

**Faktoren, die den Descensus genitalis der Frau verursachen bzw. begünstigen  
Was ist gesichert?**

**J. Baltzer**

**Direktor der Frauenklinik, Klinikum Krefeld**

**201. Tagung der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft  
für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Detmold, 05./06. Juni 2002**

Senkungszustände des Genitale sowie des Beckenbodens sind häufig. Es wird angenommen, dass sich bei etwa bei 1/3 der Frauen im Laufe des Lebens eine Senkung entwickelt, wobei diese im Ausmaß sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann (Riss 1998). Unterschieden wird zwischen alleiniger Zystozele bzw. alleiniger Rektozele und dem Descensus uteri et vaginae, wobei hier sowohl die Senkung der vorderen bzw. hinteren Scheidenwand in mehr oder weniger ausgeprägter Form vorliegt. Neben der Rektozelenbildung muss auch die Douglasozelenbildung berücksichtigt werden, wobei besonders bei Scheidenblindsackprolaps nach Hysterektomie der Douglasozelenbildung mit Enterozele besondere Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen zukommt.

Als mögliche Faktoren für die Entstehung von Deszensus bzw. Prolaps sind die kongenitalen Faktoren von den erworbenen Faktoren zu unterscheiden.

Als begünstigend gilt eine familiäre Konstitution bzw. ein möglicher familiärer genetischer Faktor. Chiaffarino et al. (1999) haben in einer sehr sorgfältigen Analyse festgestellt, dass bei Patientinnen mit Prolaps im Vergleich zur Kontrollpersonen in 27,6 % ein Prolaps vorlag, wenn die Mutter ebenfalls einen Prolaps entwickelt hatte, der Prozentsatz eines Prolapses bei Kontrollpersonen ohne familiäre Belastung lag bei 10,6 %. Hatte die Schwester der Patientin einen Prolaps entwickelt, lag der Prozentsatz bei 30,0 %, im Kontrollkollektiv betrug die Prolapshäufigkeit nur 16,2%.

Bedeutungsvoll sind Alter und Menopausestatus. In der genannten Untersuchung waren über 56-jährige Patientinnen im Vergleich zum Kontrollkollektiv eher betroffen. Interessanterweise spielte die Postmenopause nur eine geringere Rolle.

Berücksichtigt man die Anatomie des Beckenbodens mit endopelviner Faszie, Musculus levator ani mit anliegenden Faszien und Diaphragma urogenitale, so wird deutlich, dass der Konstitution und Bindegewebsschwäche, den funktionellen Veränderungen der Fibroblasten sowie der Muskelschwäche und dem Übergewicht besondere Bedeutung bei der Entstehung des Deszensus zukommt. Von Lahodny (1991) werden diese konstitutionellen Faktoren als prädisponierende Faktoren zusammengefasst. Zur Ausprägung des Deszensus kommt es dann, wenn die manifestierenden Faktoren, seien es akut destruktive, seien es chronisch destruktive zur Wirkung kommen. Die Latenzphase geht in die Manifestationsphase über und wird letztendlich von der Dekompensationsphase abgelöst, in der sich die unterschiedlichen speziellen Veränderungen des Deszensus bzw. letztendlich des Prolapses ausbilden können.

Zu den in der älteren Literatur besonders in den Vordergrund gestellten konstitutionellen Faktoren zählt das Übergewicht, wobei in der neueren Literatur dem Übergewicht bzw. dem Body-Mass-Index im Vergleich zu anderen Faktoren nur geringere Bedeutung beigemessen wird (Chiaffarino et al. 1999) (Rinne u. Kirkinen 1999).

Die Bedeutung körperlicher Belastung wurde in älteren Arbeiten überschätzt, die körperliche Arbeit kann nur als ein Teilfaktor für die Entstehung einer Senkung angesehen werden und darf in diesem Zusammenhang nicht überbewertet werden (Riss, 1998).

Als weitere Faktoren sind Begleiterkrankungen wie chronische Bronchitis und Asthma bronchiale zu bedenken, Aspekte auf die Mac Lennan et al. (2002) hingewiesen haben.

Übereinstimmend findet sich in der neueren Literatur der Hinweis, dass der Entbindung besondere Bedeutung als begünstigender Faktor für die Entstehung von Deszensus bzw. Prolaps zukommt. Dazu zählt nicht nur der Geburtsmodus, sondern auch die Dauer der Entbindung, die Art von Nebenverletzungen und das Geburtsgewicht des Kindes.

Von Kölbl (2001) werden für die Entstehung eines Deszensus mit Harninkontinenz bei der Entbindung 4 Hauptmechanismen erörtert: 1. Verletzung bindegewebiger Strukturen, 2. Verletzung von Gefäßen, 3. Schädigung pelviner Nerven, 4. Direkte Verletzung der Harnwege.

Besonders wird der Einfluss einer Schädigung des Nervus pudendus unter der Geburt auf die Entstehung einer Beckenbodeninsuffizienz herausgestellt (Anthuber et al. 2000). Bei der vaginalen Entbindung wird durch Druck und Dehnung des Gewebes der Nervus pudendus geschädigt, so dass es zu einer sekundären typischen Veränderung der Beckenbodenmuskulatur kommen kann, die sich auch morphologisch nachweisen lässt. Schon Allen et al. hatte 1990 bei elektrophysiologischen Untersuchungen eine verlangsamte Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus pudendus nach vaginaler Entbindung feststellen können. Diese Veränderungen waren nach Sectioentbindung nicht nachweisbar gewesen.

Besonders ausgeprägt war die Veränderung der Nervenleitgeschwindigkeit nach Verlängerung der Austreibungsphase bzw. nach Dammriss III.<sup>0</sup>, allerdings hatte die damalige Untersuchung auch erkennen lassen, dass es bei 80 % der Patientinnen nach etwa zwei Monaten post partum zur Normalisierung der Befunde kam.

Dass nicht nur Parität und Art bzw. Dauer der Entbindung bedeutungsvoll ist, sondern auch das Geburtsgewicht des Kindes zeigen Untersuchungen von Rinne u. Kirkinen (1999). In diesen Untersuchungen war statistisch signifikant, dass ein höheres Geburtsgewicht des Kindes als begünstigender Faktor für die Entstehung eines Descensus uteri et vaginae angesehen werden muss.

Fasst man die bisherigen Aspekte der ätiologischen Faktoren zusammen wird deutlich, dass neben genetischen und konstitutionellen Faktoren der Einfluss der vaginalen Entbindung von besonderer Bedeutung für die Entstehung eines Deszensus ist.

Kontrovers werden die Möglichkeiten einer Prophylaxe diskutiert. So wurde z.B. Periduralanästhesie als Möglichkeit der Schonung des Beckenbodens angesehen. Andererseits muss bedacht werden, dass bei Frauen unter Periduralanästhesie nicht selten eine verlängerte Austreibungsperiode mit sekundärer Schädigung des Nervus pudendus zu registrieren ist. Auch die erhöhte Rate von operativ-geburtshilflichen Interventionen unter PDA muss bedacht werden. Kölbl (2001) weist auf die erhöhte Rate von möglichen Nebenverletzungen hin (16,1 %), denen bei der Entstehung eines Deszensus besondere Bedeutung zukommt.

Auch die Indikation zur Episiotomie zur Verhinderung eines Descensus uteri ist nicht mehr gesichert, wie neuere Untersuchungen erkennen lassen (Dannecker u. Anthuber 2000). Als Fazit dieser Ergebnisse wird festgehalten, dass Dammschnitte aus mütterlicher Indikation weitgehend vermieden werden sollten, erst recht die mediane Episiotomie. Die Häufigkeit eines Dammrisses III.<sup>o</sup> und IV.<sup>o</sup> mit entsprechenden Sekundärveränderungen beträgt ohne mediane Episiotomie 1,4 %, mit medianer Episiotomie 6,5 %.

Zusammengefasst kommt den Folgen der vaginalen Geburt für die Veränderungen des Beckenbodens mit späterer Entwicklung eines Deszensus besondere Bedeutung zu. Bei Senkungs- und Inkontinenzbeschwerden sollten vor einer erneuten Entbindung die Vor- und Nachteile einer elektiven Sectio mit der Patientin besprochen werden. Ob dies auch bereits vor der ersten Geburt einer bis dahin beschwerdefreien Patientin angezeigt ist, ist derzeit von jedem Geburtshelfer selbst zu entscheiden (Anthuber et al. 2000).

## Literaturverzeichnis

Allen, J. E., Hosker, G. L., Smith, R. R., Warrell, G. W., Pelvic floor damage and child birth: A neurophysiological Study. *British Journal Obstet, and Gynecol.* 97 (1990) 770 - 779

Anthuber, E., Dannecker, Gh., Hepp, H., Vaginale Geburt - Morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden, Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analsphinkterfunktion. *Gynäkologie* 32 (2000) 857 - 863

Chiaffarino, F., Chatenoud, L., Dindelli, M., Meschia, M., Buonaguidi, A., Amicarelli, F., Surace, M., Bertola, E., Di Cintio, E., Parazzini, F.: Reproductive factors, family history, occupation and risk of uro-genital Prolaps. *European Journal of Obstet, and. Gynecol. and reproductive biology*, 82(1999)63-67

Dannecker, Gh., Anthuber, Gh., The effects of child birth on the pelvic floor. *J. Perinat. Med.* 28 (2000)175-184

Kölbl, H., Schwangerschaft, Geburt und Beckenboden. *Zentralblatt Gynäkologie* 123 (2001) 666 - 671

Lahodny, J., Vaginale Inkontinenz- und Deszensuschirurgie, Enke Stuttgart (1991)

Mac Lennan, J. H., Taylor, A. W., Wilson, E. H., Wilson, D.: The prevalence of pelvic floor disorders and there relationship, To gender Age, Parity and Mode of Delivery. *British Journal of Obstet, and Gynecol.* 107 (2000) 1460 -1470

Progetto Menopausa Italia Study Group: Risk factors for genital prolaps in non hysterectomized women around menopause, Results from a large cross sectional Study in menopausal Clinics in Italy. *European Journal of Obstet, and Gynecol. and Reproductive biology* 93 (2000) 135-140

Rinne, K. M., Kirkinen E. P.: What predisposes young woman to genital prolaps. *European Journal of Obstet, and. Gynecol. and Reproductive biology* 84 (1999), 23 - 25

Riss, P.: Ursachen, Symptomatik und Diagnostik von Senkungszuständen des weiblichen Genitales in: *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*, Band 9, Gutartige gynäkologische Erkrankungen II, Hrsg. H. G. Bender, 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore (1998)