

Interdisziplinarität in der Beckenbodenbehandlung

State of the art der operativen Therapie des hinteren Kompartiments bei Frauen

von Dr. med. habil. Annett Gauruder-Burmester

Das System der Gesundheitsversorgung ist extrem arbeitsteilig und spezialisiert. Die Patientinnen werden von verschiedenen Personen sowie unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen behandelt und betreut. Ein solches System beinhaltet zahlreiche Schnittstellen und Übergänge sowie einen hohen Koordinations- und Kommunikationsbedarf. Zusätzlich sind die Fragmentierung von Abläufen, Diskontinuitäten, Depersonalisierungen und vor allem Unzufriedenheiten bei Patientinnen in ausgeprägten arbeitsteiligen Systemen zu beobachten.

Insbesondere für Patientinnen im Rahmen einer Beckenbodenbehandlung kann die oben beschriebene Problematik bedeuten, dass sie sich immer wieder auf andere oder neue Fachpersonen einstellen müssen. Gleichzeitig müssen sie ihre Bedürfnisse, individuellen Probleme und Erwartungen permanent wiederholen. Das heißt auch, dass mehrmals die gleichen oder ähnlichen Fragen bei verschiedenen Fachpersonen beantwortet werden müssen. All das führt dazu, dass Therapiemaßnahmen ohne Kon-

tinuität und Koordination erlebt werden. Der Behandlungsprozess wird als nicht persönlich und damit auch nicht bedarfsorientiert wahrgenommen. So machen es wechselnde Kontakte bei aller Professionalität des betreuenden Ärzteteams nahezu unmöglich, eine tragende und andauernde Vertrauensbasis aufbauen zu können. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Interdisziplinarität nur eine Modeerscheinung oder eine zukunftsweisende Herausforderung darstellt, die es insbesondere in der Urogynäkologie anzunehmen gilt?

Entscheidend im Ringen um eine optimale Behandlung ist ein balancierter Interessenausgleich gepaart mit nachhaltig strategischem Handeln, aber auch ein konzentriertes Miteinander aller Akteure (Abb. 1). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewinnt in unserer Gesellschaft als maßgebliche Betreuungsgrundlage immer größere Bedeutung. Alle Berufsgruppen, die dem medizinischen Bereich angeschlossen sind – ob akademische oder dienstleistende Berufe – benötigen diese Art der Zusammenarbeit, um so die Zufriedenheit der Patientinnen zu erreichen und glaubwürdige Hilfe für Betroffene zu leisten.

Hinteres Kompartiment

Hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Beckenbodenchirurgie gibt es die persönliche Expertise, andererseits eine wissenschaftliche Grundlage. Es erscheinen täglich unzählige Publikationen zur Therapie bei Defekten am Beckenboden. Für den Anwender ist es daher äußerst schwierig, sich ein objektives Bild zu verschaffen und eine Meinung zum eigenen Vorgehen zu entwickeln. Es wäre daher nicht ganz richtig nur das Cochranereview von 2007 zu zitieren (unter anderem bei Maher et al. 2010). Ziel der folgenden Darstellung ist, die anatomische Einteilung des hinteren Kompartimentes zu vermitteln, Organe und Funktionen zuzuordnen und auf Diagnostik und Therapie von Funktionsstörungen einzugehen.

Die weibliche Scheide ist dazu da, bestimmte Organe in ihrer Funktion zu erhalten und zu unterstützen, damit es nicht zu unerwünschten Funktionsausfällen kommt. Die genitale Sexualität, bei welcher die Scheide eine wesentliche Rolle spielt, stellt eine von drei Säulen dar, die in der Sexualmedizin postuliert werden. So kann die Scheide aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln betrachtet werden. Dies sei explizit erwähnt, da sie im Folgenden nur im Bereich des hinteren Kompartiments dargestellt und erläutert werden soll. Nach DeLancey (1992) wird sie in ein vorderes und hinteres Kompartiment eingeteilt. Ohne diese Grundkenntnisse der anatomischen Strukturen ist ein Verständnis der komplexen Funktion des Beckenbodens nicht möglich und damit eine suffiziente Behandlung ausgeschlossen. Schlüsselwörter in diesem Zusammenhang sind: Deszensus genitalis, Hämorrhoiden, Sphinkterdefekt, Analinkontinenz, stool outlet-Symptomatik (Entleerungsstörungen), Dyspareunie und Senkungsbeschwerden.

Definition und Einteilung

Im hinteren Kompartiment existiert ein Halteapparat. Dieser setzt sich aus Bindegewebe und dem Muskulus levator ani zusammen.



Abb.1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit im OP

Abb. 2: Beckenbodentraining ist ein wesentlicher Baustein der konservativen Therapie bei Defekten des Muskulus sphinkter ani (links: Beine hüftbreit aufgestellt wird die Hüfte im Wechsel angehoben und abgesenkt, rechts: leichte Fahrradbewegung in Rückenlage).



Im unteren Vaginaldrittel kommt es dabei zur Verschmelzung mit dem Perinealkörper. Die vaginale Einteilung bezieht sich auf Level I (Enterozele), Level II (Rektozele) und Level III (Perineum).

Im Einzelnen soll auf folgende anatomische Defekte eingegangen werden:

- Rektozele
- Enterozele
- Scheidenstumpfdeszensus
- Analprolaps
- Rektumprolaps
- Hämorrhoidaler Symptomenkomplex
- Defekt des Muskulus sphinkter ani

Symptomatiken im Bereich des posterioren Kompartimentes können sehr unterschiedlich sein. Selbst wenn die oben genannten Defekte vorliegen ist es nicht unabdingbar, dass Beschwerden angegeben werden.

Diagnostik und Therapie bei Rektozele

Eine Rektozele ist eine Aussackung der Mastdarmvorderwand in die Scheide aufgrund einer Schwäche der Wandschichten zwischen Enddarm und Scheide (Septum rektovaginale). Symptome können Senkungsbeschwerden, Dyspareunie, Analinkontinenz, eine stool outlet-Symptomatik, Blasenentleerungsstörungen und Harninkontinenz sein. Zur Diagnostik erfolgt bei zum Beispiel einer Rektozele mit Blasenentleerungsstörung beziehungsweise Harninkontinenz die gynäkologische Untersuchung (Deszensuseinteilung nach Baden und Walker), Introitussonografie sowie die rektale Untersuchung. Bei Rektozele mit stool outlet-Symptomatik erfolgt außerdem die Defäkografie und gegebenenfalls ein dynamisches MRT, bei Rektozele mit Analinkontinenz die Endoanalsonografie.

Liegt eine Senkungsproblematik, Dyspareunie, Blasenentleerungsstörung oder Harninkontinenz vor, sollte eine operative Behandlung der Rektozele in Betracht gezogen werden. Auch hier steht in der Primärsituation die hintere Plastik an erster Stelle. Die circa 10 Prozent höheren anatomischen Erfolgsraten bei Einsatz von Netzimplantaten sind ebenfalls der höheren Komplikationsrate gegenüber zu stellen. Bei vorliegender zusätzlicher Intussuszeption (Invagination) mit Analinkontinenz und stool outlet-Symptomatik kommt ein transanales Vorgehen (zum Beispiel stapled transanal rectal resection, STARR) infrage, ohne Intussuszeption steht die operative Behandlung der Rektozele im Vordergrund.

Behandlung der Enterozele

Die Enterozele ist eine echte Hernie mit peritonealem Bruchsack und Bruchpforte. Symptome können Senkungsgefühl, aber auch Beschwerden wie bei der Rektozele sein. Zur Diagnostik erfolgt die gynäkologische und rektale Untersuchung, Defäkografie mit Darstellung des Sigmas und des Dünndarms, ein dynamisches MRT sowie die Introitussonografie zum Ausschluss von Zusatzbefunden. Therapieziel ist eine erneute Adaptation der Organe durch eine Enterozelenversenkung. Wesentlich ist dabei der Bruchsackverschluss. Bei einer Rektoenterozele wird ein Vorgehen wie bei der Rektozele empfohlen.

Scheidenstumpfdeszensus, Analprolaps & Rektumprolaps

Ein Scheidenstumpfdeszensus kann entweder vaginal, abdominal oder laparoskopisch versorgt werden: Vaginal erfolgt die vaginae fixatio nach Amreich/Richter, Shull-Operation, Meshinterponat, abdominal und laparoskopisch eine Sakropexie beziehungsweise eine Shull-Operation.

Die infra-kozygeale Sakropexie (ICS) stellt dabei ein Operationsverfahren mit einem spannungsfreien Band zur Korrektur des Scheidenstumpfprolapses dar. Mittels Sakropexie können unter Umständen auch Funktionsstörungen wie beispielsweise eine Harn-drangsymptomatik und Nykturie günstig beeinflusst werden. Patientinnen mit Narbengewebe am Blasenhal als Folge von Voroperationen zeigten in einer Untersuchung von Niesel und Neeb (2003) allerdings keine Funktionsverbesserung.

Unter einem Analprolaps versteht man eine Ausstülpung der Hämorrhoidalzone sowie der Rektumschleimhaut vor das Anallumen. Unterscheiden kann man den Analprolaps vom Rektumprolaps an der Anordnung der Falten. Beim Analprolaps sind sie strahlenbeziehungsweise sternförmig angeordnet, beim Rektumprolaps ziehen sie kreisförmig um die Öffnung herum. Mögliche Symptome beim Analprolaps sind Analinkontinenz, Senkungsgefühl, Schmerzen und Feuchtigkeit. Zur Diagnostik erfolgt die klinische Untersuchung mit Pressversuch, Endoanalsonografie, Proktoskopie und Rektosigmoidoskopie. Bei einem vollständig fixiertem Prolaps kommt nur ein operativer Eingriff infrage (zum Beispiel eine Operation nach Longo oder nach Milligan-Morgan).

Ein Rektumprolaps ist eine graduelle Intussuszeption sämtlicher Wandschichten des Rektums. Der Vorfall kann spontan auftreten, aber auch durch Stuhlentleerung ausgelöst werden. Häufig gleitet der Rektumprolaps ebenso spontan zurück. Manchmal muss er aber manuell reponiert werden. Häufig betroffen sind Patientinnen zwischen 20 und 30 Jahren oder nach dem 50. Lebensjahr. Als Ursache wird vermutet, dass eine Fixationsschwäche des Enddarms im Bereich des Beckens zum Rektumprolaps

führt. Wir unterscheiden dabei einen äußeren und inneren Prolaps (Der Vorfall bleibt auf die Ampulle beschränkt). Differenzialdiagnostisch muss man den reinen Mukosaprolaps unterscheiden. Hier prolapiert nur die Schleimhaut der unteren Rektumvorderwand in den Analkanal. Verschiedene Ausprägungsformen beim Rektumprolaps werden unterschieden:

- Grad I:** äußerlich nicht sichtbare, innere Einstülpung (Innussuszeption)
- Grad II:** äußerlich sichtbarer Prolaps mit spontaner Reposition
- Grad III:** äußerlich sichtbarer Prolaps, manuelle Reposition nötig
- Grad IV:** Reposition nicht mehr möglich

Die Symptome beim Rektumprolaps sind Analinkontinenz, Obstruktion, Fremdkörper- und Senkungsgefühl, ständiger Stuhl drang, Schmerzen, Inkarzeration und Gangrän. Die Diagnostik umfasst die klinische Untersuchung, Proktoskopie, Rektosigmoidoskopie, Defäkografie, das dynamische MRT, die Endoanalsonografie sowie eine Rektummanometrie. Ein Prolaps ersten Grades benötigt in der Regel keine Therapie. Höhergradige Enddarmvorfälle müssen in der Regel chirurgisch behandelt werden. Verfahren hierbei sind: Rehn-Delorme-Operation (transanal) bei älteren Patienten, laparoskopische und offene Resektionsrektoplexie Grad III-IV.

Hämorrhoidaler Symptomenkomplex

Hämorrhoiden sind eine Hyperplasie des arteriell gespeisten Korpus kavernosum rekti und werden wie folgt eingeteilt:

- Grad I:** vergrößerte Hämorrhoiden ohne Prolaps
- Grad II:** prolabierende Hämorrhoiden, spontane Reposition
- Grad III:** manuell reponierbare, prolabierende Hämorrhoiden
- Grad IV:** Hämorrhoidalprolaps

Zum Beschwerdebild gehören Thromben, Kontaktblutungen, Ekzem, Brennen, Jucken sowie Nässen. Zur Diagnostik erfolgt die Proktoskopie/Rektoskopie sowie eine Rektosigmoidoskopie bei Patienten, die älter als 50 Jahre alt sind. Im Stadium I. kann eine konservative Behandlung durchgeführt werden (Sklerosierung), im Stadium II die Gummibandligatur mit oder ohne Sklerosierung. Stadium III und IV erfordern ein operatives Vorgehen (segmentäre Verfahren, zirkuläre Verfahren, Operation nach Longo).

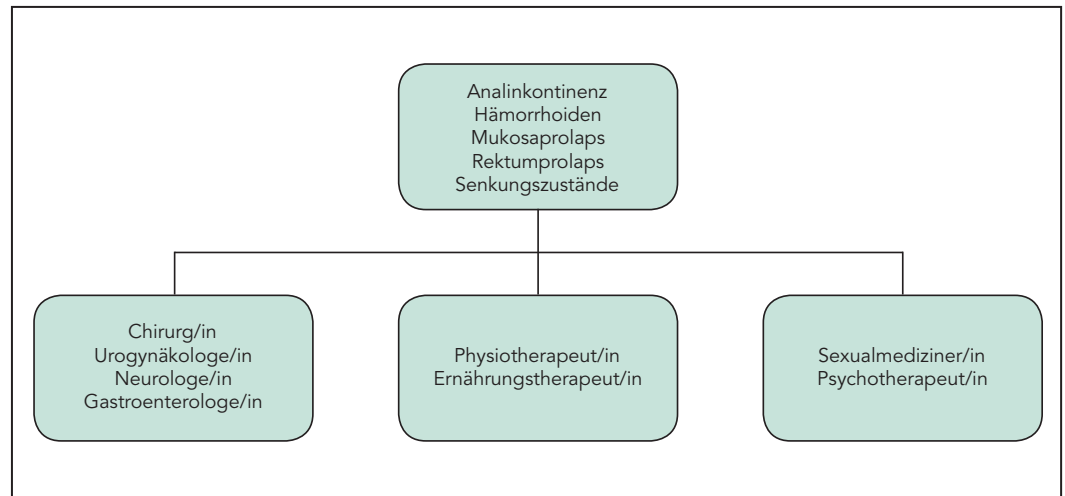


Abb. 3: Organigramm zum interdisziplinären Herangehen bei Erkrankungen des hinteren Kompartiments

Defekt des Muskulus sphinkter ani

Beim Defekt des Muskulus sphinkter ani besteht die Unfähigkeit, den Stuhl willentlich bis zur gewünschten Defäkation zurückzuhalten. Die Einteilung des Defektes erfolgt in unterschiedliche Grade:

- Grad I:** gelegentliche, geringe Verschmutzung der Wäsche, selten Abgang von Winden
- Grad II:** häufiger unkontrollierter Abgang von Darmgasen, häufige Verschmutzung der Wäsche, Abgang von flüssigem Stuhl
- Grad III:** Stuhlinkontinenz für alle Stuhlqualitäten

Für die Diagnostik sind neben der Anamnese Inspektion im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung, die anorektale Palpation unersetzlich. Weiterhin erfolgt die Proktoskopie, Endoanalsonografie, Manometrie zur Verlaufsbeobachtung, Nadelmyografie sowie die gastroenterologische Abklärung bei langfristigen Diarrhöen. Auf der Suche nach Sphinkterdefekten gibt dabei eine Verkürzung des Dammes bereits einen wichtigen Hinweis, ebenso wie eine fehlende partielle Fältelung der Analregion. Die anale Sphinktersonografie erlaubt die Darstellung der gesamten externen und internen Sphinktermuskulatur in den verschiedenen Etagen und damit auch die Identifikation entsprechender Defekte.

In der Behandlung steht an erster Stelle eine konservative Therapie. Diese besteht aus einem Beckenbodentraining, Ernährungstherapie und gegebenenfalls einer medikamentösen Einstellung (Abb. 2). Bei entsprechendem Leidensdruck ist eine operative Vorgehensweise indiziert. Bei postpartalen Frauen und sehr großen Defekten kommt ein Sphinkterrepair (Over-

lapping) und gegebenenfalls zusätzlich eine hintere Plastik und Introitusrekonstruktion infrage. Eine entscheidende Therapiemöglichkeit bei Patientinnen ohne oder mit nur unwesentlichem Defekt sowie neurologischem Defizit stellt die sakrale Neuromodulation dar. Versagt diese, ist als nächste Möglichkeit der artifizielle Sphinkter optional. Eine Graziisplastik, die Anlage eines Stomas und die anale Irrigation sollen als Möglichkeiten noch genannt werden. Diese Optionen stehen ausgewählten Fällen zur Verfügung.

Fazit für die Praxis

Diagnostik und Therapie bei den erläuterten Beckenbodenbehandlungen, ob konservativ oder operativ, sollten in interdisziplinärer Absprache mit Findung gemeinsamer Festlegungen zum Prozedere durchgeführt werden (Abb. 3). Eine örtliche Trennung ist zu vermeiden, damit die Patientin eine interdisziplinäre Meinung in gleicher Sitzung mitbekommen kann. Gegebenenfalls ist dies auch im Rahmen der Telemedizin durchführbar. Von den leitenden Akteuren der einzelnen Fachbereiche ist eine hohe Qualifikation, wie zum Beispiel das Grading der AGUB (Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion) oder die Zusatzausbildung in der Proktologie zu fordern. ■

Literaturhinweis: Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich, E-Mail: redaktion@gyne.de



Korrespondenzadresse:
PD Dr. med.
Annett Gauruder-Burmester
Leiterin IBBZ/Helios Klinikum
Berlin-Buch
Friedrichstraße 134, 10117 Berlin
E-Mail:
a.gauruder@googlemail.com

Danke schön, dass Sie uns vertrauen.



Immer mehr Ärzte setzen auf die CMA-Pille* von DR. KADE. Geben Sie Ihren Patientinnen auch weiterhin schöne Sicherheit!



* Wirkstoffe: 2 mg Chlormadinonacetat/0,03 mg Ethinylestradiol (wie Belara)

DR. KADE/BESINS Pharma GmbH, Berlin, DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin
Minette® 2 mg/0,03 mg Filmtabletten

Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 Filmtbl. enth. 2 mg Chlormadinonacetat u. 0,03 mg Ethinylestradiol. Sonst. Bestand.: Eisen(III)-oxid, Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol 6000, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich], Maisstärke, Povidon K30, Talkum, Titandioxid. Anwendung: Hormonale Kontrazeption. Gegenanzeigen: Bestehende/vorausgegangene bzw. Prädisposition für arterielle/venöse Thrombosen (z. B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie, Antiphospholipid-Antikörper); Vorstadien od. Anzeichen einer Thrombose, Thrombophlebitis od. Symptome einer Embolie, z. B. transitorisch ischämische Attacke, Angina pectoris; geplante Operationen (mind. 4 Wochen vorher), längere Immobilisation, Diabetes mellitus mit Gefäßveränd., entgleister Diabetes mellitus, unkontrollierte Hypertonie od. signifikante Blutdruckerhöh. (ständige Werte > 140/90 mm Hg); Hepatitis, Ikterus, Leberfunktionsstör., generalisierter Pruritus und Cholestase insbes. währ. einer vorangegangenen Schwangerschaft od. Estrogen-therapie; Dubin-Johnson-Syndrom, Rotor-Syndrom, Stör. der Gallesekretion; vorangegangene/ bestehende gut-/böartige Lebertumoren, starke Oberbauchschmerzen, Lebervergrößerung od. Symptome für intraabdominale Blutungen, Porphyrie; bestehende/vorausgegangene hormonempfindliche böartige Tumoren, z. B. Brust- od. Gebärmuttertumoren; schwere Fettstoffwechselstörungen, bestehende/vorausgegangene Pankreatitis mit schwerer Hypertriglyceridämie; erstmaliges Auftreten migräneartiger/ gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte (Migraine accompagnée); akute sensorische Ausfälle, z. B. Seh- od. Hörstör., motorische Stör. (insbes. Paresen); Zunahme epileptischer Anfälle; schwere Depressionen; Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften; ungeklärte Amenorrhoe, Endometriumhyperplasie, ungeklärte Genitalblutungen; Überempfindlichkeit gg. Chlormadinonacetat, Ethinylestradiol od. einen der sonst. Bestand. Schwangerschaft und Stillzeit. Risikofaktoren für venöse od. arterielle Thrombose. Enth. Lactose. Frauen mit erblich bedingt. Galaktoseintoleranz, Lapp-Laktase-Mangel od. Glukose-Galaktose-Malabsorption sollten Minette nicht einnehmen. Nebenwirkungen: Zwischen- u. Schmierblutungen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, depressive Verstimmg., Reizbarkeit, Nervosität, Schwindel, Migräne (u./od. deren Verschlechterung), Sehstör., Konjunktivitis, Beschwerden beim Tragen von Kontaktlinsen, Hörsturz, Tinnitus, Bluthochdruck, Hypotonie, Kreislaufkollaps, Varikosis, venöse Thrombose, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall, Akne, Pigmentierungsstör., Chloasma, Haarausfall, trockene Haut, Urtikaria, allerg. Hautreaktion, Ekzem, Erythem, Juckreiz, Verschlechterung einer Psoriasis, Hirsutismus, Erythema nodosum, Rückenschmerzen, Muskelbeschwerden, Fluor vaginalis, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Unterbauchschmerzen, Galactorrhoe, Fibroadenom der Brust, genitale Candida-Infektion, Ovarialzyste, Brustvergrößerung, Vulvovaginitis, Menorrhagie, prämenstruelles Syndr., Arzneimittelüberempfindlichkeit (einschl. allerg. Reakt.), Müdigkeit, Schwere in den Beinen, Ödem, Gewichtszunahme, Libidoabnahme, Schweißneigung, Appetitzunahme, Blutdruckanstieg, Veränd. der Blutfette einschl. Hypertriglyceridämie, erhöht. Risiko venöser u. arterieller Thromboembolien (z. B. venöse Thrombose, Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt), erhöht. Risiko für Gallenwegserkrank., gutartige – noch seltener böartige – Lebertumoren (in Einzelfällen mit lebensbedroh. Blutungen in der Bauchhöhle), Verschlechterung von chronisch-entzündl. Darmerkrank. (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Zervix- od. Mammakarzinom, bei hereditärem Angioödem mögliche Auslösung/Verschlimmerung von Symptomen eines Angioödems. Weit. Hinw. s. Fach- und Gebrauchsinfo. Stand: 01/2011

DR. KADE
BESINS

