

## **Die operative Korrektur des Scheidenstumpfprolapses**

P. Dall

Frauen, bei welchen aus verschiedensten Gründen vaginal oder abdominal eine Hysterektomie durchgeführt wurde, haben ein geringes Risiko des Scheidenstumpfprolapses. Führt ein Descensus des Uterus u.a. zur Entscheidung der Hysterektomie, so ist auch die Gefahr eines späteren Vaginalprolapses höher. Im Durchschnitt beläuft sich das Risiko auf ca. 1%. Ursache ist die Schädigung des vaginalen Bandapparates. Meist liegen eine vorbestehende Schwäche des Bindegewebsanteils im kleinen Becken oder ein Zustand nach mehreren Vaginalgeburten oder chronische intraabdominale Drucksteigerungen vor.

Ziel der Operation muss die Lagekorrektur der Scheide sowie eine Rezidivprophylaxe sein. Es gibt zwei etablierte Verfahren, dieses zu erreichen: Die sakrospinale Fixation (vaginal operatives Vorgehen) und die Sakrokolpopexie (abdominales Vorgehen). Die präoperative Diagnostik ist zur Erhebung alternativer Differentialdiagnosen wie der schweren Zysto- oder Rektozele sowie der Enterozele wichtig. Auch muss die Symptomatik eines intermittierenden Harnverhalts oder einer Streß-Haminkontinenz in Betracht gezogen werden. Die Repositionierung der Vagina führt auch zu ausgeprägten Veränderungen des urethrovesikalen Winkels sowie der Position der Ampulla recti. Ferner ist auf eine ausreichende Östrogenisierung der Vaginalhaut zum Erlangen besserer präparatorischer Verhältnisse zu achten.

Die **sakrospinale Fixation** wird mit einer medianen Inzision der vorderen und hinteren Vaginalwand begonnen. Die Vaginalwand wird nach lateral von Blase und Rektum abpräpariert. Im Falle einer Enterozele muss der Douglasraum eröffnet werden und durch eine hohe Peritonealnaht verschlossen werden. Im folgenden wird eine klassische vordere Kolporrhaphie durchgeführt zur Beseitigung einer ggf. bestehenden Zystozele. Anschließend erfolgt die Freilegung des zumeist rechten Ligamentum sacrospinale. Hierfür muss der Rektumpfeiler durchbohrt werden und das Rektum nach medial, der Urteter nach vorne und die Levatorplatte nach lateral verdrängt werden. Es sollten 2 - 3 Nähte durch das Lig. sacrospinale gestochen werden, ohne die darunter laufenden Vasa pudenda bzw. den Nervus pudendus, der sehr lateral unter der Spina ischiatica verläuft, zu verletzen. Aus diesem Grunde sollten die Nähte ca. fingerbreit medial der Spina eingestochen werden. Anschließend werden die Nähte an die Rückseite des Scheidenstumpfes geknüpft, so dass der Vaginalstumpf nun dextroponiert und deutlich eleviert ist. Die Fäden werden von lateral nach medial geknotet. Ziel ist die innige Verwachsung zwischen Scheidenstumpf und Lig. sacrospinale.

Bei der **abdominalen Sarokolpopexie** wird der Scheidenstumpf zunächst freipräpariert und deperitonealisiert. Hierbei wird die Hamblase nach ventral kaudal und das Rektum nach dorsal kaudal abpräpariert, um eine genügend lange Strecke zur Fixierung des Netzes zu gewinnen. Bei diesem Procedere sollte ein Stieltupfer den Scheidenstumpf in gestreckter Position halten, um die Schichten besser präparieren zu können. Eine Prolenenetz wird mit einer 1 x 0 PDS-Naht sicher im Bereich der ersten 3 cm des Vaginalstumpfes fixiert. Bei den Fixiernähten ist darauf zu achten, dass die Scheide nicht durchstochen wird, um einer Infektion des

Interponats keinen Vorschub zu leisten. Im Bereich des Sakrums, wird das Peritoneum rechts entlang des rektosigmoidalen Überganges gespalten und das Lig. longitudinale anterius freigelegt. Die Freilegung ist wichtig, um eine sichere Verankerungsmöglichkeit für die PDS-Naht im Ligament bzw. Periost des Sakrums zu sichern. Die Verankerung des Interponats sollte nicht zu straff erfolgen, um die Scheide spannungsfrei zu verankern. Nach Reperitonialisierung des parietalen Peritoneums im Bereich des rektosigmoidalen Übergangs kann bei Vorliegen einer Enterozele der Douglasraum über sagittal verlaufende Nähte verschlossen werden (Halban-Nähte). Hier ist im Gegensatz zum Douglasverschluss durch eine Tabaksbeutelnaht nach Moschoowitz das Risiko einer Kompromittierung der Harnleiter oder Defäkationsproblematik geringer. Die abdominale Sakrokolpopexie ist in den Händen des Geübten auch laparoskopisch durchführbar, darf jedoch nicht zu Kompromissen bei der Art der Interponatverankerung oder Vaginalpräparation führen.

Vergleicht man beide Verfahren hinsichtlich intra- und postoperativer Komplikationen sowie Früh- und Spätergebnissen, findet man in der Literatur recht unterschiedliche Angaben. Insgesamt sind jedoch beide Verfahren als standardisierte Verfahren akzeptiert im Vergleich zu zahlreichen weiteren Modifikationen in Bezug auf Zugangsweg, Interponatmaterial und Fixation. Insgesamt ist bei der Patientin mit einer recht kurzen Scheide oder einer sehr ausgeprägten Enterozele eher das abdominale Vorgehen zu bevorzugen, während bei der Patientin mit ausgeprägter Rekto- oder Zystozele sowie einem hohen internistischen Operationsrisiko oder auch bei Wunsch nach Regionalanästhesie die sakrospinale Fixation tendenziell zu bevorzugen ist. Die Rezidivrate liegt bei beiden Verfahren etwa bei 2 - 3%.

## Literatur

1. DeLancey JO (1992) Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 166:1717-1728
2. Carey MP, Slack MC (1994) Transvaginal sacrospinous colpopexy for vault and marked uterovaginal prolapse. Br J Obstet Gynaecol 101:536-540
3. van Lindert AC, Groenendijk AG, Scholten PC, Heintz AP (1993) Surgical support and suspension of genital prolapse, including preservation of the uterus, using the Gore-Tex soft tissue patch ( a preliminary report). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 50:133-139
4. Baessler K, Schuessler B (2001) Abdominal sacrocolpopexy and anatomy and function of the posterior compartment. Obstet Gynecol 97:678-684
5. Nichols DH, Milley PS, Randall CL (1970) Significance of restoration of normal vaginal depth and length. Obstet Gynecol 36:251-256
6. Dannecker C, Hepp H, Strauss A, Anthuber C (2002) Abdominale Sakrokolpexie versus vaginale sakrospinale Fixation. Gynäkologe 35:146-154 Springer Verlag 2002