

Descensus genitalis bei der jungen Frau

Resultate einer Umfrage unter AGUB-Mitgliedern

J. Farthmann¹, B. Gabriel², G. Naumann³, N. Röthling⁴, D. Watermann⁵

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung eines Descensus genitalis ist das Alter, sodass in den meisten operativen Studien junge Frauen unterrepräsentiert sind. Wegen der höheren Rezidivneigung und der anderen Lebensumstände bezüglich körperlicher Aktivität, beruflicher Belastung, Sexualität und Familienplanung als bei Älteren stellen diese Frauen eine besondere Herausforderung dar. Um die Therapieziele und -ansätze engagierter Urogynäkologen in diesem besonderen Patientenkollektiv zu analysieren, wurde eine Online-Umfrage unter AGUB-Mitgliedern durchgeführt, die im Folgenden dargestellt wird.

Das Alter ist neben Schwangerschaften und Geburten ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung eines Descensus genitalis (1). In jüngeren Jahren wird ein geburtstraumatisch entstandener Beckenbodendefekt oft noch durch kräftige Muskulatur und einen intakten Bandapparat kompensiert. Dennoch gibt es Frauen, die bereits in jungem Alter einen symptomatischen Descensus erleiden. Genaue Zahlen hierzu sind schwierig zu ermitteln, zumal jüngere Frauen unter Umständen noch weniger über Beckenbodenprobleme sprechen.

Es gibt keine einheitliche Definition für eine „junge“ Frau in der Urogynäkologie. Weder in der 2016 veröffentlichten DGGG-Leitlinie „Weiblicher Descensus genitalis, Diagnostik und Therapie“ noch im Cochrane-Review

zum selben Thema wird diese spezielle Patientengruppe berücksichtigt (2, 3). Bei den vorhandenen operativen Studien liegt das mittlere Alter oft bei etwa 60 Jahren, zum Teil gab es auch ein Mindestalter von 60 Jahren, ab dem die Patientinnen eingeschlossen werden konnten (3). Somit sind jüngere Frauen in der Literatur sicher unterrepräsentiert.

Wir richten in der vorliegenden Arbeit das Augenmerk auf die jüngeren Frauen, da sie unseres Erachtens eine besondere Herausforderung darstellen. Hierbei sind zwei Dinge zu berücksichtigen: Einerseits muss bei diesen Frauen von einem hohen Rezidivrisiko ausgegangen werden, da sie bereits früh an einer Senkung erkrankt sind und sich naturgemäß stärker körperlich belasten als ältere Betroffene. Wie gut und stabil das Bindegewebe ist, lässt sich nicht quantifizieren, man kann nur Rückschlüsse anhand der Anamnese ziehen. Somit stellt sich die Frage, wie stabil eine Operation mit Eigengewebe bei einer solchen Patientin sein kann. Eine Levatoravulsion lässt sich in bis zu 20 % nach Geburten nachweisen und erhöht das Rezidivrisiko

(4, 5). In diesen Situationen sind die anatomischen Ergebnisse nach Korrektur mit Eigengewebe schlechter als mit alloplastischem Material (2). Andererseits möchte man gerade bei jüngeren Frauen zumindest vaginal implantierten Gewebeersatz vermeiden. Eine lange rezidivfreie Zeit ist wünschenswert, um der Frau baldige, eventuell mehrere Folgeoperationen zu ersparen. Ein anderer Punkt ist das Risiko der Entwicklung von Schmerzen und einer De-novo-Dyspareunie, das bei jeder Art von Descensus-Chirurgie möglich ist. Für alloplastische Materialien gibt es mittlerweile längerfristige Daten, aber nicht über einen Zeitraum von 30 oder 40 Jahren, was bei einer Patientin, die heute 40 oder 50 Jahre alt ist, durchaus zum Tragen kommen kann.

Um einen Überblick zu bekommen, wie mit der Herausforderung einer jungen Patientin in der Urogynäkologie umgegangen wird, haben wir eine Online-Umfrage unter den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) in der DGGG durchgeführt.

Material und Methoden

Zur Erhebung der Daten wurde eine Online-Umfrage über das Portal *SurveyMonkey* erstellt. Der selbst entwickelte Fragebogen enthielt 24 Fragen, in denen einerseits Fragen zu den Teilnehmern gestellt wurden, um einen Überblick über den demografischen Hintergrund zu erhalten. Andererseits wurde abgefragt, welche konservativen und operativen Therapien die Teilnehmer für junge Frauen als sinnvoll erachten. Zudem gab es noch die Möglichkeit für Anmerkungen. Jede Frage konnte übersprungen oder „keine Angabe“ angekreuzt werden. Der Fragebogen wurde von der AGUB im Rahmen ihres Newsletters verschickt, nach zwei und vier Wochen erfolgte eine Erinnerung, ebenfalls über den E-Mail-Verteiler. Die Beantwortung war ano-

¹ Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Frauenheilkunde

² St. Josefs-Hospital Wiesbaden

³ HELIOS Klinikum Erfurt

⁴ Universitätsklinikum Freiburg, Studienzentrum

⁵ Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg

Demografische Daten der Teilnehmer

Geschlecht	%
weiblich	41,7
männlich	57,1
k.A.	1,3
Alter	%
<40 Jahre	11,5
40–60 Jahre	75,6
>60 Jahre	12,2
k.A.	0,6

Tab. 1: Von den 156 Teilnehmern der Umfrage waren 57 % männlich und 75 % zwischen 40 und 60 Jahre alt.

Daten zu beruflicher Tätigkeit und Operationen

Krankenhaus	%
Universitätsklinik	25,6
Haus der Grund- oder Regelversorgung	48,1
Schwerpunktversorger	17,9
Belegarztstätigkeit	4,5
k.A.	3,8
AGUB-Zertifizierung	%
Stufe I	27,6
Stufe II	35,9
Stufe III	12,2
keine	23,1
k.A.	1,3
Anzahl operativer Eingriffe/Jahr	%
<100	37,8
100–200	32,7
>200	26,3
k.A.	3,2
Welche Operationen führen Sie durch?	%*
vaginale Netze	83,3
Sakropexien allgemein	88,5
Sakropexien laparoskop.	66,0

* Mehrfachnennungen

Tab. 2: Die Hälfte der Teilnehmer war an einem Haus der Grund- und Regelversorgung tätig, bis auf 23 % hatten alle eine AGUB-Zertifizierung.

nym und es gab keine Vergütung für die Teilnahme.

Ergebnisse

An der Umfrage haben im Zeitraum von Anfang August 2016 bis Mitte September 156 AGUB-Mitglieder teilgenommen. Dies entspricht 14,5 % der Mitglieder. Die demografischen Daten der teilnehmenden Kollegen und ihre Tätigkeitsbereiche sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

■ Besonderheit „junge Frau“

Da nicht definiert ist, bis zu welchem Alter eine Patientin in der Urogynäkologie als „junge Frau“ gilt, wurden die Teilnehmer nach ihrer Einschätzung gefragt. 49 % der Teilnehmer verstehen darunter eine Patientin unter 50 Jahren, 38 % unter 40 Jahren und 12 % unter 60 Jahren.

Wie die Teilnehmer die Ziele einer Descensus-Operation bei einer jüngeren Frau priorisieren, ist in Tabelle 3 dargestellt. Hier wurden im Freitext aber noch viele weitere Angaben gemacht: häufig der Erhalt der Sexualfunktion und das Vermeiden von Narben in der Vagina, gutes Körpergefühl und gegebenenfalls der Fertilitätserhalt.

Ein ähnlich inhomogenes Ergebnis zeigt sich bei der Frage, welche Komplikationen vermieden werden sollten (Mehrfachnennung möglich): Chronische Schmerzen im Beckenboden wurden von 92 % genannt, De-novo-Dyspareunie von 89 % und dass kein Rezidiv entsteht von 60 %. Eine knap-

pe Mehrheit (57 %) gibt an, dass sich aus ihrer Sicht die Ziele einer Senkungsoperation zwischen jüngeren und älteren Frauen unterscheiden.

92 % der Befragten gaben zudem an, dass sie Bedarf für Studien speziell zur Descensus-Behandlung bei jüngeren Frauen sehen. Ebenso wäre der überwiegende Anteil (86 %) dazu bereit, an einer solchen Studie teilzunehmen.

■ Operationsmethoden

Etwa die Hälfte der Befragten (51 %) sieht kein Mindestalter für eine Hysterektomie. Von den Übrigen sehen 24 % die untere Grenze bei 40 Jahren. Bei vaginalen Netzeinlagen wird es deutlicher: Diese lehnen 56 % vor dem 50. Lebensjahr ab.

Ein uteruserhaltendes Vorgehen (laparoskopisch oder vaginal) ist für 86 % der Teilnehmer eine Option. Eine Altersbeschränkung für eine Hysteropexie gibt es für 40 % der Befragten nicht, für 29 % liegt sie bei 40 Jahren. 16 % sehen sie bei 50 Jahren, 10 % machen keine Angabe. Als bevorzugte Technik wird hier die Sakrohysteropexie genannt (46 %). Von den vorgegebenen Möglichkeiten der operativen Therapie bei einer jungen Frau wählten die meisten Teilnehmer die Sakro(hystero)pexie (41 %), gefolgt von der Rekonstruktion mit Eigengewebe (37 %). Vaginale netzgestützte Verfahren stellen nur in 3 % eine Option dar. 56 % sehen eine Grenze beim vollendeten 50. Lebensjahr, ab dem sie vaginale Netze verwenden (19 % kein Mindestalter, 10 %

Welche Ziele sind bei einer Descensus-Operation bei einer jungen Frau relevant?

	sehr relevant	relevant	nicht relevant	k.A.
Symptomfreiheit	94,2 %	5,1 %	0 %	0,6 %
anatomisches Ergebnis	17,9 %	71,8 %	9,0 %	1,3 %
lange rezidivfreie Zeit	74,4 %	25,0 %	0,6 %	0 %

Tab. 3: Die Umfrageergebnisse zu den Zielen der Operation erwecken den Eindruck, dass die AGUB-Mitglieder den Wandel von der rein anatomischen Rekonstruktion zur patientenzentrierten und funktionellen Chirurgie mitgehen.

40 Jahre, 15 % keine Angabe). Im Freitext wurden zudem die Pektoplexie und CESA/VASA-Verfahren genannt.

■ Stellenwert der konservativen Therapie

Den Stellenwert der konservativen Therapie sieht ein Großteil der Befragten größer als bei älteren Frauen. Beckenbodentraining halten 77 % für wichtig, um eine Operation hinauszuzögern. Bei Pessaren ist das Bild nicht so eindeutig; hier denken 35 %, dass es hilft, um eine Operation hinauszuzögern, während 37 % den Stellenwert als geringer ansehen als bei den älteren Frauen. Im Freitext wurde häufig angegeben, dass Beckenbodentraining nach einer Operation wichtig ist, um den Operationserfolg zu sichern.

■ Postoperative Empfehlungen

Es wurde die Frage gestellt, was den Patientinnen in den ersten drei Monaten und langfristig nach einer Descensus-Operation empfohlen wird (Mehrfachnennungen möglich). Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurde für die ersten drei Monate am häufigsten „Keine schwere körperliche Arbeit“ und „Nur Sport, der den Beckenboden nicht belastet“ angekreuzt (88 % bzw. 71 %). Langfristig geben interessanterweise 43 % der Operateure den Patientinnen keine Einschränkung. Von den Übrigen wird am häufigsten ebenfalls „Keine schwere körperliche Arbeit“ und „Nur Sport, der den Beckenboden nicht belastet“ angegeben (44 % bzw. 31 %). Im Freitext wurden verschiedene Kommentare gemacht; für das Tragen wird meist eine Grenze von 10 kg angegeben. Einige Operateure empfehlen ihren Patientinnen das prophylaktische Tragen eines Pessars, wenn sie schwer körperlich arbeiten oder für sportliche Aktivitäten. Häufig wurde auch die selbstständige Beckenbodengymnastik als Option genannt.

Diskussion

Die Umfrage wurde durchgeführt, da wir denken, dass junge Frauen mit

einer Senkung eine besondere Klientel in der Urogynäkologie darstellen. Sie zeichnen sich durch ein erhöhtes Rezidivrisiko aus, haben aber noch eine lange Lebenserwartung und sollten daher eine lange anhaltende Therapie erhalten. Zudem sind jüngere häufiger als ältere Betroffene berufstätig und sexuell aktiv und sollten diesbezüglich keinen Einschränkungen unterworfen sein. Des Weiteren kommt häufig das Problem der noch nicht abgeschlossenen Familienplanung hinzu.

Die Auffassung, dass junge Patientinnen nicht mit dem Gros der eher älteren Frauen gleichgesetzt werden können, teilen die Teilnehmer der Umfrage. Sie sehen zum Großteil Bedarf für Studien und wären auch bereit, an solchen teilzunehmen. Allerdings muss hier limitierend gesagt werden, dass von über 1.000 Mitgliedern der AGUB leider nur knapp 15 % teilgenommen haben. Wir haben versucht, dies durch zweimalige Erinnerungen zu verbessern. Über Gründe, warum die übrigen Mitglieder nicht teilgenommen haben, kann man nur spekulieren. Dennoch sieht man eine Verteilung über verschiedene Altersklassen, AGUB-Zertifizierungen und Tätigkeitsorte. Der Anteil Männer zu Frauen entspricht auch etwa dem in der AGUB (Umfrage: 42 % weiblich, AGUB 44 % weiblich).

Es zeigt sich in der Umfrage in vielen Bereichen ein inhomogenes Bild. Verschiedene Operationstechniken werden verwendet, mit oder ohne alloplastisches Material. Der Uteruserhalt wird von vielen Kollegen angeboten, andererseits gibt es für eine Hysterektomie oft kein Mindestalter. Beckenbodentraining wird als ein wichtiger Bestandteil der Therapie gesehen, unabhängig ob mit oder ohne Operation.

Gerade auch bezüglich der Nachsorge gab es sehr unterschiedliche Angaben, diese reichten bis zur prophylaktischen Pessartherapie nach einer

Operation. Da es auch sonst kaum Daten zur Nachsorge und Belastung nach einer Descensus-Operation gibt, erscheint die Antwort im Kollektiv junger Frauen noch schwieriger.

Ein wichtiger Punkt, der oft nicht berücksichtigt wird, ist die Familienanamnese (6). Diese rückt zunehmend in den Fokus, wie beim UR-CHOICE-Score, der das Risiko für spätere Beckenbodenfunktionsstörungen bei Schwangeren beurteilt (7). Somit könnte man in Zukunft Frauen gezielter zu ihrem Rezidivrisiko beraten.

Interessanterweise erhält man in der Umfrage den Eindruck, dass die AGUB-Mitglieder den Wandel von der rein anatomischen Rekonstruktion, wie sie früher im Mittelpunkt stand, zur patientenzentrierten und funktionellen Chirurgie mitgehen. Dass es schwierig ist, den Erfolg nach einer Descensus-Operation zu bemessen, ist allseits bekannt (8, 9). Gerade bei den jungen Frauen muss dies im Rahmen der präoperativen Aufklärung besprochen werden.

Eine Möglichkeit, um noch mehr Daten zur operativen Wirklichkeit in Deutschland zu erhalten, wäre die Implementierung eines Registers. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, junge Patientinnen als eine besondere Gruppe in der Urogynäkologie zu betrachten.

Danksagung

Die Autoren danken der Klinik für Neuropädiatrie des Universitätsklinikums Freiburg, Herrn Prof. Dr. J. Kirschner, für die technische Unterstützung mit *SurveyMonkey* sowie dem Studienzentrum des Universitätsklinikums Freiburg für die Unterstützung bei der Initiierung des Projekts.

Literatur

1. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, et al.: Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause*. 2010; 17(1): 204.

2. Diagnosis and treatment of the pelvic organ prolapse. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics. (S2e Level, AWMF Registry No. 015/006, April 2016. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-006.html)
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al.: Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 9; 2: CD012079. doi: 10.1002/14651858.CD012079. Review.
4. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, et al.: The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(1): 46–53.
5. Morgan DM, Larson K, Lewicky-Gaupp C, et al.: Vaginal support as determined by levator ani defect status 6 weeks after primary surgery for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 114(2): 141–4. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.02.020. Epub 2011 Jun 12.
6. Alcalay M, Stav K, Eisenberg VH: Family history associated with pelvic organ prolapse in young women. *Int Urogynecol J.* 2015; 26(12): 1773–6. doi: 10.1007/s00192-015-2779-5. Epub 2015 Jul 15.
7. Wilson D, Dornan J, Milsom I, Freeman R. UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J.* 2014; 25(11): 1449–52. doi: 10.1007/s00192-014-2376-z. Epub 2014 Apr 17.
8. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al.: Pelvic Floor Disorders Network: Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(3): 600–9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b2b1ae.
9. Barber MD, Maher C: Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013; 24(11): 1783–90. doi: 10.1007/s00192-013-2169-9. Review.

Interessenkonflikte

Keine für dieses Projekt relevanten.



Für die Autoren

PD Dr. med.

Juliane Farthmann

Universitätsklinikum Freiburg

Klinik für Frauenheilkunde

Leiterin der Urogynäkologie

Hugstetter Straße 55

79106 Freiburg

[juliane.farthmann@uniklinik-](mailto:juliane.farthmann@uniklinik-freiburg.de)

[freiburg.de](mailto:juliane.farthmann@uniklinik-freiburg.de)