethrae bis zur hinteren Kommissur des Scheideneingangs).

Alle Versuche der internationalen Fachgesellschaften (ICS [International Continence Society], AUGS [American Urogynecology Society], UDS [Urodynamics Society], IUGA [International Urogynecologic Association] etc.) scheitern bisher an der Akzeptanz, der Komplexität und der fehlenden, sicher bedeutsameren Beurteilung der Gewebeschaffenheit sowie der Einbeziehung z. B. des paravaginalen Defekts bzw. von Pulsionszystozelen und Zeichen der urogenitalen Atrophie; diese verlangen jeweils eine völlig andere therapeutische Strategie [9, 30]. Die Reduktion des Deszensus und Prolapses auf die reine Metrik geht an der klinischen Problematik völlig vorbei. Bei wissenschaftlichen Untersuchungen und Studien sollte zur besseren Vergleichbarkeit der POPQ oder eine andere akzeptierte Klassifikation angewandt werden.

Ein *Pessartest* (z. B. weiches Arabin-Schalenpessar mit estriolhaltiger Creme) für 6–8 Wochen kann zur Prüfung auf eine evtl. larvierte Stressinkontinenz hilfreich sein, wobei gerade ältere Frauen mit einer Pessarversorgung durchaus zufrieden sein können und keine Operation mehr wünschen.

10.2.3 Bildgebung

Sonografie

Eine Nierensonografie wird zum Ausschluss einer Harnstauung bei hochgradigem Prolaps empfohlen. Die Introitus- oder Perinealsonografie dient der Darstellung der Mobilität des Blasenhalbes und von Zystozele/Rektozele und Enterozele, die Vaginalsonografie der Darstellung von Uterus und Adnexen vor einem operativen Eingriff.

Röntgen

Eine Zystourethrografie wird in der Urologie zur Beurteilung einer Zystozele und der Mobilität des Blasenhalbes eingesetzt (Introitus- und Perinealsonografie können diese Untersuchung ersetzen). Die Kolpozystorektografie dient der Beurteilung der verschiedenen Kompartimente bei komplexen Deszensusfällen, eine Defäkografie der Abklärung von Defäkationsproblemen.

Magnetresonanztomografie

Die dynamische MRT des Beckenbodens erlaubt bei komplexen und Rezidivsenkungszuständen die Beurteilung eines inneren Rektumschleimhautprolaps bei analen Inkontinenzbeschwerden und eine Zuordnung der anatomischen Defekte ebenso wie die Beurteilung der muskulären und bindegewebigen Strukturen.

10.2.4 Funktionsdiagnostik

Eine urodynamische Untersuchung ist vor einer geplanten Deszensusoperation zu empfehlen, um eine larvierte Belastungsinkontinenz und Blasenentleerungsstörungen objektivieren zu können. Falls eine gleichzeitige Antiinkontinenzoperation diskutiert wird, sollte die Urodynamik erfolgen.

10.2.5 Endoskopie

Bei der Deszensusdiagnostik wird eine ergänzende Urethrozystoskopie empfohlen, wenn zusätzlich Drangsymptome, Entleerungsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfekte oder eine Hämaturie bestehen, um morphologische Ursachen wie Harnblasentumoren oder Steine, Harnröhrenstenosen oder chronische Urothelveränderungen auszuschließen.

Empfehlungen zur Diagnostik können nur als Expertenmeinung mit einem Evidenzlevel 4 gegeben werden, da es keine prospektiv-randomisierten Studien gibt, die die Notwendigkeit bestimmter diagnostischer Maßnahmen belegen.

10.3 Therapie

10.3.1 Konservative Therapie

Da viele Frauen sich eines Genitaldeszensus nicht bewusst sind, sollte eine operative Therapie nur bei *Symptomen* und *Leidensdruck* erfolgen. Zur konservativen Therapie gehören die klinische Beobachtung, der Abbau von bekannten Risikofaktoren wie Adipositas, Nikotinabusus und chronische Obstipation, die digitale Unterstützung der Defäkation (Fingerdruck auf die hintere Scheidenwand oder das Perineum) und die Beckenbodenrehabilitation

wie das gezielte Anspannen vor intraabdominaler Druckerhöhung, z. B. beim Heben von Lasten [3].

Cave



Die systemische Hormonersatztherapie ist nicht vorteilhaft für den Beckenboden und sollte nicht explizit gegen Deszensus oder Inkontinenz verordnet werden.

Eine *lokale Vorbehandlung* bei ausgeprägter urogenitaler Atrophie muss trotz fehlendem studienbasiertem Nachweis des Effekts empfohlen werden; die lokale Flora und Gewebsproliferation erleichtern die Präparation und reduzieren die Atrophie-symptomatik [25] (Kap. 8).

Die *lokale Estrogenisierung* ist etabliert für irritative Symptome und essenziell bei der Pessartherapie zur Vermeidung von lokalen Läsionen und Nekrosen. Es gibt derzeit keine randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) zur Pessarverwendung in der Deszensustherapie. Beobachtungsstudien zeigen jedoch, dass bei 50–73% der Patientinnen ein Pessar erfolgreich angepasst werden kann. Die erfolgreiche Weiterführung ist mit 41–67% jedoch etwas geringer.

Die Indikationen zur *Pessartherapie* können der Wunsch nach konservativer Therapie, nicht abgeschlossene Familienplanung und ein erhöhtes perioperatives Komplikationsrisiko aufgrund von Komorbiditäten sein. Die Patientin sollte angeleitet

werden, das Pessar selbstständig einzusetzen und über Nacht zu entfernen. Ein Ring- oder Schalenpessar eignet sich gut bei einem vermehrten Deszensus der vorderen Vaginalwand, ein Würfel- oder Gelhornpessar kann auch eine Rektozele repopieren, ist aber vorwiegend beim Scheidenstumpf-deszensus indiziert (► Abb. 10.6, 10.7).

Mit einem Pessar kann eine Verbesserung der Miktion und Defäkation erreicht werden. Patientinnen nach Hysterektomie oder Prolapsoperationen sowie Frauen mit kurzer Scheidenslänge und klaffendem Introitus haben geringere Erfolgsraten. Das Ausmaß des Prolapses hat keinen Einfluss auf den Erfolg [3].

10.3.2 Operative Therapie

Cave



Viele Veränderungen ohne Symptome sind eher kosmetischer Natur und bedürfen keiner Behandlung; Äußerungen über eine „Senkung“ oder einen „Vorfall“ sollten wohlüberlegt sein, wenn keinerlei subjektive Symptomatik besteht. Ebenso sollte man sich davor hüten, z. B. die eigenen ästhetischen Vorstellungen davon, wie eine Vagina „auszusehen hat“, zur Operationsindikation zu machen. Die zunehmende „Kosmetogynäkologie“ ist trotz Konkurrenzkampf von Abteilungen und dem Druck der Industrie abzulehnen.

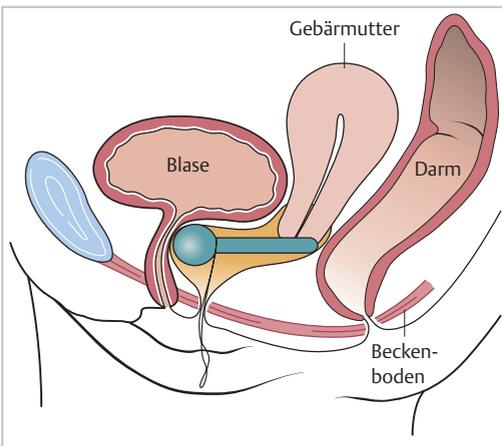


Abb. 10.6 Urethrapessar zur Korrektur der Belastungsincontinenz.

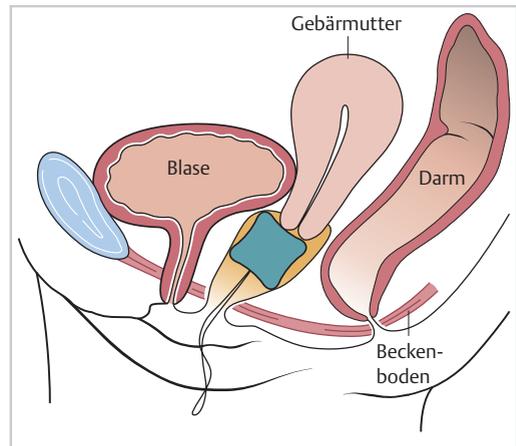


Abb. 10.7 Würfelpessar zur Behandlung des Prolaps von Uterus und/oder Scheide.

Die folgenden Betrachtungen sind den Leitlinien der AWMF, gemeinsam von Gynäkologie und Urologie erstellt und 2008 veröffentlicht, entnommen [3].

Ein wesentlicher Teil der operativen Schule der Gynäkologie bestand über Jahrzehnte in der subtilen „Rekonstruktion“ des Beckenbodens. Der Verlust der Kohabitationsfähigkeit, persistierende Miktiionsprobleme und Schmerzen haben die vaginalen Techniken zu Unrecht in Misskredit gebracht. Viele aktuelle Publikationen, die nach abdominalem Vorgehen rufen oder die großzügige Implantation von alloplastischen Netzen propagieren, sind eher durch mangelhaft durchgeführte vaginale Rekonstruktion provoziert.

Eine Pulsionszystozele, eine breite Rektozele und ein Scheidenstumpffrolaps nach Hysterektomie aufgrund fehlender Verankerung des Scheidenendes kann bei fehlender Inkontinenzproblematik zwanglos auf vaginalem Wege rekonstruiert werden. In Kenntnis der möglichen Komplikationen ist beim Primärfall die sofortige Implantation eines alloplastischen Netzes sicher nicht indiziert (s. u.).

Indikationstellung

Die propagierten operativen Techniken entsprechen durchweg der persönlichen Erfahrung, wobei die Datenlage in keiner Weise überzeugend ist.

In den 1970er- und 1980er-Jahren wurden ausgeklügelte vaginale und abdominale Gesamtkonzepte entwickelt, die häufig und komplex (z. T. von ihren Erstbeschreibern) modifiziert wurden und sich nie flächendeckend durchsetzen konnten.

Eine *auf die Symptomatik ausgerichtete* chirurgische Strategie ohne prophylaktische Zusatzeingriffe oder z. B. häufig unnötige Hysterektomien scheinen sich durchzusetzen, wobei es zusätzlicher Anforderungen an die präoperative Aufklärung bedarf, um auf grundsätzlich mögliche Funktionsstörungen hinzuweisen [10].

Operative Techniken

Operative Therapie des vorderen Kompartiments

Zur Korrektur von Senkungen der vorderen Vaginalwand wurde neben der Verwendung von Eigenewebe (klassische „vordere Plastik“) eine Vielzahl von Zusatzmaterialien propagiert; Fascia lata, Schweinedermis, Polyglactinnetze, fixierte und nicht fixierte Netzauflagen, jetzt verschiedene Polypropylenetze mit 2–6 Fixationsarmen, die entweder transobturatorisch oder in der Membrana obturatoria verankert werden. Die Studien haben z. T. kleine Fallzahlen, ein kurzes Follow-up und beschreiben Erfolgsraten von 54–100%.

Ergebnisse randomisierter Studien. Eine Metaanalyse von 2 RCT im Cochrane Review 2007 zeigte, dass die zusätzliche Vicryl-Netz-Auflage über der anterioren Scheidenplastik die Zystozelenrezidivrate senken kann. Allerdings waren in allen Armen in beiden Studien die Rezidivraten sehr hoch [20].

Der zusätzliche Einsatz von Fascia lata über der vorderen Plastik bringt keine Vorteile im Vergleich zur isolierten vorderen Plastik.

Der Zusatz von proximal und lateral fixiertem Polypropylenetz reduziert die Zystozelenrezidive im Vergleich zur isolierten vorderen Plastik, allerdings bestehen in dieser RCT große Unterschiede in den Operationen der beiden Gruppen: In der Mesh-Gruppe wurde zum einen das Netz apikal an den Sakrouterinligamenten fixiert und zum anderen wurden deutlich mehr gleichzeitige Hysterektomien durchgeführt, wobei meist ebenfalls eine apikale Fixation erfolgt. Der Zusammenhang zwischen apikalen und anterioren Supportdefekten ist bekannt.

Der *paravaginale Defekt* wird leider in allen Klassifikationen des Deszensus missachtet, stellt aber sicher eine eigene Entität dar. Die Fixation der Scheide an der Beckenwand fehlt. Durch diesen anatomischen Defekt ist typischerweise auch der Versuch einer Physiotherapie des Beckenbodens erfolglos. Jede zentrale Raffung oder Einlage von isolierten Netzpatches muss zwangsläufig den lateralen Defekt verschlechtern.