

Band II

Gynäkologie

Unter Mitarbeit von

H. Arabin

A. Breit

K. Diedrich

H. P. Diemer

Th. Dimpfl

W. Eicher

W. Friedmann

T. Genz

A. A. Hartmann

S. Heinzl

U. B. Hoyme

E. Keller

Ch. Lauritzen

P. Mallmann

J. Martius

E. Neeser

A. Pfeiderer

G. Prietl

G. Ries

A. Schäfer

B. Schüßler

G. Tscherne

M. Weber

2., überarbeitete Auflage
61 Abbildungen, 72 Tabellen

Sonderdruck

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags gestattet



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York 1991

Pessartherapie

H. Arabin †

Die Pessartherapie der Senkungen und Prolapse ist kein Heilverfahren, sie wirkt nur als palliative Maßnahme. An dem zugrundeliegenden krankhaften Befund wird nichts geändert (H. MARTIUS). Dennoch: Die Zahl der leidenden, oftmals inoperablen älteren Frauen ist in der Praxis der Gynäkologen größer als allgemein angenommen. Die berechnete Forderung nach Kenntnissen der gegebenen Hilfsmöglichkeiten ist deshalb angebracht.

Negative Begleitsymptome der Pessartherapie sind der jüngeren Generation durch Lehrbücher und Veröffentlichungen eher bekannt gemacht worden als die Indikation zur konservativen Behandlung und die vorhandenen technischen Neuheiten. Daraus folgert: Die erste Patientin mit einem Totalprolaps bei Inoperabilität trifft den Hausarzt oder Gynäkologen häufig kenntnisarm und hilflos.

Der erfahrene Gynäkologe weiß, daß einfache Ring- und Schalenpessare für geringgradige Scheidensenkungen nützlich sind, ein Prolaps hingegen einer differenzierten Hilfe bedarf. Da viele Kliniken auch heute oftmals pessarfeindlich eingestellt sind, hat die Prolapspatientin von diesen oft keine konservative Sofortbehandlung zu erwarten. Operationsunfähigkeit bzw. Operationsangst der Patientin und Desinformation des Arztes über gegebene nichtoperative Möglichkeiten verbinden sich zu einer unheilvollen Allianz: Die meist älteren Frauen, oft Greisinnen, bleiben dann ohne Hilfe. Damit ist sicher, daß bei der Pessartherapie nur Erfahrung und gründliche Information von Arzt und Patientin Abhilfe bringen können. Dazu gehört die Gewißheit, daß bei einer sachgemäßen Pessarbehandlung örtliche Begleiterscheinungen heute nur in geringer Zahl auftreten, vorausgesetzt, daß der Arzt das passende Pessar gewählt hat, und daß die Patientin sich regelmäßig kontrollieren läßt. Passend bedeutet hier, daß der Pes-

Ein Mann, der recht zu wirken denkt, muß auf das beste Werkzeug halten.

Goethe

sarkörper, gleich welcher Art, ohne Spannung in sein Vaginalbett eingelegt wird und aus einem Material besteht, das nicht wie früher durch den in den Gummiringen enthaltenen Schwefel die Schleimhaut reizt.

Vor der Menopause ist es gleichgültig, ob ein Pessar starr oder flexibel ist. Bei intakter Vaginalflora, guter Durchblutung und fehlender Schrumpfungstendenz bewirkt das richtig angepaßte Pessar keine Ulzerationen.

Nach der Menopause ist dies anders: Das Epithel wird atrophisch, das Schrumpfen der Vagina nimmt zu, die Abwehrkraft verringert sich. Werden diese veränderten Bedingungen nicht bedacht, kommt es zu den bekannten Scheidenveränderungen. Die in der älteren Literatur und noch in neuen Lehrbüchern beschriebenen Komplikationen sind oft weniger dem Modell als der Verhaltensweise von Arzt und Patientin anzulasten.

Die Anforderungen, die heute an ein Pessar gestellt werden müssen, sind: Gewebefreundlichkeit des Materials, druckarme Gestaltung des Pessarkörpers, Haftfähigkeit, Handlichkeit und schließlich Flexibilität, die eine prothetische Selbstbehandlung ermöglicht.

Erfahrungsgemäß sind Glas, Porzellan, gebrannter Ton, Hartgummi und spezielle Silikon-Kautschuk-Typen problemlos. Bei der Gestaltung der Außenstruktur des Pessarkörpers ist Wert auf Rundungen zu legen, und zwar ganz besonders bei Dauereinlage des Pessars. Die Haftfähigkeit beruht auf verschiedenen Prinzipien wie der Saugnapfwirkung beim Würfelpessar (s. Abb. 1) und/oder der Abstützung auf der Levatorplatte. Beim Birnen-, Ring- oder Schalenpessar garantieren Größe und Gestalt das Haften. Immer ist die Intaktheit des Beckenbodens bei den selbsthaftenden Pessaren eine *Conditio sine qua non*. Lediglich die *Edwards-Klemme* und der *Hysterophor* werden von den derzeit bekannten Geräten durch Außenkräfte gestützt oder gehalten (Abb. 8 u. 9).

Pessarbehandlung des Deszensus und der Harninkontinenz

Welches sind beim Deszensus die wichtigsten Indikationen zur Pessartherapie?

- Inoperabilität der Patientin
- Ablehnung der Operation durch die Patientin
- zeitliche Überbrückung bis zur operativen Korrektur (Reisen, berufliche Gründe, geplante weitere Gravidität)
- vorausgegangene erfolglose operative Eingriffe
- Zervixinsuffizienz

Frauen, die geboren haben, klagen häufig über Beschwerden, denen kein echter pathologischer Befund zugrunde liegt. Sie sind geneigt, ihre körperlich empfundenen Störungen auf eine vermeintliche oder wirkliche Senkung zurückzuführen. Hier kann der Arzt oft mit dem Legen eines einfachen Ringes Abhilfe schaffen.

Der durch die gynäkologische Untersuchung zu verifizierende **Deszensus bzw. Prolaps der Vagina oder des Uterus** bedarf einer stark individualisierten Therapie. Für die Wahl des richtigen Pessars sollte dem Arzt eine Vielzahl von verschiedenen Modellen und Größen zur Verfügung stehen. Die *Wahl des passenden Pessars* erfolgt aufgrund des Untersuchungsergebnisses nach Gefühl und Augenmaß, wobei die richtige Größe selten auf Anhieb zu finden ist. Korrekturen nach Befragung der Patientin sind häufig nötig: Zu kleine Pessare rutschen beim Arbeiten und Pressen heraus, zu große verursachen Druckschmerzen. Ein gut angepaßtes Pessar wird von der Patientin nicht gespürt.

Das

Würfelpessar

(Abb. 1), Mitte der vierziger Jahre in den USA entwickelt, wird heute in 6 Größen angeboten.* Es brachte eine deutliche Verbesserung der konservativen Behandlung des Deszensus. Als Universalpessar wurde dieses nach völlig neuen, mechanisch-funktionellen Überlegungen konstruiert. In seiner weiten Verwendungsmöglichkeit wird das damals „Bee cell pessary“ genannte Pessar von keinem bisher entwickelten Modell übertroffen. Es ist durch seine Haftfähigkeit und einfache Anwendungsweise für die

meisten Formen der Genitalsenkung verwendbar. Es ist faszinierend zu beobachten, wie ein gegenüber den großen Ringen und Schalen (80–100 mm Durchmesser) so kleiner Körper eine erhebliche Zystozele oder einen Totalprolaps zurückzuhalten vermag. Da es abends entfernt und morgens wieder eingelegt wird, erfüllt es im besten Sinn die Voraussetzungen der *prothetischen Selbstbehandlung* mit all ihren Vorteilen. Die Technik des Herausziehens, der einzige wunde Punkt des Würfels, ist mitunter schwierig und erfolgt am besten bimanuell. Da selbst dem Arzt das Hervorholen aus der oberen Vaginalhälfte ohne Instrumente evtl. mißlingt, ist ein Zugfaden zweckmäßig. Stärkerer Widerstand stellt sich im unteren Drittel auf der Höhe der Levatorplatte ein. Hier erleichtert die „Einfingerwendung“ die Lösung der Würfelkanten von

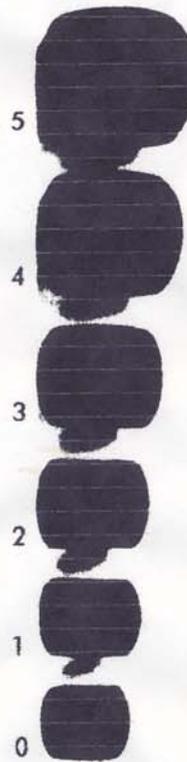


Abb. 1 Würfelpessar, 6 Größen, 0–5 Kantenlänge in mm

* Alle erwähnten Pessare mit Ausnahme des Falk-Pessars können von der Dr. Arabin KG, Ringstr. 30 5900 Siegen, direkt bezogen werden.

der Vaginalwand, d.h., der Zeige- und/oder Mittelfinger der freien Hand umfährt den jetzt erreichbaren Würfel, kippt und wendet ihn an den griffigen Kanten zur Seite und bringt ihn schließlich unter gleichzeitig hebelndem Zug am Faden nach außen. Die Gefahr des Fadenausreißen vermindert sich bei dieser Technik erheblich. Die nächtliche Entlastungspause ohne Fremdkörper und die Möglichkeit, bei Frauen nach der Menopause vorbeugend und heilend Medikamente einzuführen, bringen ganz wesentliche Vorteile gegenüber der Daueranwendung mit ihren negativen Begleiterscheinungen. Die Erhaltung einer von Fremdkörpern freien Kohabitation ist für beide Partner eine zusätzliche Annehmlichkeit.

Das Einführen aller Pessare geschieht am besten im Stehen, nicht im Liegen, das Hodge-Pessar ausgenommen. Ein auf die Bettkante oder einen Schemel hochgestelltes Bein erleichtert die Handhabung. Die Pessare bedürfen keiner besonderen Desinfektion. Fließendes Wasser, Seife und Bürste genügen zur Reinigung. Naß oder mit einem Gleitmittel versehen, lassen sie sich bei richtiger Größenwahl leicht einführen und herausnehmen. Die früher geforderten Sitzbänder sind überflüssig. Ulzerationen treten bei diesem Vorgang so gut wie nie auf.

In Ausnahmefällen kann es beim Deszensus mit und ohne Harninkontinenz erforderlich sein, zwei Würfel in Form des sog.

Tandempessars

(Abb. 2) aneinander zu koppeln. Das Verbindungsstück zwischen beiden Würfeln kann beliebig lang gewählt, die Würfel können in gewünschter Größe gekoppelt werden. So entsteht ein „Pessar nach Maß“. Der tägliche Wechsel ist wie beim einfachen Würfel erforderlich.

Die

Ring- und Schalenpessare

Abb. 3 Hodge-Pessar, halbflexibel, aus einem Rundring nach Maß verformbar

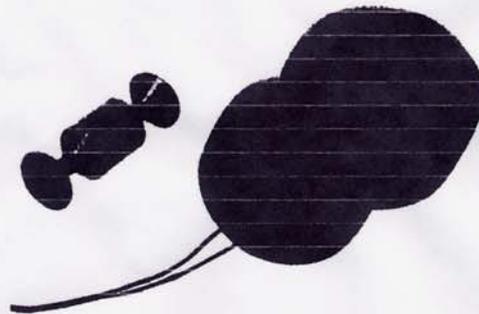
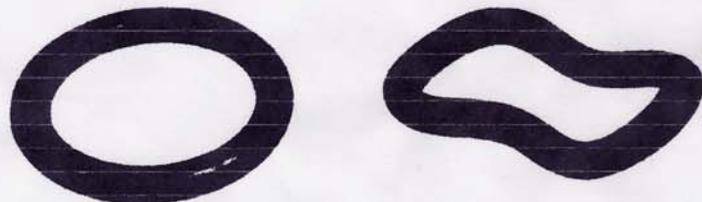


Abb. 2 Tandempessar, zwei mit einem starren Verbindungsstück gekoppelte Würfel in beliebigen Größen

wurden über Jahrzehnte zur Deszensustherapie bevorzugt. In vielen Fällen mußte die Behandlung jedoch wegen des schlechten Materials wieder aufgegeben werden. Ihr antiker Geist ist trotz besserer Formgebung und trotz Verwendung schadloser Materialien diskriminierend erhalten geblieben. Heute stehen uns elastische Silikonpessare mit und ohne Stahlfederkern zur Verfügung, die als Schale oder Ring ebenso wie das Würfelpessar zum täglichen Selbstwechsel geeignet sind.

Auch das

Hodge-Pessar

(Abb. 3) ist heute in jeder Dimension verformbar erhältlich. Wie alle sperrigen Pessare wird auch das Hodge-Pessar, nach Spreizen der Labien mit der linken Hand, rechtshändig im schrägen Durchmesser mit dem breiten Ende vorweg in das hintere Scheidengewölbe eingeführt. Die

Portio muß vor dem Pessarende liegen, die konkave Biegung ventralwärts gerichtet sein. Das schmale untere Ende stützt sich auf das Diaphragma urogenitale. Bei der Harninkontinenz wird das Pessar um 180 Grad in seiner Längsachse gedreht, damit bei einem verformbaren Modell das aufgebogene Ende als Stütze unter der Urethra liegt. (s. „Inkontinenz“). Vor über 100 Jahren spielten dieses Pessar und seine Abwandlungen eine große Rolle, sahen doch viele Ärzte in der Retroflexio/Retroversio uteri die Hauptursache des Descensus genitalis. Heute wird das Hodge-Pessar noch von manchen Kollegen nach der Aufrichtung der Retroflexio uteri eingelegt. Die Vagina wird längs gestrafft, die Konstanz der Aufrichtung ist indessen fraglich. Geschickte Frauen können nach eingehender Unterweisung das Hodge-Pessar auch selbst wechseln.

Seit langer Zeit verwenden viele Ärzte für leichte Descensusfälle das

Falk-Pessar

(Abb. 4). Die beiden Hartgummihälften eines Siebpessars sind durch eine Gummieinlage in der Mitte faltbar und dadurch einfach für den Arzt einzuführen. Das Herausnehmen ist für eine Selbstbehandlung schwierig, da die Patientin das Pessar in der Vagina nicht falten kann. Der Wechsel obliegt daher dem Arzt. Das inzwischen von uns neu entwickelte Sieb-Schalenpessar mit Lochung weist mit seiner guten Verträglichkeit, allseitigen Flexibilität und einfachen Handhabung die Vorteile der Silikon-Pessare auf.

Die Firma Milex*, USA, hat eine Reihe von Pessaren entwickelt, die durch Abknicken in der Längs- und Querachse leichter eingeführt und entfernt werden können. Ebenfalls ist ein

aufblasbarer Gummiball

erhältlich, der bei engem Introitus in schlafem Zustand eingeführt und von der Patientin selbst effizient aufgepumpt werden kann. Das häufig undichte Ventil kann man leicht mit einem Ministopfen verschließen, der zusätzlich gefertigt werden muß. Der 100 mm lange und 8 mm dicke Schlauch zum Aufblasen der Kugel hängt aus der Vulva heraus und muß von der Patientin toleriert werden.

In seltenen Fällen, z. B. beim mäßigen Teilprolaps, hat ein

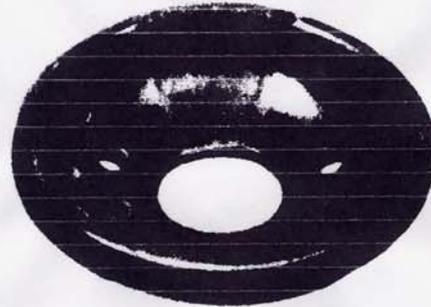


Abb. 4 Falk-Pessar, durch ein Gummizwischstück faltbar

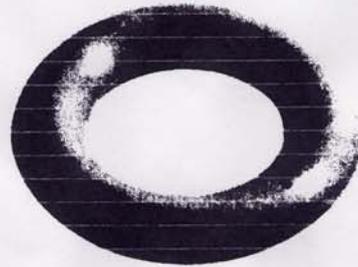


Abb. 5 Dicker Rundring, halbelastisch



Abb. 6 Glasbirnenpessar mit Henkel

* Milex Products, Inc., Chicago III., 60631

Graber-Rundring

(Abb. 5) seine Vorzüge. Er belastet durch seine größere Auflagefläche die Vaginalwand weniger, so daß Drucknekrosen nur selten entstehen. Greisinnen bevorzugen verständlicherweise den dicken Rundring für die Dauereinlage, für die man wegen der Nekrosegefahr keinen dünnen Ring verwenden sollte. Alle Dauerpessare sollten vierteljährlich kontrolliert und gewechselt, Druckulzerationen behandelt werden, falls nicht ein flexibles Pessar mit der Möglichkeit zur Selbstbehandlung durch die Patientin das starre Modell ablösen kann.

Geradezu ideal ist das

Glasbirnenpessar

(Abb. 6). Trotz monatelanger Liegedauer stellen sich wegen der glatten Oberfläche bei absolut indifferentem Material weder Fluor noch Drucknekrosen ein. Das Haften ist bei einem so glatten Körper von einem voll intakten Beckenboden abhängig. Manchmal macht die Passage des Introitus Schwierigkeiten. Seit vielen Jahren tragen einige Frauen, die mit anderen Pessaren nicht zurechtkamen, mit Zufriedenheit dieses Modell. Der größte Durchmesser beträgt 70 mm (ein Tennisball mißt 64 mm). Das Glasbirnenpessar wird am häufigsten beim Totalprolaps benutzt.

Alle **Totalprolapse** – ob mit oder ohne Inkontinenz – sind für den konservativen Therapeuten ein erheblich größeres Problem als der einfache Deszensus. Normale Ringe, Schalen- und Hodgepessare scheiden aus, da sie dem abdominalen Druck nicht standhalten. Vor der Pessareinlage muß zunächst die Reposition des Prolapses erfolgen. Hierbei ist der Inhalt des Bruchsackes zu beachten. Ist der Uteruskörper ohne Bauchinhalt allein vor die Vulva getreten, ist die Reposition problemlos. Finden sich im Bruchsack Adnexe und Darmschlingen, schiebt man ihn vorsichtig bimanuell nach und nach in den Bauchraum zurück. Nun beginnt die Wahl eines passenden und haltenden Pessars. Als Primäreinlage kommt ein

Keulenpessar

(Abb. 7a, b) in Frage, von dem ein größeres Sortiment vorhanden sein muß. Es wird zunächst das Pessar mit dem kleinsten Umfang eingelegt, das eben hält. Jetzt prüft man es beim Husten und Pressen und bewegt seinen Griff

nach allen Seiten, um zu kontrollieren, ob das Pessar haftet. Hat die Patientin während dieser Prozedur ein gutes Gefühl, läßt man sie aufstehen und etwa eine halbe Stunde umhergehen. Es ist ratsam, der Trägerin die Bedeutung des Griffes zu erklären und sie den Stiel auf dem Untersuchungsstuhl tasten zu lassen. Am häufigsten kommt es zum Verlust des Pessars bei der Defäkation. Die Frau sollte angewiesen werden,

a

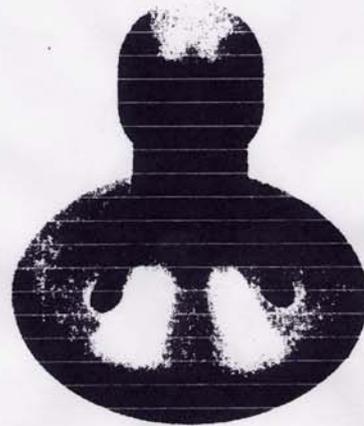


Abb. 7a Keulenpessar aus Silikon en bloc

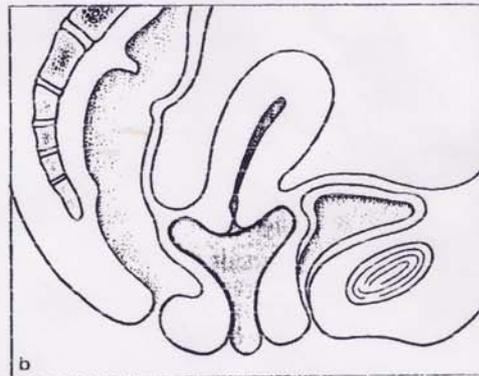


Abb. 7b Keulenpessar in situ, durch den Griff im Gegensatz zum Rundring kein Verkanten möglich. Sicherer Halt des Prolapses

während der ersten Tage beim Stuhlgang den Kopf der Keule zu ertasten und ihn beim Preßakt in der Scheide zu fixieren. Bei anderer Gelegenheit ruscht die Keule selten heraus, im Gegensatz zum einfachen Rundring, der bei höherem Druck in Schrägstellung gleitet und schon beim Heruntersteigen vom Untersuchungsstuhl mit dem Prolaps vorfällt. Beim Keulenpessar wird jedoch durch den frühzeitigen Anschlag des Stieles an der Scheidenwand die Verkantung und Drehung in den schrägen Durchmesser verhindert (Abb. 7b).

Bleibt das Keulenpessar einige Wochen liegen, zeigt die Vaginalwand erste Spuren einer Rötung: Die Drucknekrose beginnt. Da ein abendlicher Wechsel durch die Patientin in vielen Fällen ausgeschlossen ist, muß bei dem in kurzer Zeit eintretenden Schrumpfsprozeß im Bereich des unteren Scheidendrittels entweder ein kleineres Keulenpessar das erste ersetzen oder auf ein anderes Modell umgestellt werden. In diesen Fällen ist die Glasbirne bei gutem Beckenboden zu empfehlen, vor allem bei hilflosen Greisinnen; die aktiven jüngeren Frauen sollten mit dem Würfel vertraut gemacht werden. Bei pflegebedürftigen, aber nicht bettlägerigen Frauen wäre es gut, wenn ein weibliches Familienmitglied das Wechseln des Würfels übernehmen könnte.

Ist mit diesen selbsthaftenden Geräten nicht das gewünschte Ergebnis zu erreichen, so stehen der

Hysterophor

(Abb. 8) oder die vom Verfasser für den Prolaps umgerüstete

Edwards-Klemme

(Abb. 9) zur Verfügung.

Größere Zysto-, Rekto- und Enterozelen sind am besten mit einem mittelgroßen Würfel zurückzuhalten. Oft muß man in mühsamer Bastelarbeit mehrere Modelle und Größen prüfen, Abwandlungen ersinnen und das Pessar so den anatomischen Gegebenheiten anpassen.

Die Enterozelen machen durch ihren stärkeren Druck von oben die meisten Sorgen, ganz gleich, ob sie klein oder sehr groß sind. Auch der Operateur weiß davon. Mit einfachen Schalen und Ringen ist hierbei wenig auszurichten, zu-

mal häufig das gesamte Genitale konstitutionell ohne straffes Bindegewebe und ohne intakte Levatorschenkel ist. In solchen Situationen wird dem Arzt bewußt, wie mühsam diese handwerkliche Kunst ist. Ohne Handeln gibt es kein Erkennen, ohne Geduld beim fortwährenden Erproben keinen Erfolg.

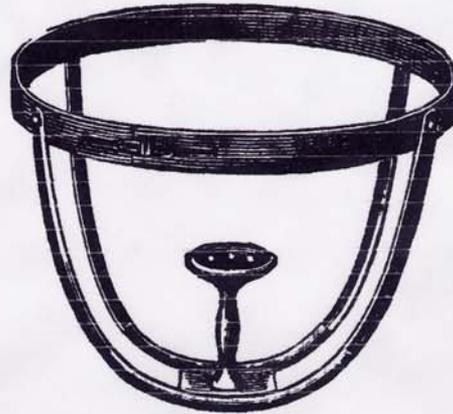


Abb. 8 Hysterophor mit Trägergurten

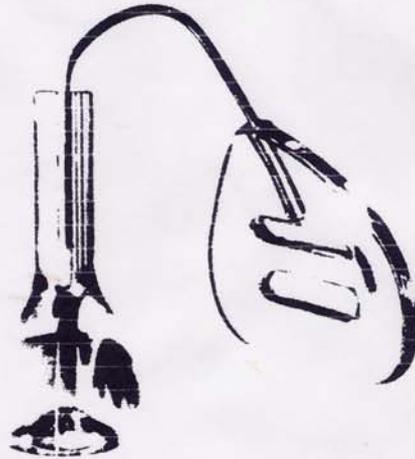


Abb. 9 Edwards-Klemme, umgerüstet zur Prolapstherapie

Pessarbehandlung der Streßinkontinenz

Die Pessartherapie der Streßinkontinenz ist ausgesprochen diffizil und von Rückschlägen nicht frei. Ihr Erfolg ist weniger von der Urethra als von der Stabilität des Beckenbodens abhängig. Nur bei intakter Funktion der Levatorschenkel ist es möglich, mit einem Hilfsgerät die Urethra erfolgreich anzuheben und sie in die normale Position zu bringen. Andererseits kann die Pessarbehandlung der Streßinkontinenz bei inoperablen Frauen, aber auch zur zeitlichen Überbrückung vor einer Operation von großer Wichtigkeit sein.

Seit über 35 Jahren ist das

Urethrapessar

(Abb. 10) bekannt. Es bestand zu jener Zeit aus einem Gummischlauch, der eine Spiral- und Blattfeder enthielt. Eine taubeneigroße Verdickung an einer Stelle des etwa 8 mm dicken Ringes sollte unter der Urethra liegen und die Kontinenz herbeiführen. Sein Ursprung geht auf einen holländischen Uhrmacher zurück, der es 1907 aus einem Silberdrahtgeflecht für seine leidende Mutter gefertigt hatte. Erst nach dem letzten Krieg wurde das Prinzip bekannt, vom Verfasser später übernommen und weiterentwickelt.

Das *Original-Urethrapessar* ist für nichtoperierte Patientinnen gedacht. Es kann von der Trägerin leicht gewechselt werden. Beim Einführen muß darauf geachtet werden, daß das Taubenei genau unter der Urethra sitzt. Unbemerkt von der Patientin vermag die elastische Ringfeder beiderseits schon bald Druckulzera zu bewir-

ken, weshalb die Wahl der Ringgröße vorsichtig getroffen werden sollte. Ein starrer Ring macht sofort Beschwerden. Die Entfernung beginnt mit dem Zurseiteschieben der Kalotte, um mit dem gekrümmten Finger unter den vulvanahen Ringeil zu gelangen. Das Pessar folgt schmerzfrei, die Kalotte zuletzt.

Die ersten Versuche mit diesem Modell ließen erkennen, daß es mit der vorhandenen Kalotte nicht immer getan ist. Sie muß manchmal – je nach Situation – erhöht werden, um die Urethra ausreichend zu elevieren. Oft genügt hierzu schon eine der mitabgebildeten

Urethrakappen

(Abb. 10). Bei weiterem Bedarf an Unterpolsterung werden zusätzlich Kappen aufgeklebt. Dies geschieht nicht in einer Sitzung, sondern wird – abhängig vom Erfolg – in mehreren Stufen durchgeführt.

Für besonders große Unterpolsterungen wurden zur Vereinfachung und zur Erzielung glatter Oberflächen Halbkugeln aus Silikon in unterschiedlichen Größen angefertigt, die um einen elastischen Rundring herumgelegt und zu einer Kugel verklebt werden (Abb. 11). Bei einem tragfähigen Beckenboden ist der Effekt deutlich. Bei bleibender Inkontinenz muß über das Pessar und die Diagnose nachgedacht werden. Dabei wird der Ring gleichzeitig zum Diagnostikum. Bei positivem Ergebnis (Kontinenz) bleibt kein Zweifel an der Diagnose einer Streßinkontinenz. Das optimal angepaßte Versuchspessar ist das beste praktische Differentialdia-

Abb. 10 Urethrapessar mit Kappen zum Aufkleben

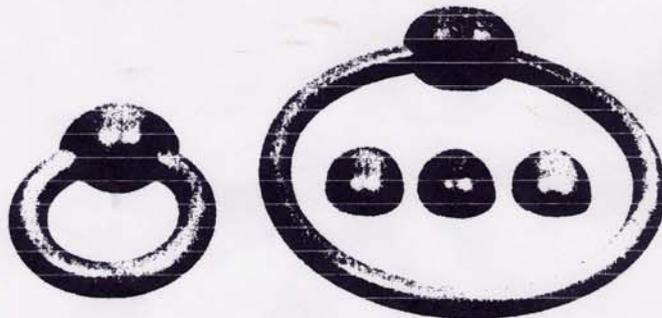




Abb. 11 Halbkugeln aus Silikon, die um einen Rundring herumgelegt zur Kugel verbunden werden. Der Rundring wird in die Vertiefungen eingelegt

agnostikum für oder gegen die Erfolgchancen einer geplanten operativen Therapie (HOCHULI u. Mitarb.).

Das ebenfalls flexible

Urethraschalenpessar

(Abb. 12) ist eine Ergänzung des Urethrapessars für schwierige Deszensusfälle *mit* Inkontinenz. Es ist infolge seiner kompakten Konstruktion, die im Boden nur eine kleine zentrale Öffnung hat, starrer. Eine mit Inkontinenz kombinierte Zystozele wird besser zurückgehalten, die Urethra von unten durch die Kalotte wie beim Urethrapessar gestützt. Auch hier können weitere Kappen zur Verstärkung aufgeklebt werden.

In seltenen Fällen sind zwei übereinander gestapelte Pessare auch prüfenswert. Kombinationen von Schalen- und Ringpessaren oder ein tellerartiges Aufeinanderschichten von zwei verschiedenen großen Schalen, die meist ohne starre Verbindung in ihrem Bett liegen bleiben, können versucht werden.

Bei einem stärkeren Deszensus und einem

schlechten Beckenboden vermag das

Tandempessar

in Einzelfällen die Kontinenz zu verbessern. Dabei übernimmt der untere Würfel die Urethrastützfunktion, der obere das Haften. Der obere Würfel sollte nicht kleiner sein als der untere.

Nach vaginal plastischen Korrekturen ist die Ring- und Schalentherapie mühsam, oft unmöglich, da die meist konisch zulaufende Vagina keinen Rundring toleriert. Jetzt muß ein den anatomischen Verhältnissen angepaßtes

Hodge-Pessar

(Abb. 3) die Aufgaben übernehmen. Es ist in seiner halbstarren Flexibilität in allen Dimensionen verformbar und gestattet durch Anhebung des aufgebogenen Pessarendes die gewünschte Unterstützung der Urethra. Das Einführen und Entfernen sollte im Liegen stattfinden. Es ist bei dieser Körperhaltung leichter, den vorangehenden Teil des Pessars hinter die Portio zu schieben.

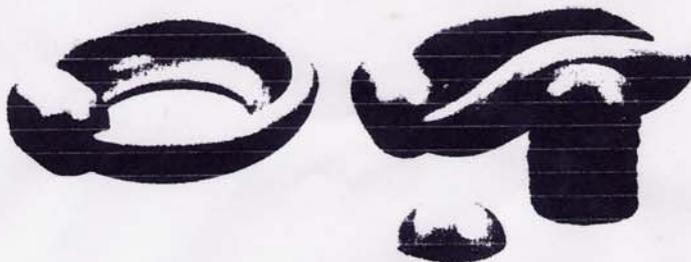


Abb. 12 Urethraschalenpessar mit Kappen zum Aufkleben

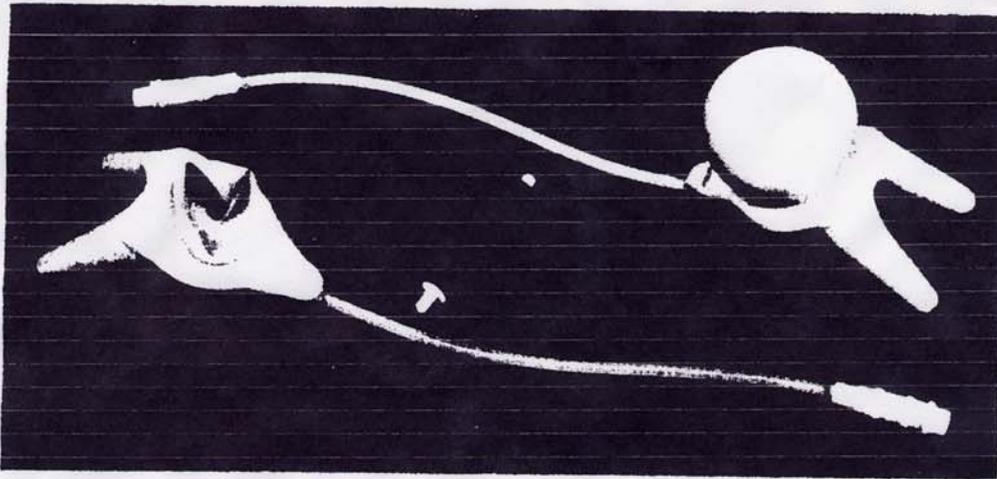


Abb 13 Inkontinenzpessar „Ladyaid“ mit Fingerpumpe

Das von BONNAR in Dublin entwickelte

Inkontinenzpessar „Ladyaid“

(Abb. 13) hat als wesentlichen Teil einen aufblasbaren Ballon, der erst nach Einführen des Gerätes mit einer Fingerpumpe so groß aufgefüllt werden muß, daß er sich und das Gerät hinter der Symphyse verhakt und die Urethra anhebt. Mit den beiden nach hinten strebenden Schenkeln eines Plastikfußes soll das Gerät am Beckenboden abgestützt werden, um das Herausrutschen zu verhindern. Hierbei muß die Levatorplatte sicher intakt sein. Nach einer Veröffentlichung von BONNAR sind etwa $\frac{1}{2}$ der Frauen mit diesem Hilfsgerät zufrieden. Immer wieder wird deutlich, daß ein reichhaltiges Angebot an Pessaren aller Art und Größen zur Herstellung der Kontinenz verfügbar sein muß.

Bei nicht wenigen, bereits operierten Patientinnen führen Pessare nicht zum Erfolg. Die Vernarbung der Vagina läßt die Einlage eines festen Körpers nicht zu. Bei einer kurzen Vagina, wie z. B. nach einer Radikaloperation, hält und stützt bestenfalls ein kleiner Würfel, der bei normaler Vaginallänge als Inkontinenzpessar versagt. Eine einfache Hilfe bei der Inkontinenz ohne wesentlichen Deszensus oder nach mißlungener Operation stellt die

Behandlung mit einem o. b.-Tampon

* Herstellung und Vertrieb: Eurosil LTD. E-Sil Works Newman Lane, Alton, Hants, England GU34 2QR

dar. Im Gebrauch an ihn gewöhnt, muß die Frau nur die richtige Lage des Tampons beachten. Er funktioniert nur bei strikter suburethraler Lage, die von der Patientin mit Gefühl sorgfältig reguliert werden kann. Er darf weder in der Vulva spürbar, noch über den Levator-schenkel hochgeschoben werden. Die exakte Regulierung dieser Lage wird durch das „Erfolgserlebnis“ schnell begriffen.

Reicht die Unterstützung aufgrund eines zu kleinen Tampondurchmessers nicht aus, kann man ihn mühelos im Umfang vergrößern. Mit einer Spritze mit Kanüle injiziert man in der Längsachse etwa 3–4 cm³ Wasser: Der Tampon quillt auf das gewünschte Maß, das bei etwa



Abb 14 Edwards Klemme original zur Inkontinenzbehandlung

25 mm liegt, auf. Man kann ihn gleichmäßig zylindrisch verstärken, aber auch das untere Ende, das die Elevation des Verschlussmechanismus übernimmt, besonders auftreiben. Die richtige Dosis zeigt die Erfahrung, bei Überdosierung wird die Watte zu weich. Es empfiehlt sich ein dünner Aufstrich eines Gleitmittels oder einer Hormonsalbe nach der Menopause.

Die

Edwards-Klamme

(Abb. 14) gilt bei der Inkontinenz als Ultima ratio. Ihr dreieckiger Stützrahmen, an dem sich eine gebogene Stahlfeder befindet, liegt auf dem Schamberg. Die Feder wird durch Biegung den Bedürfnissen der notwendigen Anhebung angepaßt (EDWARDS).

Pessarbehandlung der Zervixinsuffizienz

Die Pessarbehandlung der Zervixinsuffizienz ist in den letzten 10 Jahren durch Veröffentlichungen, vor allem von BAYER; DAHL u. BARZ; FÖRSTER u. Mitarb.; GIRARDI; HILLEMANNS u. QUAAS; JAVERT u. OSTER; JIRATKO u. Mitarb.; JORDE u. Mitarb.; KUBLI u. ARABIN und SEYFARTH bekannt geworden. Es soll einen Spät-abort bzw. eine Frühgeburt infolge eines mangelhaften Verschlusses des Fruchthalters mit

gleicher Sicherheit verhindern wie die Operation. Verschiedene Pessartypen, vom einfachen dicken Rundring bis zur starren Stützpe-sarplatte aus Kunststoff, werden benutzt. In den USA wird das Hodge-Pessar bevorzugt (JAVERT u. OSTER).

Allen Veröffentlichungen ist gemeinsam, daß diese in jeder Hinsicht gefahrlose Therapie in

a

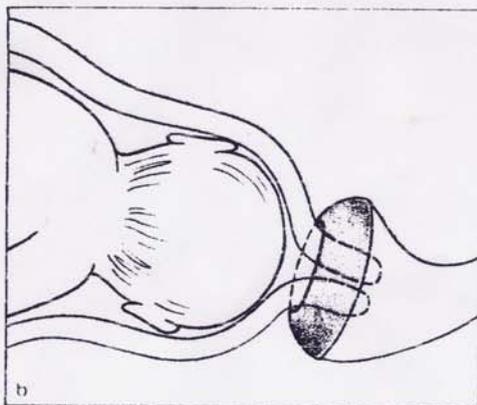


Abb. 15 a Standard-Cerclage-Pessar
b Cerclage-Pessar, der Zervix angepaßt

etwa gleichwertige, evtl. sogar bessere Erfolge aufweist wie die operative Behandlung (FÖRSTER u. Mitarb.). DAHL hält eine hohe Abstützung bei möglichst enger Zentralöffnung für wesentlich, nicht aber eine „Sakralisation“ wie

andere Autoren (JAVERT u. OSTER; JORDE u. Mitarb.). Er nimmt zugleich an, daß der Außendurchmesser eines runden Stütz pessars nebensächlich ist. Der gleichen Auffassung ist der Verfasser, der 1979 ein Schalenpessar

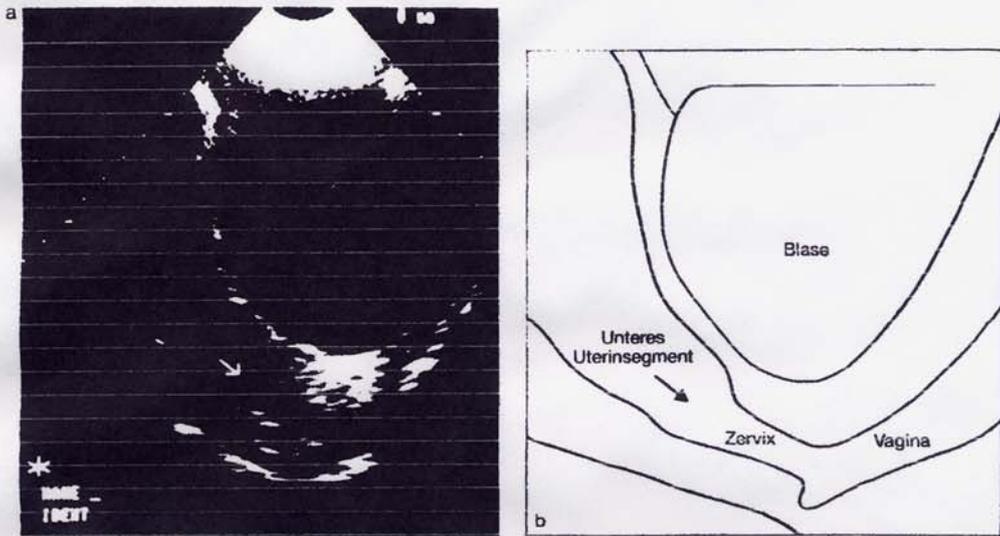


Abb. 16a Ultraschallbild einer Zervixinsuffizienz mit deutlich erweitertem innerem Muttermund
b Schematische Darstellung

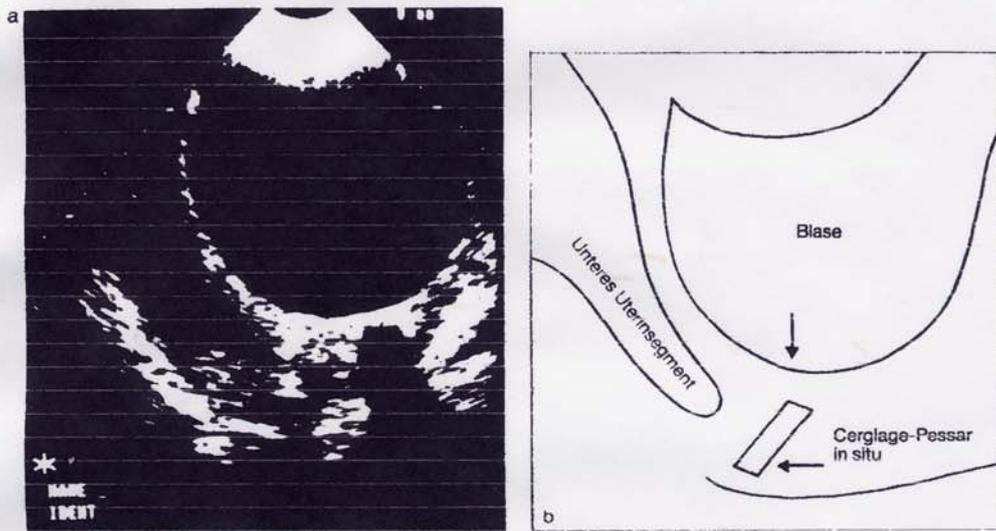


Abb. 17a Ultraschallbild nach Einlage des Standard-Cerglage-Pessars
b Schematische Darstellung

(Abb. 15a) entwickelte, das von vielen Kollegen geprüft wurde. Diesem

(Höhe 17 mm) wurden inzwischen 3 weitere Typen hinzugefügt (21 mm, 25 mm, 30 mm Höhe). Die Handlichkeit der Pessare ist problemlos, das napfförmige Modell wird *mit der Wölbung nach oben eingeführt und die Zervix bei der Einlage steuern eingestiebt*. Normalerweise kommt man mit den Höhenmaßen 17 und 21 aus. Bei einer längeren Zervix der Frühschwangerschaft sollte man die noch höheren Modelle bevorzugen. Der Außendurchmesser der Pessare beträgt standardmäßig 65 mm. Auch 70-mm-Pessare sind lieferbar. Die Zentralöffnung für die Zervix beträgt bei *allen* Modellen 32 mm Durchmesser. Die Abb. 15b zeigt schematisch ein Cerclage-Schalenpessar in situ. Für den Erfolg entscheidend sind sicher die frühzeitige Einlage und richtige Anpassung des Pessars. Der Zeitpunkt muß sich nach dem klinischen Befund und der Vorgeschichte richten. Prinzipiell sollte man das Pessar als Dauereinlage ansehen, sofern nicht der klinische und bakteriologische Fluorbefund zu einem Wechsel, zur Reinigung und Therapie zwingen. Eine Studie von JORDE u. HAMANN hat ergeben, daß „keine klinischen Zeichen eines Amnioninfektsyndroms bei Zervixinsuffizienz mit intakter Fruchtblase unter der Langzeitbehandlung“ auffallen (JORDE u. Mitarb.).

Zur Verdeutlichung der **Wirkung eines Cerclage-Pessars** dienen die sonographischen Abbildun-

Tabelle 1 Behandlungsergebnisse der drohenden Frühgeburt; Vergleich Cerclage-Pessar

Jiratko 1977		
	Cerclage	Pessar
Summe	114	405
> 2500 g	97 = 84,8%	366 = 90,3%
2001–2500 g	8 = 7,1%	19 = 4,7%
1501–2000 g	5 = 4,5%	15 = 3,7%
1001–1500 g	3 = 2,7%	5 = 1,3%
< 1000 g	1 = 0,9%	0 = 0
Förster 1986		
	Cerclage	Pessar
Summe	112	130
> 2500 g	81,25%	80,0%
2000–2499 g	9,82%	12,3%
1500–1999 g	6,25%	4,62%
1000–1499 g	1,79%	2,31%
< 1000 g	0,89%	0,77%

gen 16a und b sowie 17a und b. Bild 16 zeigt links neben der Blase die trichterförmige Ausweitung des unteren Uterinsegments, die Abb. 17 den Befund bei der gleichen Frau *nach* Einlage des Schalen-Cerclage-Pessars ohne Trichterbildung im unteren Uterinsegment; man erkennt das Pessar in situ.

Aus der vorhandenen Literatur wurden zwei Vergleichsstatistiken ausgewählt (Tab. 1), die die Erfolge der Operation und der Pessare gegenüberstellen. Aus beiden geht hervor, daß die Pessare zumindest gleichwertige, wenn nicht bessere Ergebnisse erzielen als die aufwendigere und risikoreichere Operation.

Literatur

- Arabin, H.: Das Urethrapessar. Zbl. Gynäk. 80 (1958) 1749
 Arabin, H.: Das Würfelpessar. Geburtsh. u. Frauenheilk. 23 (1963) 57
 Arabin, H.: Pessartherapie der Harninkontinenz. Fortschr. Med. 96 (1978) 3
 Bayer, H.: Einige neue Gesichtspunkte bei der Prophylaxe und Therapie der drohenden Frühgeburt. Zbl. Gynäk. 99 (1977) 547
 Beck, L.: Die funktionelle Harninkontinenz der Frau. Gynäkologie 4 (1971) 73
 Benthin, W.: Therapie der Frauenkrankheiten. Urban & Schwarzenberg, München 1934 (S. 84)
 Bonnar, J.: Silicone vaginal appliance for control of stressincontinence. Lancet, December 3 (1977) 1161
 Bumm, E., A. Döderlein, B. König, C. Menge: In Küstner, O.: Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, 7. Aufl. Fischer, Jena 1919 (S. 120)
 Dahl, J., M.S. Barz: Zur Prophylaxe der Frühgeburt mit Stützpressaren. Z. ärztl. Fortbild. (Berl.) 73 (1979) 1010
 Edwards, L.E.: Device for control of incontinence of urine in women. Brit. med. J. 1970/III, 104
 Edwards, L.E.: The control of incontinence of urine in women with a pubo vaginal spring device: objective and subjective results. Brit. J. Urol. 43 (1971) 211
 Faber, P.: Harninkontinenz. In Käser, O., V. Friedberg, K.G. Ober, K. Thomsen, J. Zander: Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Aufl., Bd. III/1. Thieme, Stuttgart 1985 (S. 7.7)
 Förster, F., R. Doring, G. Schwarzlos: Therapie der Zervixinsuffizienz – Cerclage oder Pessar? Zbl. Gynäk. 108 (1986) 230
 Fröhlich, G.: Die Edwardsklemme. Med. Trib. 9 (1974) 3
 Girardi, F., H.O. Mayer, H. Sperger, J. Haas: Das Stütz-pessar – eine Therapiemöglichkeit bei vorzeitiger Eröffnung des Verschlussapparates. Gynäk. Rdsch. 25, Suppl. 2 (1985) 236
 Guthmann, H.: Physikalische Heilmethoden (Pessartherapie). In Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. II. Urban & Schwarzenberg, München 1924 (S. 497)
 Heidenreich, J., Chr. Frantzen, L. Beck: Die funktionelle Harninkontinenz der Frau. Dtsch. Ärztebl. 72 (1975) 2609
 Hillemanns, H.G., L. Quass: Cerclage oder Stütz-pessar zur Therapie der Zervixinsuffizienz? Gynäk. Prax. 10 (1986) 727
 Hochuli, E., K.P. Lüscher, A. Spinelli: Operative Behandlung der schweren Streßinkontinenz II. Grades. Geburtsh. u. Frauenheilk. 41 (1981) 472