
Therapie von Senkung und Vorfall

Wenn Blase, Gebärmutter oder Darm nicht mehr dort sind, wo sie eigentlich hingehören – ein Tabuthema, obwohl bis zu 10% der Frauen davon betroffen sind.

 VOLKER VIERECK, MARLIES VON SIEBENTHAL UND MARIANNE GAMPER



Senkungsbeschwerden können die Lebensqualität stark einschränken. Aber das Problem kann gelöst werden. Eine frühzeitige, professionelle Abklärung und die individuelle Behandlung sind sehr wichtig. Etwa jede zehnte Frau kann eine Senkung bekommen. Senken können sich Blase, Darm oder Gebärmutter oder auch alles zusammen (Abb. 1a). Eine Senkung wird zu einem «Vorfall», wenn sich diese Organe aus der Vagina herauswölben. Die typischen Senkungsbe-

schwerden sind Ziehen im Unterbauch, Rückenschmerzen, Reizblasenbeschwerden, wiederkehrende Blasenentzündungen, Blasen- oder Darmentleerungsstörungen oder das Gegenteil: Harn- und Stuhlinkontinenz.

Wieso kommt es zu einer Senkung?

Hauptrisikofaktor einer Senkung ist das Alter. Nach den Wechseljahren kommt es durch den Hormonabfall zu einem Abbau der Be-

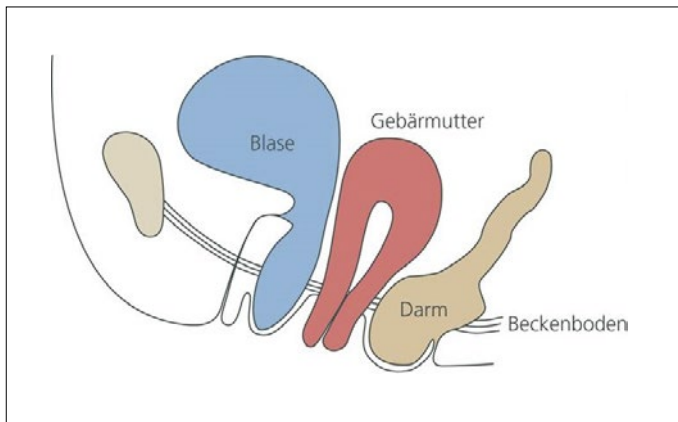


Abb. 1a: Vorfall: Senkung der vorderen Scheidenwand mit Blase (Zystozele) und der hinteren Scheidenwand mit Darm (Rektozele), dazwischen Senkung der Gebärmutter.

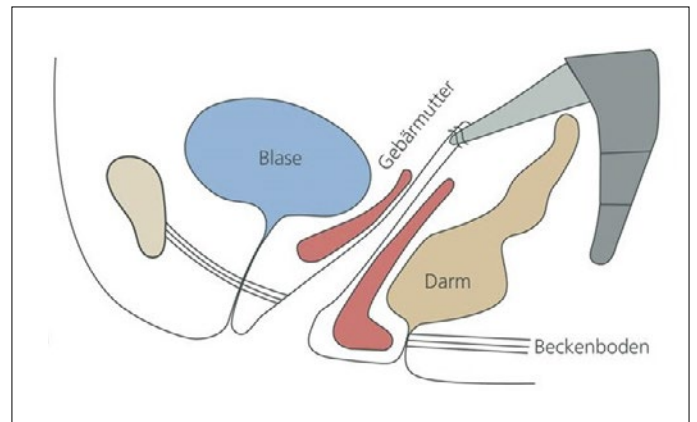


Abb. 1b: Senkungsoperation kombiniert mit Gebärmutterentfernung: Das Scheidenende ist an einem Band im kleinen Becken fixiert, die Blase und der Darm sind durch eine vordere bzw. eine hintere Geweberaffung in ihre ursprüngliche Lage zurückverlegt.

ckenbodenmuskulatur und des Bindegewebes. Die Haltebänder der Beckenorgane verlieren an Elastizität, überdehnen sich und es kommt zur Organsenkung. Aber auch Schwangerschaft und Geburt, chronischer Husten und vermehrtes, starkes Pressen bei häufiger Verstopfung können die Beckenbodenmuskulatur so beanspruchen und schwächen, dass die Organe nicht mehr in der ursprünglichen Position gehalten werden können.

Wie kann eine Senkung behandelt werden?

Zuerst werden nicht-operative Möglichkeiten angewendet. Dazu gehört ein gezieltes Beckenbodentraining mit Unterstützung von Vaginalpessaren und der lokalen Anwendung von Hormoncreme. Diese Behandlung ist äusserst erfolgreich. Bei fast der Hälfte der Patientinnen kann so auf eine Operation verzichtet werden. →

ANZEIGE



Patientenverfügung SRK Damit Ihr Wille zählt.

Wünschen Sie eine Beratung?
Rufen Sie uns an!

Gratisnummer 0800 99 88 44

Montag bis Freitag (8–12 Uhr)

Wir unterstützen Sie gerne beim Erstellen der kompakten oder ausführlichen Version Ihrer Patientenverfügung SRK.

www.patientenverfuegung-srk.ch

Schweizerisches Rotes Kreuz 

Wenn aber diese Massnahmen zu keinem befriedigenden Erfolg führen, ist eine Senkungsoperation indiziert. Abhängig vom Befund und der Gewebestruktur wird eine individuell angepasste Operationstechnik gewählt. Dabei werden die gesenkten Organe – vordere Scheidenwand mit Blase, Gebärmutter, hintere Scheidenwand mit darunterliegendem Darm – wieder in ihre ursprüngliche Lage zurückversetzt (Abb. 1b, 1c, 1d).

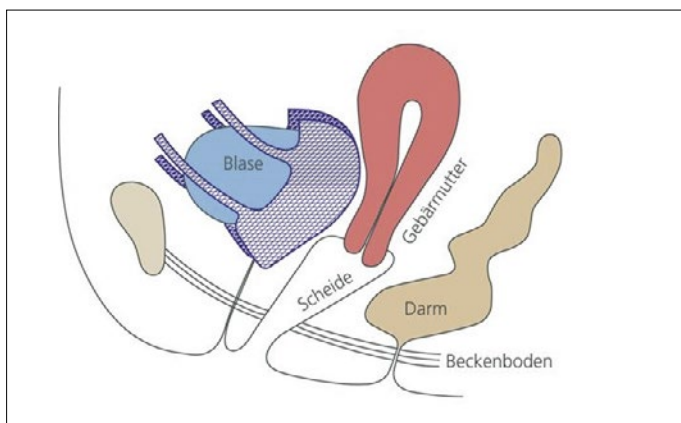


Abb. 1c: Operation eines Blasenvorfalles mittels Netzeinlage zur Gewebeverstärkung bei sehr dünnem Gewebe.

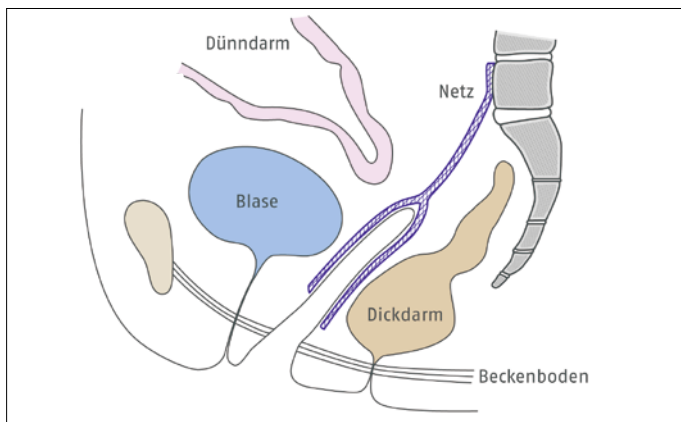


Abb. 1d: Sakrokolpopexie, der heutige Goldstandard der Deszensuschirurgie. Mit einem Polypropylnetz wird der Aufhängeapparat wiederhergestellt. Die Scheidenvorder- und hinterwand werden mit dem Netz am Ligamentum longitudinale anterius auf der Höhe des Promontoriums fixiert (Bild). Diese Operation kann auch uteruserhaltend durchgeführt werden (Hysteropexie).

Senkungsoperationen können durch die Scheide (vaginal) oder durch die Bauchdecke (laparoskopisch) durchgeführt werden. Die Operation ist anspruchsvoll und erfolgt bei gut aufgebautes Eigenewebe häufig als Geweberaffung oder -fixation an stabile körpereigene Bänder im kleinen Becken (Abb. 1b). Ist das Eigenewebe aber sehr schwach, kann zur Unterstützung der gesenkten Organe ein Netz eingelegt werden (Abb. 1c). Nötig ist dies zum Beispiel bei einer erneuten Senkung (Rezidiv) nach einer vorangegangenen Senkungsoperation mittels Geweberaffung.

Die Langzeiterfolge der vaginalen Operationen sind sehr gut. Die Indikationsstellung zur Netzeinlage, die Auswahl eines leichten und teilresorbierbaren Netzes, dessen Anpassung während der Operation und auch die Vor- und Nachbehandlung entscheiden über Erfolg, Misserfolg und Komplikationen.

Heute werden die Deszensusoperationen mehr und mehr auch mittels Bauchspiegelung durchgeführt. Es gibt zwei Techniken, die konventionell laparoskopische oder die Roboter-assistierte Vorgehensweise (Abb. 1d). Die Operation mit dem Da Vinci-Roboter ist besonders für sexuell aktive Frauen mit einem höheren Operationsrisiko, zum Beispiel nach einem Rezidiv, zu empfehlen. Die Roboter-assistierte Technik liefert dem Operateur ein dreidimensionales Bild und ein bis zehnfach vergrössertes Operationsfeld. Dadurch kann präzise, gefäss- und nervenschonend gearbeitet werden. Dank der Roboterarme ist der Zugang auch bis in tiefe Schichten problemlos möglich. Weitere Vorteile sind: kleinere Wundflächen, geringerer Blutverlust und somit auch ein geringeres Infektionsrisiko und eine schnellere Mobilisation. Zusätzlich wird der Schmerzmittelbedarf gesenkt und der Spitalaufenthalt, die Erholungszeit und die Arbeitsunfähigkeit verkürzt. Intraoperative Komplikationen sind selten und die Ergebnisse sehr gut. Der einzige Nachteil sind die zur Zeit noch höheren Kosten. Aber mit der Entwicklung von neuen und günstigeren Robotern wird voraussichtlich auch dieses Problem behoben werden können. =

ÜBER DIE AUTOREN

Prof. Dr. med. Volker Viereck ist Co-Chefarzt der Frauenklinik und Chefarzt Urogynäkologie am Blasen- und Beckenbodenzentrum des Kantonsspitals Frauenfeld.

Marlies von Siebenthal ist Fachfrau für Blasen- und Intimbeschwerden am Blasen- und Beckenbodenzentrum des Kantonsspitals Frauenfeld.

Dr. sc. nat. Marianne Gamper ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Frauenklinik des Kantonsspitals Frauenfeld.