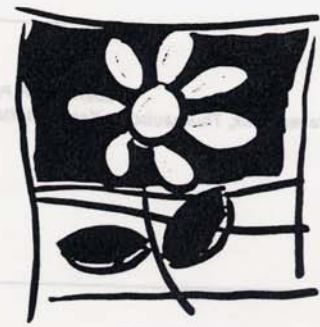


AKTUELLES ZUM THEMA HARNINKONTINENZ

2



EINFÜHRUNG

Die urogynologische Praxis hat in den letzten Jahren eine steigende Bedeutung erlangt. In der Gynäkologie (1, 2) sind die verschiedenen Formen der Harninkontinenz (3, 4) und ganz besonders die Therapieansätze mit Selbstweiden der Praxis und Östrogenpräparaten werden die Beherrschung erlangt. In der Praxis ist es notwendig, nicht nur die Ursache der Harninkontinenz zu ermitteln, sondern auch eine voll konservative Therapie und die medikamentöse Einleitung der Harninkontinenz zu ermitteln. In der Praxis sind viele Ursachen- und Harninkontinenz-erkrankungen nicht so gut unterscheidbar wie in der Theorie (5) wie Östrogen-Gabe anzuwenden.

PRAXISTYPEN

Schon im Altertum (6, 7) war die Behandlung der Harninkontinenz durch Praxis bekannt. Eine eigene Studie über die Praxis der Harninkontinenz in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, so erfasste die American Medical Association (8) im Jahre 1967 nicht weniger als 153 Praxisformen. Zur Praxis (Abb. 1) gehören dabei unterschiedliche Harninkontinenzformen (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Praxis der Harninkontinenz ist ein wichtiges Thema in der Gynäkologie. In der Praxis ist es notwendig, nicht nur die Ursache der Harninkontinenz zu ermitteln, sondern auch eine voll konservative Therapie und die medikamentöse Einleitung der Harninkontinenz zu ermitteln. In der Praxis sind viele Ursachen- und Harninkontinenz-erkrankungen nicht so gut unterscheidbar wie in der Theorie (5) wie Östrogen-Gabe anzuwenden.

SCHLÜSSELWÖRTER

Praxis - konservative Therapie - Harninkontinenz - Östrogen - Selbstweiden - Kollagen - Miktondehnen - Kollagen - Kollagen



Pessartherapie in der Urogynäkologie

J. Eberhard, P. Pescatore, V. Geissbühler
Frauenklinik, Thurgauisches Kantonsspital Frauenfeld (Chefarzt: PD Dr. med. J. Eberhard)

ZUSAMMENFASSUNG

Die Pessarbehandlung von Deszensus- und Harninkontinenzbeschwerden war früher komplikationsreich und unangenehm, weshalb sie durch die operative Urogynäkologie weitgehend verdrängt wurde.

In den letzten Jahren führten neue Pessarmodelle und Behandlungskonzepte zu besseren Ergebnissen und dadurch zu einer eigentlichen Renaissance der Pessartherapie.

In dieser Arbeit werden verschiedene Pessartypen vorgestellt und ihre Anwendung diskutiert. Pessare können, zusammen mit adjuvanten Therapiemassnahmen, urogenitale Funktionsstörungen schon in wenigen Monaten heilen. Wo dieses Ziel nicht erreicht wird, können prä- und postoperative Pessarbehandlungen den Operationserfolg verbessern. Deszensusbeschwerden werden überwiegend mit Würfel-pessaren behandelt, die Harninkontinenz mit Urethrapessaren, gelegentlich auch mit VIVA Stöpseln. Bei vaginalen und urethralen Narben und Strukturen, die zu Kohabitations- und Miktionsbeschwerden führen, werden, je nach Beschwerdebild, Würfel-pessare, Vaginaldobbies und VIVA Stöpsel eingesetzt.

SCHLÜSSELWÖRTER

Pessare – Konservative Therapie – Harninkontinenz – Deszensus – Prolaps – Vaginalstenosen – Urethralstenosen – Miktionsbeschwerden – Kohabitationsbeschwerden

EINLEITUNG

Die urogynäkologische Pessartherapie erlebte in den letzten Jahren eine eigentliche Renaissance. Bessere Pessarmodelle (1, 2), pflegeleichtere Materialien, erweiterte Indikationen (2, 4) und ganz besonders neue Therapiekonzepte mit Selbstwechsel der Pessare und Östrogenapplikation machen die Behandlungen erfolgreicher und angenehmer. Hinzu kommt aber auch eine wachsende Bereitschaft der Patientinnen für anspruchsvolle konservative Therapien und die medizinische Einsicht, dass viele Deszensus- und Inkontinenzoperationen bei kritischer Nachkontrolle nicht so gute Spätergebnisse zeigen (3, 4) wie Operateure gerne annehmen.

PESSARTYPEN

Schon im Altertum (15, 21) war die Behandlung des Uterusprolapses durch Pessare bekannt. Eine eigentliche Blüte erlebte die Pessartherapie in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts. So erfasste die American Medical Association (21) im Jahre 1867 nicht weniger als 123 Pessartypen. Zur Vielfalt (Abb. 1) beigetragen haben unterschiedliche Materialien (14, 15, 18, 19, 20) und Formen (1, 2, 10, 19, 20). Hergestellt wurden die Pessare aus Stein, Kupfer, Zinn, Glas, gebranntem Ton, Porzellan, Kautschuk und Hartgummi. Heute bestehen sie meistens aus Silikon. Als Formvarianten finden wir (2, 20) Kugeln, Birnen, Stöpsel, verformte Schleifen (19), Ballone (2, 21), Klammern (10), Würfel und am häufigsten Ring- und Schalenformen (2) teils verbunden mit Keulen und Bügeln (14). Die Pessare unterscheiden sich auch in ihrer Festigkeit. Sie können starr und unverformbar, semiflexibel verformbar, faltbar oder elastisch sein. Die elastischen Pessartypen haben teils eingebaute Stahlfedern.



Abb. 1: Verschiedene Pessartypen.

**WIRKUNGSMECHANISMUS
VERSCHIEDENER PESSARE**

Alle Pessare üben durch eine direkte Kraft oder über ein Drehmoment (Hebelpessare) (15, 18, 19) einen Druck auf die Zielorgane aus. Je nach Pathologie und Pessartyp bewirken sie eine Reposition des Deszensus, eine Anteflexion des retroflektierten Uterus, eine Verbesserung der Harninkontinenz oder eine Auflockerung und Dilatation von Narben und Stenosen. Damit die Pessare den notwendigen Druck auf das Gewebe ausüben können, brauchen sie eine Abstützung oder ein Widerlager.

Die Ring- und Schalenpessare (Abb. 1) gewinnen ihren Halt (15, 20), indem sie seitlich auf den medialen Schenkeln der Levatormuskulatur aufliegen (Abb. 2, 3). Sie können herausfallen, wenn der Pessardurchmesser zu klein ist, die Levatorenschenkel insuffizient sind oder das Pessar auf die Kante kippt. Ein Kippen kann durch das Anbringen (14) von Keulen oder Bügeln (Abb. 2) verhindert werden.

Bei insuffizienten Levatorenschenkeln oder bei narbigen engen hinteren vaginalen Verhältnissen lassen sich Pessare nicht auf die Levatorplatte auflegen. Früher blieb als einziger Ausweg (18, 20) nur das sogenannte *Hysterophor* (Abb. 4), ein Keulen- oder Stöpselpessar,

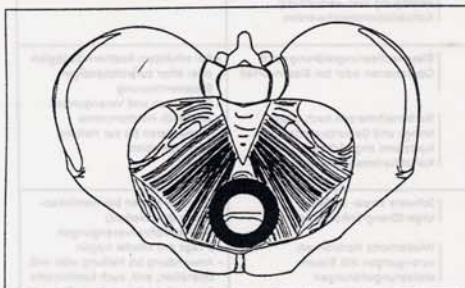


Abb. 2: Ringpessar von kraniokaudal gesehen, auf den medialen Levatorenschenkeln aufliegend.

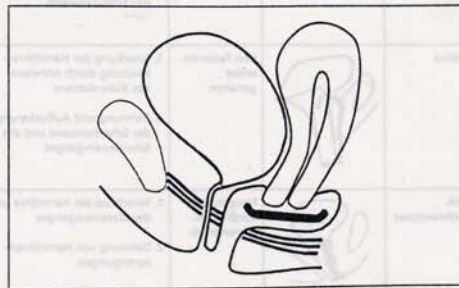


Abb. 3: Schalenpessar, gestützt auf Levatorplatte im Sagittalschnitt.

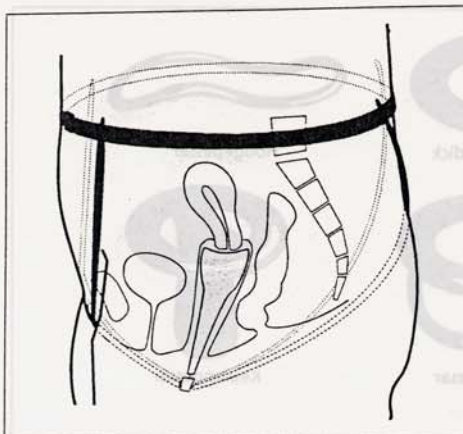


Abb. 4: Hysterophor.

gestützt auf einen Tragapparat, der an einem Beckengurt befestigt wurde.

Das Hysterophor wurde verdrängt durch das Würfelpessar (Abb. 1), welches seine Stabilität durch Haftung am umliegenden Gewebe über die sechs saugnapfförmigen Vertiefungen an den Oberflächen erreicht.

Ein anderes Stabilisierungsprinzip verfolgt die Edwards-Klemme (Abb. 1) (2, 10). Als federartige Spange klemmt sie sich fest am Mons pubis und in der Vagina.

Mit dieser Klemme konnten wir aber nie eine befriedigende Stabilisierung des Deszensus oder eine Besserung der Harninkontinenz erreichen.

MODERNE PESSARTHERAPIEKONZEPTE

Früher wurden Pessare durch den Arzt eingelegt und etwa alle drei Monate herausgenommen, gereinigt oder gewechselt und wieder eingelegt. Auch bei regelmäßigen Scheidenspülungen gab es häufig Komplikationen (11, 14, 18) wie stark fötider, putrider Fluor, Blutungen, Infektionen, Druckulzera und bei schlechter Pflege auch Inkarzerationen und Fistelbildungen.

Heute ist die Pessartherapie fast ausnahmslos eine Selbstbehandlung mit elastischen Pessaren (1, 2, 4, 21). Die Patientin legt das Pessar meist am Morgen mit etwas östrialhaltiger Crème ein und entfernt es am Abend wieder. Ältere Patientinnen legen das Pessar eher liegend im Bett ein, jüngere Frauen eher stehend, ein Bein auf einen Schemel gestützt. Das Pessar wird nach der Entfernung gewaschen, nicht aber desinfiziert. Scheidenspülungen erübrigen sich. Durch die lokale Applikation östrogenhaltiger Crème (Ovestin®, Orthogynest®) auf das Pessar oder mit dem Applikator tief vaginal, wird eine gute Epithelproliferation (9, 12, 13) und ein optimales Scheidenmilieu erreicht. Die früher beschriebenen Pessarkomplikationen (11, 14, 18) treten deshalb kaum mehr auf. Nur in seltenen Fällen, d.h. bei körperlich behinderten, pflegebedürftigen Patientinnen, verzichten wir auf eine Selbsttherapie. Dann emp-

Pessarbehandlungen - Selbsteinlage mit Oestriolcreme - Reinigung mit warmem Wasser - keine Desinfektionsmittel					
Pessare	Lage, Form	Fixation	Wirkungsmechanismus	Behandlung	Anwendung
Urethrapessar		Den Beckenbodenmuskeln aufliegend	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anheben und Unterstützen des Blasenausganges 2. Rückverlagerung Blasen- und Scheidenwand 3. Dehnung und Kräftigung der Scheidenwand 	<ul style="list-style-type: none"> Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) Senkungsbeschwerden mit Stressinkontinenz Narbenbeschwerden, Operationsvorbereitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Morgens einführen, abends entfernen - Evtl. nur bei Sport oder beim Wandern tragen - Anwendung bis Inkontinenz gebessert oder bis zur Operation
Würfelpessar		Haftung der Oberfläche an der Scheidenhaut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rückverlagerung der Blasen- und Scheidenwand und der Gebärmutter 2. Streckung der Harnröhrenknickung 3. Dehnung und Auflockerung der Scheidenwand 	<ul style="list-style-type: none"> Senkungsbeschwerden, Blase, Darm, Gebärmuttervorfall Erschwerte Blasenentleerung, Harnverhaltung Narbenbeschwerden, Scheidenverengung und -verkürzung, Kohabitationsbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> - Tagsüber tragen, gelegentlich anfangs nachts tragen - Bei Senkungszustand monatlich auf kleineres Pessar wechseln - Bei Narben monatlich auf grösseres Pessar wechseln - Anwendung bis Beschwerden besser oder bis zur Operation
Dobbie		Von Patientin selber gehalten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Streckung der Harnröhrenknickung durch Anheben des Blasenbodens 2. Dehnung und Auflockerung der Scheidenwand und des Scheideneinganges 	<ul style="list-style-type: none"> Blasenentleerungsstörung nach Operationen oder bei Blasenvorfall Narbenscherzen nach Operationen und Geburtsverletzung, kurze und enge Scheide, Kohabitationsbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei erhöhtem Restharn 3x täglich oder öfter zur vollständigen Blasenentleerung - Bei Narben und Verengungen 2x täglich Hormoncreme einmassieren bis zur Heilung oder Operation
VIVA Urethrastöpsel		Festgehalten durch Harnröhrendruck	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verschluss der Harnröhre und des Blasenausganges 2. Dehnung von Harnröhrenverengungen 	<ul style="list-style-type: none"> Schwere Stress- und/oder Urge-(Drang-)inkontinenz Wiederholte Harnröhrenverengungen mit Blasenentleerungsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Tagsüber tragen bei Harninkontinenz (Harnverlust) - Bei Harnröhrenverengungen 2 Tage pro Woche tragen - Anwendung bis Heilung oder evtl. Operation, evtl. auch kombinierte Anwendung mit anderen Pessaren

Abb. 5: Anleitung zur Pessarbehandlung für Patientinnen. Frauenklinik Frauenfeld.

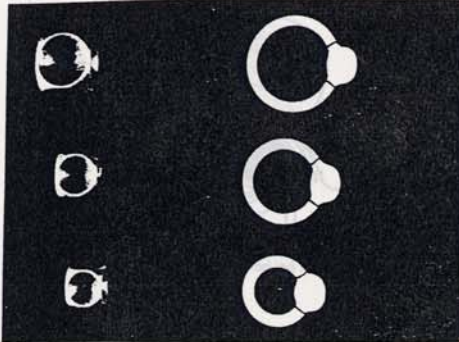


Abb. 6: Verschiedene Grössen von Würfelpessaren (erhältlich ab Kantenlänge 25 mm bis 45 mm). Verschiedene Urethrapessare (erhältlich ab Durchmesser 45 mm bis 100 mm). Vertrieb Schweiz: Sedia AG, P.O. Box 845, CH-1701 Fribourg / Deutschland: Sedia Deutschland GmbH, Hiddingstr. 7a, D-44309 Dortmund / Österreich: Eumeco Vertriebs GmbH, Gerasdorfstr. 126, A-1210 Wien.

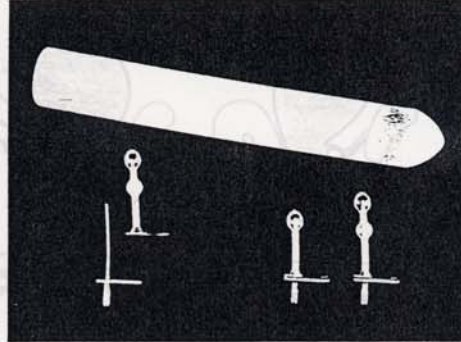


Abb. 7: Zwei Grössen VIVA Stöpsel (eine Kugel und zwei Kugeln). Plexiglas-Dobbie (Länge 18 cm, drei Grössen: Durchmesser 20 mm, 25 mm, 30 mm). Vertrieb Schweiz: Sedia AG, P.O. Box 845, CH-1701 Fribourg / Deutschland: Sedia Deutschland GmbH, Hiddingstr. 7a, D-44309 Dortmund / Österreich: Eumeco Vertriebs GmbH, Gerasdorfstr. 126, A-1210 Wien.

fehlen wir dem Pflegepersonal, zweimal wöchentlich abends das Pessar zu entfernen und am andern Morgen mit reichlich östrialhaltiger Crème wieder einzuführen.

Die Pessarbehandlung hat zum Ziel, Deszensus-, Harninkontinenz-, Miktions-, Narben- und Kohabitationsbeschwerden, zusammen mit adjuvanten Therapiemassnahmen (Östrogene, Beckenbodentraining, Blasen-drill) zu heilen oder wenigstens optimale Verhältnisse für eine eventuell doch noch notwendige operative Sanierung zu schaffen. Sie dauert meistens ein bis drei Monate, kann aber, wenn eine vorübergehende Behandlung nicht zur Heilung führt und eine Operation noch abgelehnt wird, auch unbegrenzt weitergeführt werden. Stressinkontinente Sportlerinnen wollen das Urethrapessar oft nur während der sportlichen Betätigung einlegen.

Die *Ersteinlage* des Pessars erfolgt in der Sprechstunde mit ausführlicher Instruktion entweder durch den Arzt oder besser noch durch die Schwester. Unerlässlich ist eine Nachkontrolle bei eingelegtem Pessar nach wenigen Tagen. Gelegentlich muss dann die Pessargrösse angepasst oder eine andere Pessarform gewählt werden. Auch bedarf es anfangs oft individueller Therapieempfehlungen, z.B. das Pessar anfangs nur nachts oder nur wenige Stunden oder erst nach besserer lokaler Östrogenisierung zu tragen.

Gelegentliche Widerstände gegen die Pessartherapie lassen sich um so eher überwinden, je besser die Instruktion und je grösser der Glaube an den therapeutischen Nutzen dieser Behandlung sind.

AKTUELLE PESSARMODELLE UND INDIKATIONEN

Nachdem wir viele Pessartypen ausprobiert hatten, brauchen wir heute nur noch wenige bewährte Modelle. Ihre Anwendung wird schematisch in unserem Behandlungskonzept (Abb. 5) aufgezeigt und im Kapitel «Pessartherapien» näher umschrieben.

Überwiegend verwenden wir bei Deszensus und Narbenbeschwerden (1, 2, 4) Würfelpessare (Abb. 1, 6, 8, 9), bei Harninkontinenz Urethrapessare, eventuell auch Urethraschalenpessare (2), bei Miktionsstörungen und Stenosen (4) den Plexiglas-Dobbie (Abb. 5) und bei sehr schwerer Harninkontinenz oder bei rezidivierenden Urethrasstenosen den VIVA® Urethrastöpsel (Abb. 5, 7, 11) (16).

Einige unserer geriatrischen Patientinnen, die mit dem alten Therapiekonzept des Pessarwechsels durch den Arzt zufrieden waren und keine Komplikationen aufwiesen, tragen auch heute noch faltbare oder weiche Schalenpessare. Statt Spülungen erhalten sie einmal wöchentlich ein Östriolovulum.

UNSERE PESSARTHERAPIEN

Descensus uteri et vaginae

Der Würfel ist das eigentliche Descensuspessar, da er den Uterus und die Vaginalwände breitflächig reponiert und auch bei insuffizienten Beckenbodenstrukturen gut haftet. Bei isoliertem Descensus uteri werden kleinere Würfelpessare (Abb. 8) tief ins proximale Vaginaldrittel hinaufgeführt, bei grosser Zysto-Rektozele grössere Würfel (Abb. 8) ins mittlere oder distale Drittel.

Wir beginnen mit einer Würfelpessargrösse, die gut einzuführen ist und im Stehen nicht herausfällt. Gleichzeitig verordnen wir die reichliche Applikation einer östrialhaltigen Crème und, wo altersmässig noch möglich, auch ein Beckenbodentraining. Nach einem Monat wechseln wir auf das nächstkleinere Pessar, nach zwei Monaten auf ein noch kleineres. Diese kombinierte Therapie führt zu einem raschen Aufbau eines hohen Scheidenepithels und zu einer spürbaren Kräftigung des Muskel- und Bindegewebes mit Retraktion des überdehnten Halteapparates (9, 12). In vielen Fällen kommt es nach einigen Monaten zur Stabilisierung des urogenitalen

PESSARTHERAPIE

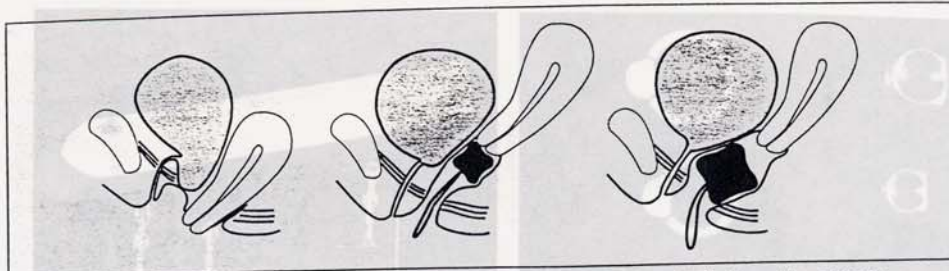


Abb. 8: Deszensustherapie mit Würfelpessaren. Bild Mitte: Kleines Würfelpessar proximales Vaginaldrittel bei isoliertem Uterusdeszensus. Rechts: Grosses Würfelpessar mittleres Vaginaldrittel bei grosser Zysto-Rektozele.

Deszensus, so dass bei Fortsetzung der Östrogen-/Bekkenbodentrainings-Therapie auf weitere Pessareinlagen verzichtet werden kann. Wird eine Stabilisierung nicht erreicht, so soll die Pessartherapie bis zur operativen Behandlung fortgeführt werden, wobei sich dem Operateur dann sehr kräftige Gewebestrukturen anbieten.

Als unangenehme Nebenwirkung kann das Würfelpessar durch Reposition der Zystozele einen Quetsch-

hahnmechanismus (8) aufheben (Abb. 9) und eine bisher larvierte Stressinkontinenz (4, 13) manifest werden lassen.

In solchen Fällen muss entweder auf ein Urethring- oder Urethraschalenpessar gewechselt werden oder die Würfelkante in den Bereich des zystourethralen Überganges gedreht werden. Gelegentlich kann auch die Entfernung eines stark haftenden Würfelpessars Schwierigkeiten bereiten. Dann soll statt konzentrierter und besser am Pessar haftender Ovestin crème* die voluminöse, besser gleitende Ortho-Gynest* Crème verwendet werden. Beim Entfernen (2) ist mit einer Hand anhaltend und etwas rotierend am Pessarfaden nach unten zu ziehen, währenddem mit dem Zeigefinger der anderen Hand vaginal die Pessarkanten umfahren und gelöst werden, wodurch die Sogwirkung nachlässt.

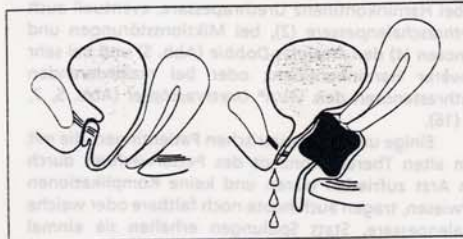


Abb. 9: Die Würfelpessareinlage bei grosser Zystozele kann durch Blasenreposition und Streckung der Harnröhre einen Quetschhahnmechanismus aufheben und damit eine larvierte Stressinkontinenz manifest werden lassen.

hahnmechanismus (8) aufheben (Abb. 9) und eine bisher larvierte Stressinkontinenz (4, 13) manifest werden lassen.

In solchen Fällen muss entweder auf ein Urethring- oder Urethraschalenpessar gewechselt werden oder die Würfelkante in den Bereich des zystourethralen Überganges gedreht werden.

Gelegentlich kann auch die Entfernung eines stark haftenden Würfelpessars Schwierigkeiten bereiten. Dann soll statt konzentrierter und besser am Pessar haftender Ovestin crème* die voluminöse, besser gleitende Ortho-Gynest* Crème verwendet werden. Beim Entfernen (2) ist mit einer Hand anhaltend und etwas rotierend am Pessarfaden nach unten zu ziehen, währenddem mit dem Zeigefinger der anderen Hand vaginal die Pessarkanten umfahren und gelöst werden, wodurch die Sogwirkung nachlässt.

Harninkontinenz

Das typische Stressinkontinenzpessar ist das Urethrapessar, bestehend aus einem Ring mit suburethraler Keule (Abb. 1, 6, 10). Nur selten verwenden wir bei Harn-

inkontinenz andere Pessare, so z.B. bei grosser Zystozele das Urethraschalenpessar und bei sehr schwerer Stress- und/oder Urgeinkontinenz einen VIVA* Urethrastöpsel.

Die Keule des Urethrapessars unterstützt die proximale Urethra, verlagert den zystourethralen Übergang kranioventral, verkleinert den retrovesikalen Winkel Beta (Abb. 10) und komprimiert während Stresssituationen, nicht aber in Ruhe, die Urethra. Dieser Wirkungsmechanismus behebt die Stressinkontinenz (4), ohne die Spontanmiktions zu behindern. Die kranioventrale Verlagerung des zystourethralen Überganges kann auch einen proximalen Urethratrichter schliessen und dadurch das Eindringen von Urin in die proximale Urethra verhindern, was einen günstigen Therapieeffekt auf die Urgeinkontinenz (4) ausübt.

Die Pessargrösse wird so gewählt, dass der Ring durch den hinteren Fornix führt und die Keule durch Kippen nach kranioventral den zystourethralen Übergang retrosymphysär anhebt. Bei genügender Erfahrung ist es leicht, die richtige Grösse zu finden. Wir legen das Pessar bei voller Blase ein, lassen die Patientin aufstehen und husten und beobachten dabei den Urinverlust. Dann kontrollieren wir nochmals in Steinschnittlage die Platzierung des Pessars. Bei idealem Sitz der suburethralen Keule ist auch eine schwere Stressinkontinenz sofort behoben, was die Patientin tief beeindruckt und zur Pessartherapie motiviert. Bleibt die Wirkung aus, so wurde entweder eine falsche Pessargrösse gewählt oder kann die Keule retro-

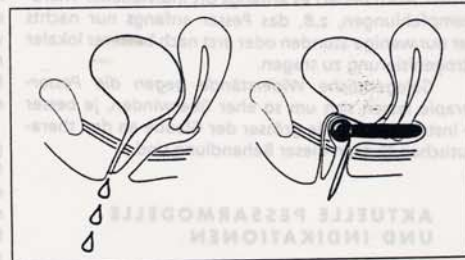


Abb. 10: Behandlung der Stressinkontinenz mit Urethrapessar. Die Keule des Urethrapessars verlagert den zystourethralen Übergang kranioventral, verkleinert den retrovesikalen Winkel Beta und verhindert unter Stresssituationen ein Eröffnen der proximalen Urethra. Indikation: Stressinkontinenz, Stress-/Urgeinkontinenz, gelegentlich auch Urgeinkontinenz.

symphysär nicht hochsteigen, entweder wegen narbigen Vaginalverhältnissen, z.B. nach Diaphragmaplastik, oder wegen insuffizienter Levatormuskulatur. Dann muss eine bessere Pessargrösse gewählt werden oder zur Narbenauflockerung, meist vorübergehend, ein anderes Pessarbehandlungsprinzip (siehe unten «Vaginale Narben und Stenosen»).

Auch bei Harninkontinenz hat die Pessartherapie zum Ziel (4, 5, 6, 7, 17), durch *zusätzliche adjuvante Massnahmen*, wie Östrogene, Beckenbodentraining und Blasendrink, die Inkontinenz zu heilen, um nach einigen Monaten auf das Urethrapessar verzichten zu können oder, falls dies nicht möglich ist, eine operative Therapie anzuschliessen.

Urethrapessare werden meistens den ganzen Tag getragen, gelegentlich aber auch nur bei sportlicher Betätigung, wie Wandern und Tennisspielen. Zur Miktion müssen die Pessare nicht herausgenommen werden, da der Harnstrahl nicht gestört wird. Zum Einführen des Urethrapessars bevorzugen wir Ovestincreme®, da diese

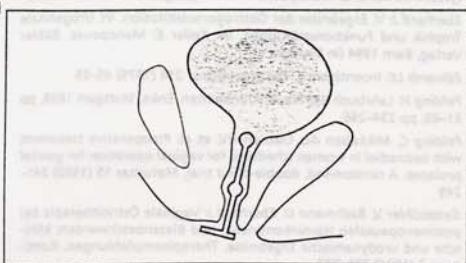


Abb. 11: Eingelegter VIVA Stöpsel mit zwei Kugeln zur Behandlung der schweren Stress- und/oder Urgeinkontinenz und zur Prophylaxe bei rezidivierender Urethrastrénose.

besser haftet, konzentrierter ist und weniger schmiert als Ortho-Gynest® Crème.

Als eine interessante Ergänzung zur Pessartherapie der Harninkontinenz bietet sich der VIVA® Urethra-stöpsel (16) an. Er wird so weit in die Urethra hineingeschoben, bis die äussere Lasche am Meatus urethrae externus ansteht (Abb. 7, 11). Zwei Grössen sind erhältlich, ein kleiner Stöpsel mit einer Kugel und ein grosser mit zwei Kugeln. Der grössere Stöpsel fällt weniger heraus, dichtet besser ab, und wir konnten feststellen, dass er nicht nur auf die Stressinkontinenz, sondern auch auf die Urgeinkontinenz einen günstigen Einfluss ausübt, möglicherweise über den Verschluss des proximalen Trichters.

Der Urethra-stöpsel wird anfangs unter Spiegelkontrolle eingelegt und nur tagsüber getragen. Bei einiger Übung kann auf die Spiegelkontrolle beim Einlegen verzichtet werden. Zur Miktion muss der Stöpsel entfernt und gemäss Empfehlung des Herstellers weggeworfen werden. Wir machten aber gute Erfahrungen mit dem Abspülen unter dem Wasserhahn und anschließender Wiedereinlage mit aufgetragener Ovestincreme®. Erstaunlicherweise stellten unsere Patientinnen, die wir wegen sehr schwerer Stress- und Urgeinkontinenz mit VIVA® Stöpsel behandelten, einheitlich fest, dass Harnwegsinfekte seit der Stöpseltherapie weniger häufig auftraten als zuvor.

Vaginale Narben und Stenosen

Würfelpessare (Abb. 6, 8, 9) eignen sich auch gut zur Narbenauflockerung und zur Erweiterung von Vaginalstenosen, sei dies nach Geburtsverletzungen, nach gynäkologischen Operationen (4) oder involutionsbedingt. Eine Behandlungsindikation ergibt sich bei Kohabitations- und Miktionsbeschwerden und auch präoperativ vor Inkontinenz- und Deszensusoperationen, um das Vaginalgewebe spannungsfrei bis zum gewünschten Fixationsort verlagern zu können (4, 17).

In Abweichung zur Deszensustherapie wird jeweils nach etwa vier Wochen nicht auf ein kleineres, sondern auf ein grösseres Würfelpessar gewechselt, bis durch die kombinierte Wirkung, mechanische Pessardilatation / hormonale Gewebeproliferation (4, 12, 17) das gesetzte Therapieziel erreicht ist. Operative Behandlungen von Kohabitations- und Narbenbeschwerden werden bei diesem Behandlungskonzept meistens überflüssig. Nur selten sind spangenartige Narben oder Introitusverengungen noch plastisch zu korrigieren, wobei die Vorbehandlung dann das operative Vorgehen wesentlich erleichtert.

Bei sehr enger und kurzer Vagina oder bei umschriebenen Verhärtungen und Verengungen am Introitus verordnen wir gelegentlich auch ein kräftiges Dehnen und Einmassieren von Ovestincreme® lokal mit einem Plexiglas-Dobbie (Abb. 7) ein- bis zweimal täglich.

Miktionsbeschwerden

Gynäkologische Miktionsbeschwerden und Blasenentleerungsstörungen beruhen oft auf einem Quetschhahnmechanismus (8), d.h. auf einem Abknicken der Urethra z.B. bei Zystozelenprolaps oder häufiger infolge einer suburethralen Kanten- oder Narbenbildung nach einer Inkontinenzoperation. Miktionsstörungen, wie Harnstottern, Nachträufeln, erhöhter Restharn oder gar Harnverhaltungen, treten vor allem bei Frauen auf, die ihre Blase durch Bauchpresse statt mittels Detrusorkontraktionen entleeren. Der Quetschhahnmechanismus lässt sich recht gut durch *Blasenelevation* mit einem Plexiglas-Dobbie (Abb. 5, 7) oder mit einem kleinen, tief vaginal eingelegten Würfelpessar mildern oder gar beheben. Besonders frühe postoperative Miktionsstörungen nach Inkontinenzoperationen können mit dieser Behandlung rascher überwunden und teils geheilt werden. Längeranhaltende postoperative Miktionsbeschwerden müssen aber operativ behandelt werden, z.B. durch Rotation des zystourethralen Überganges mit Hegarstiften nach dorsal oder durch operative Durchtrennung von Suspensionsfäden. Um eine Rezidivinkontinenz zu vermeiden, legen wir dann die Suspensionsfäden mehr lateral der Urethra. Gelegentlich ist auch eine operative Korrektur einer grossen Zystozele zur Behebung des Quetschhahnphänomens notwendig (4, 8).

Miktionsstörungen können auch durch *rezidivierende Urethrastrénosierungen*, z.B. bei chronischer Urethritis oder Urethralyndrom, verursacht werden. Bei zwei Patientinnen, die früher mehrmals jährlich die Urethra mit Hegarstiften bougieren lassen mussten, konnten wir eine Langzeitbesserung durch *Selbsttherapie mit VIVA® Stöpseln* (Abb. 7, 11) erreichen. Die Patientinnen

tragen den VIVA* Stöpsel an etwa zwei Wochentagen unter Anwendung von reichlich Ovestincreme* (siehe Kapitel «Harninkontinenz»).

Retroflexio uteri

Vollständigkeitshalber sei das *Hodge-Pessar* zur Behandlung der Retroflexio uteri (14, 15, 18, 20) noch aufgeführt. Seitdem der Retroflexio uteri in der Gynäkologie keine grosse Bedeutung mehr zugemessen wird, hat auch das Aufrichten des Uterus durch das sogenannte Hebel- oder Hodge-Pessar an Bedeutung verloren. In unserem Patientengut konnten wir seit Jahren vollständig auf das *Hodge-Pessar* verzichten. Interessant waren für uns zwei Beobachtungen an Patientinnen mit ausgeprägter Retroflexio und postpartalem Uterusprolaps. Die Beschwerden liessen sich mit einer dreimonatigen Würfelpessartherapie, wie oben beschrieben, heilen. Die Patientinnen führten die Uterusreposition durch ausgeprägte Knie-Ellenbogenlage durch und legten dann das Würfelpessar tief vaginal ein.

Stellenwert der Pessartherapie in der Urogynäkologie

Wir begannen mit der Pessartherapie vor über 15 Jahren, mit der Absicht, die Vor- und Nachbehandlungen in unserer primär operativ ausgerichteten Urogynäkologie zu verbessern. Durch regelmässige Erfolgskontrollen lernten wir die vielseitige Wirkung der Pessare kennen und in unsere konservativen und operativen Therapiekonzepte (4, 5, 6) zu integrieren.

Zwar lassen sich nicht alle Deszensus-, Inkontinenz-, Narben- und Miktionsbeschwerden mit Pessaren behandeln und sind auch nicht alle Patientinnen bereit, eine Pessarbehandlung durchzuführen. Schon *Arabin* (2) erwähnte aber, dass bei gutem ärztlichem Engagement ganz erstaunliche Behandlungsergebnisse erreicht werden können. Wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg sind eine genügend grosse Auswahl verschiedener Pessartypen und Grössen und die Einhaltung eines rationalen, der Patientin gut verständlichen Therapiekonzeptes mit regelmässigen Nachkontrollen bis zur erfolgreichen Selbstbehandlung. Widerstände gegen Pessarbehandlungen werden von Patientinnen eher leichter überwunden als von etlichen operierenden Ärzten, welche die Pessarbehandlung als altmodisch und durch heutige operative Möglichkeiten überholt belächeln (2). Dies erstaunt um so mehr, als gerade Operateure durch eine optimale Gewebepreparation mit Pessaren und Östriolcreme intraoperativ in hohem Masse profitieren (4, 12) und auch der operative Therapieerfolg nicht selten von einer solchen Vor- und Nachbehandlung abhängig ist. Es ist zudem unsere Pflicht (3, 4, 5, 6, 7), stets eine möglichst minimal invasive Behandlung anzustreben. Dies gilt für den Arzt, welcher die Operationsindikation stellt, ebenso wie für den Operateur. Operationen sind Körperverletzungen (3) und sollten zur Behandlung urogenitaler Funktionsstörungen nur dann durchgeführt werden, wenn konservative Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten patientenorientiert und mit Fachkompetenz ausgeschöpft wurden.

LITERATUR

- 1 *Arabin H*: Pessar-Therapie der Harninkontinenz. *Fortschr Med* 1 (1978) 3-8
- 2 *Arabin H*: Pessartherapie. In: *Martius G*: Therapie in Geburtshilfe und Gynäkologie. Band II: Gynäkologie. Thieme, Stuttgart 1988, pp 216-230
- 3 *Eberhard J*: Trügerische Faszination operativer Therapiekonzepte. *Schweizerische Ärztezeitung* 35 (1989) 1442-1450
- 4 *Eberhard J, Schär G*: Gynäkologische Urologie. *Gynäkol Rundsch* 31 (Suppl 1) (1991) 1-52
- 5 *Eberhard J, Gaudenz R, Mall-Haefeli M, Bitzer J, et al*: Konsensus: Arbeitsgruppe für Blasenbeschwerden in der Postmenopause (1992), erhältlich Cilag AG, Pharma Schweiz, CH-8201 Schaffhausen
- 6 *Eberhard J*: Blasen- und Beckenbodentraining. Patientenbroschüre der Arbeitsgruppe für Blasenbeschwerden in der Postmenopause (1992), erhältlich Cilag AG, Pharma Schweiz, CH-8201 Schaffhausen
- 7 *Eberhard J, Kölbl H, Kranzfelder D, et al* (Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie, Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe): Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie zu urogynäkologischer Diagnostik und Therapie. *Kontinenz* 2 (1993) 137-140
- 8 *Eberhard J*: III. Das klimakterische Syndrom. *Klinik. IIIc Urogenitalsystem*. In: *Keller E*: Menopause. Bähler Verlag, Bern 1994 (in Druck)
- 9 *Eberhard J*: V. Ergebnisse der Oestrogensubstitution. *Vc Urogenitale Trophik und Funktionsstörungen*. In: *Keller E*: Menopause. Bähler Verlag, Bern 1994 (in Druck)
- 10 *Edwards LE*: Incontinence. *The practitioner* 214 (1975) 45-55
- 11 *Fehling H*: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Enke, Stuttgart 1893, pp 61-69, pp 234-266
- 12 *Felding C, Mikkelsen AL, Clausen HV, et al*: Preoperative treatment with oestradiol in women scheduled for vaginal operation for genital prolapse. A randomised, double-blind trial. *Maturitas* 15 (1992) 241-249
- 13 *Geissbühler V, Bachmann U, Eberhard J*: Vaginale Östrioltherapie bei postmenopausalen Harninkontinenz- und Blasenbeschwerden: klinische und urodynamische Ergebnisse, Therapieempfehlungen. *Kontinenz* 3 (1994) 231-237
- 14 *Jaschke R v, Pankow O*: Lehrbuch der Gynäkologie, 6. Aufl. Springer Verlag, Berlin 1921, pp 251-302
- 15 *Müller C*: Lage- und Gestaltveränderungen der Genitalorgane. In: *Guggisberg H*: Lehrbuch der Gynäkologie, 2. Aufl. Karger, Basel 1947, pp 558-596
- 16 *Nielsen KK, Kromann-Andersen B, Jacobsen H, et al*: The urethral plug: a new treatment modality for genuine urinary stress incontinence in women. *J Urol* 144 (1990) 1199-1202
- 17 *Nygaard IE, Zinsmeister AR*: Treatment of exercise incontinence with a vaginal pessary: a preliminary study. *Int Urogynecol J* 4 (1993) 133-137
- 18 *Schroeder C*: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 10. Aufl. Vogel, Leipzig 1890, pp 202-271
- 19 *Stoessel W*: Lehrbuch der Gynäkologie. Hirzel, Leipzig 1933, pp 293-351
- 20 *Weibel W*: Lehrbuch der Frauenheilkunde, 2. Band: Gynäkologie. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1939, pp 225-259
- 21 *Zeitlin MP, Leberherz TB*: Pessaries in the geriatric patient. *JAGS* 40 (1992) 635-639

PD Dr. med. Jakob Eberhard
Chefarzt Frauenklinik
Thurgauisches Kantonsspital
CH-8500 Frauenfeld

Die Originalarbeit ist erschienen in:
Kontinenz 3 (1994) 224-230, © Hippokrates Verlag Stuttgart