Die operative Behandlung der kongenitalen Vaginalaplasie (Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom)

J.		Kunz
W.E.		Schreiner

Universitätsfrauenklinik (Direktor: Prof. W.E. Schreiner), Zürich

Dr. J. Kunz, Universitätsfrauenklinik, CH-8091 Zürich (Schweiz)

Wir stellen unsere Erfahrungen mit einer modifizierten Technik zur Vaginalplastik in Anlehnung an McIndoe und Barnister (2) vor. Die Operation erfolgt dabei in 2 Phasen. Zunächst wird eine phallusförmige Plastikprothese, bestehend aus Zylinder und Mandrin mit Biogaze bekleidet und mit einem dorsogluteal entnommenen Thiersch-Lappen übernäht. Dieser Thiersch-Lappen wird anschliessend unter Führung der Kunststoffprothese in die im Bereiche des Septum rectovesicale vorbereitete Wundhöhle eingelegt und zirkulär an der freipräparierten Vestibulumschleimhaut fixiert. Die Kompression des Thiersch-Lappens erfolgt durch Schaumstoffwürfel anstelle einer starren Kunststoffprothese. Beim ersten Verbandwechsel am 10. postoperativen Tag werden die Schaumstoffwürfel durch eine phallusförmige Schaumstoffprothese ersetzt. Diese wird nach weiteren 5 Tagen entfernt und die Patientin in der Prothesen-Nachbehandlung instruiert. An der Universitätsfrauenklinik wurden in den Jahren 1961 – 1977 24 Patientinnen mit einem Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom nach dieser Methode behandelt. 5 Patientinnen unterzogen sich 4–11 Jahre vor der Hospitalisation auswärts einer plastischen Operation mit unbefriedigendem funktionellem Resultat. Die Indikation zur Vaginalplastik ergab in allen Fällen der persönliche Wunsch der Patientin, Kohabitationen aufzunehmen. Die Operation erfolgte in allen Fällen nach der beschriebenen Methode. Die Epithelialisation der Neo-vagina war nach 3–4 Wochen abgeschlossen. Bei 4 Patientinnen traten 10–14 Tage nach dem operativen Eingriff Komplikationen auf, nämlich zweimal eine Urethrovaginal-, einmal eine Vesikovaginal- und einmal eine Rektovaginalfistel. Die Urethro- bzw. Vesikovaginalfisteln, welche ausschliesslich nach Urinableitung über einen transurethralen Katheter beobachtet wurden, schlossen sich nach konservativer Therapie spontan. Die Rektovaginalfistel wurde durch Ausschaltung eines Dünndarmsegmentes nach Baldwin (1) und Mori (3) geschlossen. Der Erfolg dieses erst kürzlich vorgenommenen Eingriffes lässt sich zur Zeit noch nicht absehen. 2 Patientinnen mussten wegen Spätkomplikationen erneut hospitalisiert werden.

Operative Behandlung der kongenitalen Vaginalaplasie 95

Tabelle I

Korrekte Wahl des Operationszeitpunktes, d.h. 2–4 Monate vor beabsichtigten Kohabitationen
Epitheliale Auskleidung der Neovagina mit Thiersch-Lappen und straffe Kompression dieser Thiersch-Lappen in der nach Wharton (4) vorbereiteten Wundhöhle mit Schaumstoffwürfeln anstelle einer starren Prothese

Perioperative systemische Chemoprophylaxe

Postoperativ suprapubische Harnblasendrainage

Regelmässige Kohabitationen ab 8. Woche nach dem operativen Eingriff oder konsequente Prothesen-Nachbehandlung
talisiert werden, davon eine wegen einer vaginalen Blutung als Folge einer oberflächlichen Verletzung nach frühzeitig aufgenommenen Kohabitationen und eine 9 Monate nach der Vaginalplastik wegen einer transperitonealen Perforation nach forcierter Dilatation mit einer Kunststoffprothese. Anlässlich der Nach-kontrollen 1–5 Jahre nach der Vaginalplastik berichteten 22 der 24 Patientinnen über regelmässige, orgastische Kohabitationen. Auch die lokalen Befunde waren zufriedenstellend. In alien Fallen wurde mit dem plastischen Eingriff eine Vaginalänge von 7–11 cm bei 2 QF passierbarem Introitus erreicht. Keine unserer Patientinnen klagte über eine kosmetische Beeinträchtigung durch die Thiersch-Entnahmestelle. Nach unseren Erfahrungen ist das Gelingen des Ein-griffes an die in Tabelle I aufgeführten Voraussetzungen gebunden.

Literatur

Baldwin, J.F.: Formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. Am. J. Obstet. Dis. Worn. 56: 636 (1907).

McIndoe, A.H. and Barnister, J.B.: An operation for the cure of congenital absence of the vagina. J. Obstet. Gynaec. Br. Emp. 45: 490 (1938).

Mori, M.: Scheidenbildung unter Benutzung einer verlagerten Dünndarmschlinge bei Uterus rudimentarius cum vagina rudimentaria. Zentbl. Gynäk. 34: 11 (1910).