

PROLAPSERKRANKUNGEN

Wie behandle ich eine Rektozele?

Mit oder ohne Netz? Transanal oder transvaginal?

Christian Fünfgeld

Rektozelen sind häufig und verursachen oft wenig Probleme. Bei störendem Prolaps oder anorektalen Funktionsstörungen kann eine Rektozelenkorrektur die anatomische Lage wiederherstellen und die Symptome bessern oder beheben. Grundlage des Erfolgs ist eine ausreichende Diagnostik, gegebenenfalls mit koloproktologischer Mitbeurteilung, sowie eine ausführliche Beratung der Patientin über die alternativen Operationsverfahren, die möglichen operativen Zugangswege und entsprechenden Vor- und Nachteile.

Rektozelen sind bei einer gynäkologischen Untersuchung vor allem bei Frauen, die geboren haben, häufig zu sehen. Oft werden keinerlei Beschwerden angegeben. Ein Arzt wird erst dann aufgesucht, wenn die Rektozele störend prolapiert oder wenn anorektale Funktionsstörungen auftreten. Am häufigsten werden dabei Defäkationsstörungen (1) angegeben, die anfangs von den Betroffenen als „übliche Obstipation“ gedeutet werden und lange mit Laxanzien behandelt werden. Der Leidensdruck steigt, wenn manuell die hintere Vaginalwand reponiert oder Druck auf den Damm ausgeübt werden muss. Manche Patientinnen müssen das Rektum digital ausräumen. Eine bei Defäkationsstörung mögliche Überlaufinkontinenz verursacht ein Stuhlschmierer, das als anale Inkontinenz fehlgedeutet wird. Da eine anale Sphinkterschwäche zusätzlich vorliegen kann, ist die Abgrenzung manchmal schwierig.

Die Behandlung hängt oft davon ab, welchen Arzt die Patientin zuerst aufsucht. Bei Prolapsbeschwerden wird meist der Gynäkologe aufgesucht. Bei Defäkationsstörungen ist der Viszeralchirurg oder der Gastroenterologe oft der erste Ansprechpartner. Aber auch ein proktologisch

tätiger Dermatologe wird konsultiert, vor allem wenn zusätzlich ein Hämorrhoidalleiden besteht.

Diagnostik

Der Gynäkologe diagnostiziert eine Rektozele durch eine vaginale SpekulumEinstellung und definiert deshalb diese als Vorwölbung der hinteren Vaginalwand. Der Chirurg unter-

sucht rektal und spricht von einer Rektozele als ventrale Aussackung der Rektumvorderwand. In den meisten Fällen ist dieser Unterschied nicht von Bedeutung, da Vagina und Rektum miteinander nach ventral prolabieren. Aber es gibt ausgeprägte Scheidenhinterwanddefekte, bei denen eine Enterozele und weniger eine Rektozele im Vordergrund steht.

Andererseits gibt es symptomatische Rektozelen mit ventraler Aussackung des Rektums, bei denen sich die vaginale Hinterwand nur wenig absenkt oder vorwölbt. Meist nimmt das Rektum bei einer Rektozele in seiner Zirkumferenz deutlich zu. Ursache einer Rektozele ist ein Defekt des Septum rectovaginale, einer dünnen Bindegewebsschicht zwischen Rektum und Hinterwand der Vagina, die auch als hintere endopelvine Faszie, Rektumfaszie oder Scheidenmuskularis bezeichnet wird. Distal geht diese Struktur in den Perinealkörper über. Lateral reicht sie bis zu den Sakrouterinligamenten.

Gynäkologischerseits werden andere mögliche Defekte im posterioren Kompartiment leider zu wenig beach-



Abb. 1: Rektozele Stadium II



Abb. 2: Rektozele Stadium III mit Enterozele



Abb. 3: Vaginalprolaps mit Rektozele, Enterozele und Zystozele



Abb. 4: Rektumprolaps

Defekte im posterioren Kompartiment

Mögliche Defekte:

- Rektozele
- Enterozele
- Analprolaps
- Rektumprolaps
- Intussuszeption
- Descensus perinei

Häufige Symptome:

- Defäkationsstörung
- Stuhlschmierien (Soiling)
- anale Inkontinenz
- Prolapsgefühl

Diagnostik:

- vaginale Einstellung
- rektale Untersuchung
- Sonografie
- dynamisches MRT
- Defäkografie

tet und damit übersehen (s. auch Kasten oben). Ein nicht seltener Anal- oder Rektumprolaps ist nur im Pressversuch zu sehen. Die Patientin gibt anamnestisch aber oft die entscheidenden Hinweise, dass der Darm sich bei der Defäkation ausstülpt. Eine Intussuszeption kann ebenfalls erhebliche Defäkationsstörungen verursachen und ist schwieriger zur diagnostizieren. In der Proktoskopie kann diese in der Regel gut erkannt werden (2). Beim Descensus perinei senken sich der gesamte muskuläre Beckenboden und damit auch die anderen Organe im kleinen Becken ab. Kombinationen aller oben beschriebenen Defekte sind häufig, wobei ungünstigerweise noch anale Sphinkterdefekte hinzukommen können.

Mit der funktionellen Sonografie des Beckenbodens steht dem Gynäkologen eine immer zur Verfügung stehende, als Introitus- oder Perinealsonografie einfach zu handhabende Untersuchungsmethode zur Verfügung (3). Die Differenzierung zwischen Rekto- und Enterozele gelingt damit recht gut. Zusätzlich kann eine Zystozele begutachtet werden. Mit einer Defäkografie mit einem Kon-

trastmittel kann eine Rektozele und der Defäkationsprozess in physiologischer sitzender Position dynamisch gut – allerdings mit höherer Strahlenbelastung – dargestellt werden. Mit einem dynamischem MRT (4) können zusätzlich die Blase und der Uterus in ihrer Lageveränderung beurteilt werden (5). Nachteil dabei ist, dass dies bei den meisten Geräten nur in liegender Position möglich ist.

Therapie

Oft kann durch eine diätetische Stuhlregulierung, Laxanzien oder Irrigation eine deutliche Symptomreduktion erzielt werden. Auch eine Pessartherapie kann erwogen werden. Wenn möglich, ist ein täglicher Selbstwechsel anzustreben, um die Fluor- und Ulzerationsbildung zu reduzieren. Ob ein Siebschalen-, Ring- oder Würfelpessar gewählt wird, hängt davon ab, ob zusätzlich eine Zystozele oder ein Descensus uteri vorliegt und wie die Vagina und vor allem der Introitus vaginae konfiguriert ist. Siebschalenpessare sind oft bei einer Zystozele und Würfelpessare bei Rektozele oder Uterusprolaps günstiger. Hier gilt es auszuprobieren, was der Patientin am meisten Erleichterung bringt und welches Pessar bei Belastung am besten hält.

Falls nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen eine Operation erforderlich wird, hängt die Art des Eingriffs oft davon ab, ob primär ein Chirurg oder ein Gynäkologe aufgesucht wird.

Eine Rektozele wird in der Gynäkologie in der Regel mit einer hinteren Plastik operiert. Was auf den ersten Blick einfach klingt, wird bei genauer Betrachtung komplizierter: Gebräuchlich sind die hintere Kolpor-

rhaphe, die Pelviperineoplastik, eine faszienspezifische Reparatur oder eine mediane Fasziensraffung jeweils mit und ohne Levatorplastik oder Bulbospongiosusraffung. Zur Stabilisierung kann zusätzlich ein alloplastisches Netz implantiert werden. Auch biologische Patches wurden eingesetzt – allerdings mit schlechteren Ergebnissen.

Viszeralchirurgisch kann eine transanale oder transperineale Operation, eine staplergestützte Vollwandresektion (STARR) oder eine laparoskopische bzw. offene Resektionsrektoplexie erfolgen.

Eine valide Datenlage, die einen Vergleich der OP-Techniken zuließe, liegt nicht vor, da die vorliegenden Ausgangsbefunde, die Indikationsstellung, die OP-Durchführung und die Parameter zur Messung des Erfolges differieren. Ist der Erfolg anatomisch oder funktionell zu beurteilen? Oft wird in chirurgisch durchgeführten Untersuchungen nur die Änderung im Stuhltagebuch als Erfolgsparameter benutzt. Die gynäkologischen Studien beurteilen meist den anatomischen Erfolg der hinteren Vaginalwand.

In der neuen Leitlinie zur Deszensuschirurgie ergaben sich nach umfangreicher Literaturrecherche zur Rektozelenkorrektur folgende Erfolgsraten (Nachkontrollzeit > 12 Monate) (6):

- **hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe:** mediane Fasziensraffung: 82–93 %. Summe Versager: 83/576 → kumulative Erfolgsrate 86 %
- **hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe:** defektspezifische Korrektur: 56–91 %. Summe Versager: 82/271 → kumulative Erfolgsrate 70 %

Stutt hat gut. Stuttgart hat besser.

Stutt für die welt. Stuttgart

Mitglied der weltweite



- **hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe und Levatorennah:** 76–96 %. Summe Versager: 45/220 → kumulative Erfolgsrate 80 %
- **Operationen mit nicht-resorbierbaren synthetischen Netzen:** 78–100 %. Summe Versager: 11/239 → kumulative Erfolgsrate 95 %

Daraus resultieren folgende Empfehlungen in der Leitlinie zur operativen Therapie der Rektozele:

- „Die hintere Scheidenplastik soll zur Beseitigung einer symptomatischen Rektozele der transanal Rektozellenkorrektur vorgezogen werden.“ (7, 8)
- „Die hintere Scheidenplastik als mediane Fasziennaht führt zu besseren Erfolgsraten als die defekt-spezifische Faszienkorrektur und sollte bei primärer Rektozellenkorrektur bevorzugt durchgeführt werden.“ (9)
- „Zur Anwendung von nicht-resorbierbaren Netzen sind keine randomisierten Studien vorhanden. Die nicht-kontrollierten prospektiven und retrospektiven Studien zeigen zwar eine geringere Rezidivrate beim Einsatz von synthetischen Netzen, jedoch gibt es keine vergleichenden Studien. Deshalb gibt es derzeit keinen Anlass, synthetische Netze routinemäßig bei primären vaginalen Deszensusoperationen am hinteren Kompartiment zu verwenden.“

Bei Rezidivrektozelen, ausgeprägten Befunden, hohem Rezidivrisiko und begleitenden Enterozelen, die ansonsten oft schwer zu korrigieren sind, können alloplastische Materialien aber durchaus sinnvoll sein. Vor allem eine Rektozele im oberen hinteren Vaginalanteil kann ohne alloplastisches Netz manchmal schlecht korrigiert werden, da wenig Eigengewebe zur Stabilisierung vorhanden ist. Routinemäßige Muskelraffungen, die früher üblich waren, sind wegen des Dyspareunierisikos zu vermeiden. Bei weitem klaffendem Hiatus geni-

talis sind jedoch Rekonstruktionen des Perinealkörpers sinnvoll, um einen Verschluss des Introitus vaginae wiederherzustellen. Eine alleinige Rekonstruktion des Septum rectovaginale ohne Reduktion der zu großen Zirkumferenz des Rektums erhöht das Risiko einer Intussuszeption. Eine ausgeprägtere präoperativ vorliegende Intussuszeption oder ein Anal- oder Rektumprolaps, wobei meist eine Elongation des Darmes vorliegt, sollte interdisziplinär koloproktologisch abgeklärt werden. Hier sind viszeralkirurgische OP-Verfahren oft die besseren. Bei elongiertem Rektosigmoid sind resezierende Verfahren mit und ohne zusätzliche Pexie erforderlich. Die laparoskopischen oder abdominalen Verfahren werden bei ausgeprägten Prolapsstadien bevorzugt. Geringer ausgeprägte Intussuszeptionen können transanal therapiert werden. Wenn eine Rektozele mit einer Intussuszeption oder einem Analprolaps kombiniert vorliegt, kann ein zweistufiges Operationskonzept erforderlich werden.

Literatur

1. Koop I. Gastroenterologische Krankheitsbilder: Rektozele (Deszensus perinei) Gastroenterologie compact. 2013; 3.
2. Messmann H. Innerer Rektumprolaps und Rektozele. In: Messmann H (Hrsg.): Lehratlas der Koloskopie. 2. aktual. Aufl. Thieme, Stuttgart 2014.
3. Tunn R, Schaer G, Peschers U et al. Updated recommendations on ultrasonography in urogynecology. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005; 16: 236–41.
4. Lauenstein T et al. Bildgebende Diagnostik bei Beckenbodenfunktionsstörungen. In: Adamek HE, Lauenstein TC (Hrsg.): MRT in der Gastroenterologie. 1. Aufl. Thieme-Verlag, Stuttgart 2009.
5. Weishaupt D. Bildgebende Abklärung bei Beckenbodendysfunktion und Beckenbodenprolaps. Radiologie up2date 2013; 13(01): 35–51.
6. Leitlinie: „Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis“. AWMF-Registernummer 015-006. Stand April 2016, Version 1.0
7. Nieminen K, Hiltunen KM, Laitinen J et al. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. Dis Colon Rectum. 2004; 47(10): 1636–42.
8. Kahn MA, Stanton SL, Kumar D, et al. Posterior colporrhaphy is superior to the transanal repair for treatment of posterior vaginal wall prolapse. Neurourol Urodyn. 1999; 18(4): 70–1.

9. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP et al. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. Obstet Gynecol. 2005; 105(2): 314–8.
10. Hanzal E. Diagnostik der Harninkontinenz und des uterovaginalen Prolapses. J Urol Urogynäkol 2008; 15(3).

Interessenkonflikte

C.F. gab an, dass Interessenkonflikte im Bereich Fortbildung und Kongresse vorliegen.



Autor

Dr. med.

Christian Fünfgeld

Chefarzt der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
 Leiter des Interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrums
 Klinik Tett nang
 Emil-Münch-Straße 16
 88069 Tett nang
 c.fuenfgeld@klinik-tt.de

Anzeige

4. DEUTSCH-ÖSTERREICHISCHES SYMPOSIUM PRÄNATALDIAGNOSTIK
 Ultraschall - Genetik - Labor
 Interdisziplinäre Methoden für Pränatale Diagnose und Prognose
 7.-8. JULI 2017
 BERCHTESGADEN
 DER UNIVERSITÄTSAKADIE OST

PROGRAMM JETZT AUF:
www.praenatal-alpen.eu

Wissenschaftliche Leitung
 Priv.-Doz. Dr. med. Dietmar SchNernbach
 Berlin
 Organisation und Information
 Jörg Eickeler
 Beratung - Organisation - Veranstaltung
 Tel.: +49 (0)211/3033224 | info@eickeler.org