

Update zur Pessartherapie beim Descensus urogenitalis

K. Beilecke, J. Marschke, R. Tunn

Klinik für Urogynäkologie,
Alexianer St. Hedwig Krankenhaus

*Pessartherapie – Descensus uteri – Zystozele –
Rektozele*

gynäkologische praxis 46, 1–7 (2020)
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG

■ Allgemeines zur Pessartherapie

Im Rahmen der Literaturrecherche stehen Studien zur Pessartherapie im Vordergrund, die bereits vorhandene Beschwerden wie Descensus urogenitalis [1–5] kompensieren, auf deren Daten zurückgegriffen werden kann. So ist die Anwendung von Pessaren bei Descensus urogenitalis fester Bestandteil der konservativen Therapie und in den entsprechenden nationalen und internationalen Leitlinien integriert [6–8].

■ Pessartherapie bei Descensus urogenitalis

Studien zur Pessartherapie beim Descensus urogenitalis sind sehr heterogen bzgl. der Wissenschaftlichkeit (wenig prospektive Studien, Beobachtungszeiträume zwischen 3 und 12 Monaten, Fallzahlen zwischen 32 und 359) und der Auswertekriterien (Fragebögen) [1]. Nur einzelne Studien haben den Vergleich zu alternativen Therapien untersucht [9]. Letztlich kommen sie aber zu dem Ergebnis, dass die Pessartherapie in ca. 85% angepasst, also technisch durchgeführt werden kann und die Graduierung des Descensus und die sexuelle Aktivität keine Kontraindikation für die Pessartherapie darstellen. Powers et al. [10] postulieren, dass eine sehr kurze Vagina und ein sehr weiter Introitus Gründe für das Misslingen einer Pessartherapie darstellen. Weitere Gründe sind rekonstruktive Voroperationen, Z. n. Hysterektomie und ein Descensus im Bereich des hinteren Kompartimentes [11].

Die Pessartherapie sollte trotzdem als Ersttherapie beim Descensus angeboten werden, ein dauerhafter Erfolg verlangt aber eine dauerhafte Therapie [12], ca. 2/3 der Frauen mit symptomatischem Descensus entscheiden sich initial für eine Pessartherapie [13]. Schließlich soll das Pessar individuell angepasst werden und die Indikation unabhängig der Quantifikation des Prolapses und des Vorhandenseins des Uterus gestellt werden [14]. In über 85% gelingt die Anpassung eines Pessars, die Nutzungsrate liegt zwischen 50 und 80%, die Mehrzahl der Therapieabbrüche erfolgt in den ersten 4 Wochen [1, 15]. Die Kombinationstherapie mit einem Verhaltenstraining

profitiert gegenüber der alleinigen Pessartherapie signifikant nach 3 Monaten, nach 12 Monaten ist der Unterschied nicht mehr signifikant [16].

■ Neuentwicklungen bzw. -interpretationen in der Pessartherapie

Pessare zur Therapie des Descensus urogenitalis sind konzeptionell volumenfüllende Pessare oder versuchen, durch Fläche den Hiatus levatoris auszufüllen, um so eine Reponation des Prolapses zu bewirken. Traditionelle Formen, wie Siebschalen (▶Abb. 1), Ringe, Würfel (▶Abb. 2), Keulen- bzw. Donutpessare erfahren hin und wieder Modifikationen, um in individuellen Situationen ggf. therapeutische Lücken zu füllen. Zwei Beispiele hierfür sind das Pessar mit Gehrung (▶Abb. 3), welches ggf. eine bessere Reponation der Rektozele ermöglicht, da sich diese der traditionellen Pessartherapie oft entzieht. Bei großem Prolaps aber eher engem Introitus kann ggf. ein aufblasbares Donutpessar (▶Abb. 4) (ähnlich wie das Göttinger Pessar mit verbessertem Handling des Pumpschlauches) einen komfortableren Pessarwechsel ermöglichen.

■ Komplikationen durch Pessaranwendung

Im Rahmen der Langzeittherapie werden je nach Literaturangabe bei 15–56% der Anwenderinnen Nebenwirkungen (z. B. Ulzerationen, Blutungen, Kolpitis, Schmerzen, Obstipation) [1, 17] beschrieben. Auftretende Komplikationen scheinen im Zusammenhang zu Liegedauer des Pessars und fehlender Betreuung/Pflege der Betroffenen zu stehen [4], selbst Erosionen im Bereich der Scheidenwand führten in der Regel nur zur zeitweiligen Unterbrechung, aber nicht zum Abbruch der Pessartherapie [10]. Andererseits konnten Gorti et al. [2] zeigen, dass bei Pessarwechselintervallen von 3, 6 bzw. 12 Monaten keine unterschiedlichen Komplikationshäufigkeiten angegeben wurden, Robert und Mainprize [18] beschrieben unter der Langzeitanwendung von Ringpessaren mit 3-monatigen Wechselintervallen wiederum keine Erosionen der Scheidenwand. Eine Befragung von Mitgliedern der Internatio-



Abb. 1 | Siebschalenpessar



Abb. 2 | Würfelpessar

nal Urogynaecology Association und der British Society of Urogynaecology [19] hat ergeben, dass 35% einen Pessarwechsel alle 3 Monate und 31% alle 6 Monate empfehlen. Nemeth et



Abb. 3 | Pessar mit Gehrung



Abb. 4 | Aufblasbares Donutpessar

al. [20] beschrieben unter dem täglichen Selbstwechsel (Würfelpessar) und Manchana und Bunyavejchevin [21] unter wöchentlichem Wechsel (Ringpessar) keine Komplikationen.

Die Literaturangaben lassen nur begrenzt Aussagen zum Zusammenhang zwischen dem Material der Pessare und dem Auftreten von Komplikationen zu. Bestätigt hat sich aber, dass medizinisches Silikon biologisch inaktiv ist, keine Allergien auslöst, nicht kanzerogen ist und die Reinigung sehr komfortabel ist [8, 22, 23]. Patientinnen mit höhergradigem Prolaps und bereits stattgehabten Prolapsoperationen scheinen eine bessere Compliance für die Pessartherapie zu haben [3]. In der aktuellen Cochrane-Analyse [7] zur Pessartherapie beim Descensus wurde festgestellt, dass es keinen Konsens zu Indikationsstellung, Pessartyp und Wechselintervallen gibt.

■ Patientenzufriedenheit unter Pessartherapie

Als Therapieerfolge werden eine Besserung des Senkungsgefühls angegeben und eine Besserung von Reizblasenbeschwerden und Sexualität beschrieben, die Zufriedenheit wird mit 70–92% angegeben [1]. Cundiff et al. [3] konnten unter Nutzung eines Ring- bzw. Gellhorn-Pessars nachweisen, dass es zur Besserung des Vorfallegefühls und der Harnblasenentleerung kommt. Die prospektiv randomisierte Studie zur Pessartherapie konnte einen Therapieerfolg von 60% verzeichnen. Maito et al. [24] konnten zeigen, dass nach entsprechender Aufklärung und Anpassung des Pessars Belastungsharninkontinenz-, Descensus-, bzw. kombinierte Beschwerden zu 94, 89 bzw. 81% kompensiert werden konnten.

Ebenfalls konnte nachgewiesen werden, dass die Physiotherapieergebnisse beim Descensus bei Frauen mit Pessartherapie subjektiv besser ausfallen als bei Frauen ohne additive Pessartherapie, ohne dass es in der Pessargruppe mehr Komplikationen gegeben hat [25].

Schließlich beobachteten Hanson et al. [26] in ihrem Arbeitsumfeld Heilungen durch die Pessartherapie, sodass Pessare nach einer gewissen Zeit der Anwendung nicht mehr benötigt wurden, da es durch die Reponation von Uterus und Vagina zur Entlastung und Regeneration des Bindegewebes kommt.

■ Klinischer Alltag in der Pessartherapie

Der klinische Alltag in der Pessartherapie ist von persönlichen Erfahrungen, Traditionen und regionalen Besonderheiten geprägt. Das beste Beispiel hierfür sind das Keulen- (Gellhorn-) bzw. Donutpessar, welche in Deutschland eher selten, im angloamerikanischen Sprachraum dafür nahezu flächendeckend zur Anwendung kommen.

Mit folgenden Grundsätzen kann man im klinischen Alltag eine effektive Pessartherapie umsetzen:

- Vor jeder Descensusoperation sollte eine Pessartherapie empfohlen, möglichst ausprobiert und dies auch dokumentiert werden. Dies kann nicht erst im Krankenhaus thematisiert, sondern muss bereits beim behandelnden Frauenarzt besprochen werden.
- Durch eine präoperative Pessartherapie kann objektiviert werden, ob die Reponation einer Zystozele zur Verbesserung der Harnblasenentleerung bzw. Demaskierung einer larvierten Harninkontinenz führt.
- Zur optimalen Pessaranpassung sollten mehrere Pessargrößen und wenigsten 2 verschiedene Formen (z. B. Siebschale und Würfel) vorrätig sein.
- Je nach Oberflächenbeschaffenheit sollte ein Pessar ca. alle 6 Monate neu verordnet werden. Die Reinigung mit Wasser und ggf. Seifenlösung ist ausreichend.
- Eine Pessartherapie sollte, soweit keine Kontraindikationen bestehen, mit einer lokalen Estrioltherapie begleitet werden.
- Würfelpessare sollten nachts entfernt werden, da sich diese durch die konkaven Flächen an der Scheidenwand festsaugen (dadurch gutes Reponationsergebnis) und eine hohe mechanische Beanspruchung der Vaginalhaut mit sich bringen.
- Beim selbstbestimmten täglichen Pessarwechsel sind Würfelpessare mit Rückholfaden zu bevorzugen, im Einzelfall werden auch Siebschalenpessare von den Anwenderinnen selbst gewechselt.
- Beim Descensus uteri sind Siebschalen am wirksamsten und sollten gegenüber den Ring-

pessaren bevorzugt zur Anwendung kommen, da Ringpessare eine geringere Auflagefläche haben und eher Ulzerationen verursachen können.

- Siebschalenpessare sollten erstmalig nach ca. 4 Wochen gewechselt werden. Sind keine Kolpitiden bzw. Ulzerationen aufgetreten, reicht ein Pessarwechsel alle 3 Monate aus.
- Der Scheidenstumpff prolaps nach Hysterektomie, Zysto- und Rektozelen lassen sich effektiv mittels Würfelpessar reponieren.
- Beim höhergradigen Descensus ist ein Beckenbodentraining nur in Kombination mit einer Pessartherapie sinnvoll.
- Siebschalen oder Ringpessare haben in der Regel keinen negativen Einfluss auf das Sexualerleben. Darauf sollten Anwenderinnen ausdrücklich hingewiesen werden, da oft ein Verzicht vermutet wird.

■ Fazit für die Praxis

Die wissenschaftlichen Daten reichen nicht aus, um die verschiedenen Pessartypen bestimmten Indikationen zuzuordnen. Entsprechend der Produktempfehlungen, Literaturangaben und klinischen Erfahrungen der Autoren wird in ► Tabelle 1 versucht, praktische Hinweise zur Indikationsstellung zu geben. Einfluss auf die Pessarwahl hat im Wesentlichen auch die Entscheidung, ob der Pessarwechsel von der Anwenderin selbst oder ärztlicherseits erfolgt. Halten Siebschalenpessare nicht, sollte ein Würfelpessar probiert werden und umgekehrt. Zysto- und Rektozelen lassen sich mittels Würfelpessar optimal reponieren, wobei Rektozelen an sich nur bedingt einer Pessartherapie zugänglich sind. Im klinischen Alltag muss sich noch zeigen, inwieweit hier ein Pessar mit Gehrung die bessere Option darstellt. Sehr große Prolapszustände profitieren im Einzelfall von aufblasbaren Pessaren.

■ Zusammenfassung

Pessare zählen zu den ältesten Therapieoptionen in der Urogynäkologie und erfahren aktuell eine Renaissance durch die Einschränkungen in

Pessare	Prolaps 1.-2. Grad	Prolaps 2.-3. Grad	Descensus uteri	Zystozele	Rektozele	Belastungsharninkontinenz	Zervixinsuffizienz	Haltemechanismus
Würfelpessar	X	X	X	X	X			Ansaugen an Vaginalwand
Siebschalenpessar	X	X	X	X				Auflage auf Beckenboden
Ringpessar	X		X	X				Auflage auf Beckenboden
Urethringpessar (mit Pelotte)	X		X	X		X		Auflage auf Beckenboden
Keulnpessar		X		X	X			Retrosymphysär, Auflage auf Beckenboden
Gehrungpessar		X	X	X	X			Auflage auf Beckenboden
Aufblasbares Donutpessar		X	X	X	X			Volumen, selbsthaltend

Tab. 1 | Vergleich der Pessartypen und Indikationen zur Anwendung

der Netzchirurgie und kontinuierlichen Weiterbildungsmaßnahmen der Protagonisten. Pessare kommen beim Prolaps operationsvorbereitend und -vermeidend zur Anwendung. Neben der Prolapsreponation können Harnblasen- und Darmentleerungsstörungen positiv beeinflusst werden. Durch die Pessartherapie kann sich eine Überlaufinkontinenz bessern bzw. eine larvierte Belastungsharninkontinenz demaskiert werden, diese Phänomene ermöglichen eine optimierte operative Therapieplanung. Neuentwicklungen bzw. -interpretationen von Pessaren verbessern die Compliance zusätzlich und erweitern das Anwendungsspektrum.

Die wissenschaftlichen Daten zur Pessartherapie beim Descensus sind heterogen wie auch die Indikationsstellung in der Verordnung der verschiedenen Pessartypen. Durch den Abgleich von Literatur und klinischer Erfahrung geben die Autoren Hinweise zur Indikationsstellung und Anwendung.

Beilecke K, Marschke J, Tunn R:
Update in pessary therapy for urogenital prolapse

Summary: Pessaries are part of the first urogynecological treatment portfolio. The latest developments in surgical therapy with limitations in mesh-supported treatment options are leading to a rising interest in further developing and using pessary therapy. In urinary and anal incontinence pessaries are part of the treatment portfolio. In pelvic organ prolapse pessaries are known to be beneficial in preventing surgery as well as preparing for surgical therapy. With detecting an occult urinary incontinence and improving postvoidal residual and resulting incontinence, it is crucial in developing a patient-oriented therapy plan. Further developments and improvements expand the therapeutic regimen.

Scientific data are as heterogeneous as the indications for different types of pessaries. The authors combine academic studies and theory

with clinical experience to give instructions for indication and application.

Keywords: pessary therapy – uterine prolapse – cystocele – rectocele

Literatur

1. Lamers BHC, Broekman BMW, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 637–644.
2. Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: A UK-based survey. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29: 129–131.
3. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JJ, Strohbehn K, Handa VL. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 405.e1–8.
4. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J* 2015; 9: E400–406.
5. Kölle D, Kunczicky V, Uhl-Steidl M, Pontasch H. Sicherheit und Akzeptanz der Selbstanwendung von Würfel- und Urethringpessaren. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1998; 38: 242–246.
6. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis. AWMF-Registernummer: 015/006. (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-006.html>). Zugegriffen: 20.05.2020.
7. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD004010.
8. Robert M, Schulz JA, Harvey M-A; UROGYNAECOLOGYY COMMITTEE. Technical update on pessary use. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35: 664–674.
9. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 273–278.
10. Powers K, Lazarou G, Wang A, LaCombe J, Bensinger G, Greston WM, Mikhail MS. Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 160–164.
11. Ramsay S, Tu LM, Tannenbaum C. Natural history of pessary use in women aged 65 – 74 versus 75 years and older with

pelvic organ prolapse: a 12-year study. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 1201–1207.

12. van Geelen JM, Dwyer PL. Where to for pelvic organ prolapse treatment after the FDA pronouncements? A systematic review of the recent literature. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 707–718.

13. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 1157–1161.

14. Nager CW, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Wu JM, Kenton K, et al.; Pelvic Floor Disorders Network (PFDN). Incontinence pessaries: size, POPQ measures, and successful fitting. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 1023–1028.

15. Ramsay S, Tu LM. Pessary use as a conservative treatment for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012; 23 (Suppl 2): S50–S51.

16. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al.; Pelvic Floor Disorders Network (PFDN). Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010 Mar; 115: 609–617.

17. Wolff B, Williams K, Winkler A, Lind L, Shalom D. Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2017; 28: 993–997.

18. Robert M, Mainprize TC. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 326–329.

19. Khaja A, Freeman RM. How often should shelf/Gellhorn pessaries be changed? A survey of IUGA urogynaecologists. *Int Urogynecol J* 2014; 25: 941–946.

20. Nemeth Z, Nagy S, Ott J. The cube pessary: an underestimated treatment option for pelvic organ prolapse? Subjective 1-year outcomes. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1695–1701.

21. Manchana T, Bunyavejchevin S. Impact on quality of life after ring pessary use for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012; 23: 873–877.

22. Atnip S, O'Dell K. Vaginal support pessaries: Indications for use and fitting strategies. *Urol Nurs* 2012; 32: 114–124.

23. Jones KA, Harmanli O. Pessary use in pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Rev Obstet Gynecol* 2010; 3: 3–9.

24. Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51: 78–84.

25. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SS. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 73–80.

26. Hanson L-A, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 155–159.

Interessenkonflikt: Herr Prof. Dr. Tunn erklärt, dass er Lizenzgebühren der Firma *Komed* erhält. Die anderen Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.



Prof. Dr. Ralf Tunn
Klinik für Urogynäkologie
Alexianer St. Hedwig Krankenhaus
Große Hamburger Straße 5–11
10115 Berlin

r.tunn@alexianer.de