



Engelbert Hanzal

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Operation der Rektozele – die gynäkologische Perspektive

Einleitung

Der weibliche Beckenboden ist besonders anfällig für morphologische und funktionelle Veränderungen. Verursacht bereits die Schwangerschaft hormonell eine Auflockerung der Weichteile, um die Geburt zu begünstigen, werden beim Durchtritt des Kindes durch das Becken Bindegewebe, Vaginalwände und Beckenbodenmuskulatur (auch Beckennerven) oft über ihre Elastizitätsgrenzen hinaus gedehnt. Anhand dieser meist bleibenden Veränderungen ist es bei gynäkologischen Untersuchungen unschwer zu erkennen, ob eine Frau geboren hat oder nicht, selbst wenn sich die Muskulatur später wieder erholt hat. Hinzu kommen die häufigen Geburtsverletzungen, bei welchen das Weichteilgewebe zu stark beansprucht wird und reißt. Scheiden- und Dammrisse – manchmal unter Beteiligung des analen Schließmuskelapparats – treten bei etwa 2/3 aller Erst- und 1/3 aller Mehrgebärenden auf, aber es ist erstaunlich, dass in den allermeisten Fällen schwere und gefährliche Folgen aufgrund einer guten Wundheilungstendenz in dieser sensiblen anatomischen Region ausbleiben [1].

Es sind jedoch die Langzeitfolgen auf die Kontinenzfunktion und Senkungen der Beckenorgane, die später im Leben der Frauen zu den häufigsten Krankheitsbildern überhaupt gehören. Die Harninkontinenz ist hier führend (etwa 15% aller Frauen), dicht gefolgt von der Stuhl-inkontinenz mit 9%. Vorwölbungen der Scheidenwände oder der Gebärmutter vor den Introitus treten mit einer Häufigkeit von 3–6% auf, die Zahlen leichter

Senkungszustände liegen mit etwa 70% weit darüber [2].

Symptomatik und Diagnose

Ein Tiefertreten der hinteren Vaginalwand wird als Rektozele bezeichnet. Dieses klinische Bild wird selten isoliert beobachtet, oft tritt es gemeinsam mit anderen Formen des Beckenorganprolapses auf. Nicht alle Patientinnen sind symptomatisch, weshalb der Erhebung und Dokumentation von spezifischen Beschwerden eine wichtige Bedeutung zukommt. Am häufigsten wird von den Betroffenen ein Senkungsgefühl angegeben. Da sich aber das Rektum bei Rektozelen nach vorne und unten ausbuchtet, entsteht eine „Tasche“, deren kaudaler Anteil unterhalb des Analkanals zu liegen kommt und so die Stuhlentleerung erschweren kann. Dem Darminhalt wird – der Funktion des Dickdarms entsprechend – Flüssigkeit entzogen, und so sind stärker eingedickte Fäzes bei Rektozelen keine Seltenheit. Dies führt zu einer zusätzlichen Aggravierung, denn stärkeres Pressen beim Stuhlgang lässt die Rektozele noch tiefer treten. Viele Frauen können sich aus dieser misslichen Lage nur durch eine manuelle Reposition der hinteren Scheidenwand (sog. Digitation) befreien. Eine solche Defäkationsstörung muss von einer Transitobstipation abgegrenzt werden. Da beide Zustandsbilder auch kombiniert auftreten können, ist dies oftmals nicht ganz leicht. Die sorgfältige klinische – bei unklaren Fällen auch bildgebende – Diagnostik führt aber in den meisten Fällen zu einer klaren Diagnose.

Wie meist in der Urogynäkologie, werden zunächst die nichtoperativen Behandlungsoptionen (im Fall der Rektozele Beckenbodentraining und Pessartherapie) präferiert. Wenn es damit nicht zu einer Symptomkontrolle kommt, ist bei weiterem Behandlungswunsch eine Operation sinnvoll. In der Folge werden 2 Eingriffe (eine vaginale und eine abdominale Methode) aus dem operativen Repertoire der Gynäkologie zur Korrektur der Rektozele beschrieben.

Methoden

Hintere Kolporrhaphie (auch Kolpoperineoplastik)

Sie erfolgt über eine rautenförmige Umschneidungsfigur im unteren Vaginaldrittel bis zum Perineum, danach durch Abpräparieren der Vaginalwand vom sog. Septum rectovaginale, einer bindegewebigen Schicht zwischen Vagina und Rektum, beidseits bis zum Levatormuskel. Durch Setzen von Raffnähten wird die Rektozele versenkt. Es folgt ein medianer Verschluss der Vaginalwand und des Damms, wobei tiefere Nähte im Bereich der äußeren Genitalmuskulatur erfolgen, die diese wieder mit dem Perinealkeil verbinden, aus dem sie im Rahmen von Entbindungen oft ausgerissen ist. Auf die früher zusätzlich durchgeführte mediane Vereinigung der Levatormuskeln wird heute zumeist verzichtet, da es dadurch oft zu einer stärkeren Verengung des Introitus kommt, die Sexualstörungen verursachen kann. Die Technik ist in vielen Schritten der Versorgung von Dammrisse oder -schnitten, wie sie aus der

Geburtshilfe weithin bekannt ist, sehr ähnlich. Es wird durchwegs resorbierbares Nahtmaterial (z. B. Polyglactin 2.0) verwendet.

Sakrokolpopexie

Über einen abdominalen Zugang (heute meist laparoskopisch) wird nach Freilegung des Promontoriums entlang der hinteren Vaginalwand vom Douglas-Raum nach kaudal der Raum zwischen Rektum und Scheide bis zum Beckenboden entwickelt. Danach wird ein längliches synthetisches Netz aus Polypropylen eingebracht und mit resorbierbaren Nähten an der hinteren Scheidenwand und kranial am Promontorium fixiert, sodass es spannungsfrei als Stütze für die gesenkten Organe fungiert. Wichtig ist, dass das Peritoneum über dem Implantat verschlossen wird, damit kein direkter Kontakt mit dem Darm stattfinden kann.

Die Sakrokolpopexie wird in den allermeisten Fällen nicht isoliert an der hinteren Vaginalwand ausgeführt, sondern mit einer analog an der vorderen Vaginalwand ausgeführten Implantation eines Polypropylennetzes kombiniert. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Rektumprolapses kann in gleicher Sitzung auch eine Rektopexie durchgeführt werden.

Ergebnisse

Die anatomischen (sog. objektiven) Erfolgsraten liegen bei 75–80 %, wobei diese Eingriffe oft mit anderen Prolapsoperationen kombiniert werden und die Ergebnisse für die Rektozele bzw. ihre Symptome isoliert nicht ohne weiteres anzugeben sind [3]. Allerdings liegen die Reoperationsraten bei etwa 5 %, sodass man davon ausgeht, dass die meisten der objektiven Therapieversager symptomfrei oder -arm bleiben.

Schlussfolgerungen

Mit den genannten Operationstechniken aus dem gynäkologischen Repertoire stehen für Patientinnen mit symptomatischer Rektozele Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, für die es Evidenz aus randomisierten Studien und syste-

matischen Übersichtsartikeln gibt. Es sind aber bei weitem nicht alle Fragen zu diesem Thema beantwortet. Isolierte Rektozelen sind eher selten, daher sind in die Operationsplanung immer die Senkung bzw. Organfunktion anderer Kompartimente des Beckens einzubeziehen. Die Sichtweise der Koloproktologie ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, besonders, wenn eine „hohe Rektozele“, eine Intussuszeption, ein Analprolaps oder eine Stuhlinkontinenz zusätzlich eine Rolle spielen.

Korrespondenzadresse



Ao. Univ.-Prof. Dr. E. Hanzal
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
engelbert.hanzal@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Hanzal gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- Hanzal E (2017) Repair of lacerations in childbirth. In: Studd J, Tan SL, Chervenak F (Hrsg) Current progress in obstetrics and gynaecology, Bd. 4. TreeLife Media, Mumbai. ISBN 978-9383989171
- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ (2008) Pelvic floor disorders network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *J Am Med Assoc* 300(11):1311–1316

J. Urol. Urogynäkol. 2018 · 25:135–136
<https://doi.org/10.1007/s41972-018-0044-0>
© Der/die Autor(en) 2018

E. Hanzal

Operation der Rektozele – die gynäkologische Perspektive

Zusammenfassung

Eine Rektozele ist nicht selten Langzeitfolge perinealer Geburtsverletzungen. Sie geht mit Senkungsbeschwerden und oft einer Enddarmobstipation einher. Die primäre Therapie ist stets konservativ (Beckenbodentraining, Pessare). Gynäkologische Operationen der Wahl sind hintere Kolporrhaphie und Sakrokolpopexie mit anatomischen Erfolgsraten bis 80 %.

Schlüsselwörter

Rektozele · Hintere Kolporrhaphie · Sakrokolpopexie

Surgical repair of rectocele—the gynecological perspective

Abstract

Rectocele is frequently a consequence of a perineal trauma during childbirth. It is associated with symptoms of perineal descent and often with obstructed defecation. The primary therapy is always conservative (pelvic floor training, pessary). Gynecological procedures of choice are posterior colporrhaphy and sacrocolpopexy with anatomical success rates of up to 80%.

Keywords

Rectocele · Posterior colporrhaphy · Sacrocolpopexy

- Mowat A, Maher D, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Maher C (2018) Surgery for women with posterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012975>