Bedeutung einer Perineumbewertungszahl (Perineum-Score) für die Deszensusoperation

O.		Ledermair
----	--	-----------

Gynäkologische Abteilung (Vorstand: Prof. O. Ledermair), Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz

Prof. O. Ledermair, Gynäkologische Abteilung, Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Langgasse 16, A-4020 Linz (Österreich)

Im letzten Jahrzehnt fand die Diagnostik der Harninkontinenz durch die Einführung urodynamischer Untersuchungsmethoden unsere besondere Aufmerksamkeit. Harninkontinenz ist aber in den meisten Fällen nur ein Folgesymptom eines Deszensusleidens des weiblichen Genitales.

In der Ätiologie dieser Erkrankung, die etwa 20 % der Patientinnen unserer Abteilung als Hauptleiden angeben, steht an erster Stelle die Störung der anatomischen Verhältnisse am Beckenboden. Selbstverständlich können als Ursache auch besondere Schwäche des Bindegewebes und schwere körperliche Belastungen eine Rolle spielen. Wir wissen aber, dass bei Nulliparen ein Senkungszustand sehr selten, bei Multiparen dagegen sehr häufig vorkommt, vor allem wenn nicht rechtzeitig Episiotomien angewandt oder nicht ideal versorgt wurden. Typisch ist weiter die oft grosse zeitliche Distanz zwischen dem ursächlichen Ereignis und den langsam zunehmenden Symptomen des Deszensus.

Aufgrund der Erfahrungen an einem Krankengut von 4088 Kolporrhaphien halten wir die Wiederherstellung einer normalen Beckenbodenanatomie für eine entscheidende Massnahme für ein günstiges Dauerresultat nach einer Deszensusoperation. Um unseren exakten diagnostischen Methoden im Bereich von Harnröhre und vorderer Vaginalwand eine genauere Befunderhebung auch im Bereich des Beckenbodens folgen zu lassen, suchten wir nach einem gut reproduzierbaren, einfachen und rasch durchführbaren System.

Der Versuch mit einer Bewertungszahl, ähnlich wie bei der Geburtshilfe bereits gewohnt, scheint einer Diskussion wert (Tab. I). Dieser Perineum-Score ergibt sich aus folgenden Punkten: Die Dammhöhe, das ist die sagittale Ausdehnung des Perineums, ist dann richtig, wenn damit die vordere Vaginalwand ein Gegenlager besitzt. Als Messpunkte kann der Abstand zwischen Urethramündung, hinterer Kommissur und Anusmitte benützt werden. Die Perineumhöhe ist optimal, wenn sie zwei Drittel des Urethra-Anus-Abstandes beträgt. Es ist dann nur der distalste Teil der vorderen Vaginalwand im trichterförmigen Introitus zu sehen. Im Bereich des Hymenalsaumes besteht eine Art Verschluss.

Die bindegewebige Tragfähigkeit des Dammes kann bei der Operation durch weit-gefasste subkutane Nähte verbessert werden, es entsteht dadurch ein fester Bindegewebe-keil.

Funktionell wichtiger als das Bindegewebe ist die Levatormuskulatur. Ein optimaler Levatorabstand erlaubt knapp das Einführen von zwei Fingern. Allzuoft ist der Levator

Mitteilungen zum 3. Hauptthema Tabelle I. Ermittlung des Perineum-Scores

Perineum
Score

Höhe UA.../PA... cm Bindegewebe Levatorspalt Levatorkontraktion Länge der Vagina hinten

Bewertung.

Tabelle II. Deszensusgrad und Perineum-Score

Deszensusgrad

1–10

Durchschnitt

Prolaps Schwer Mittel Leicht

27

36

32

5

1–5 1–9 1–10

3–7

2,18 5,38

4,1

5,6

bis auf geringe Reste atrophiert. In diesen Fällen ist eine ideale Wiederherstellung des Beckenbodens schwierig.

Die Kontraktionskraft des Levators durch die Patientin ist bei der Beurteilung der statischen Verhältnisse ebenfalls von Bedeutung. Deswegen ist auch eine isometrische Beckenbodengymnastik während der Nachbehandlung nach einer Operation wertvoll.

Die Länge der Vagina sollte deswegen gemessen werden

da je länger sie ist

um so besseren Halt das Vaginalrohr besitzt. Tabelle II zeigt

dass mit der Zunahme der Schwere der Deszensuserkrankung der Perineum-Score absinkt. Im Einzelfall variiert die Bewertungszahl

da ja der Zeitfaktor

die Bindegewebsatrophie und die körperliche Belastung mit eine Rolle spielen. Aber auf lange Sicht ist prognostisch um so sicherer mit einem Senkungsleiden zu rechnen

je niedriger die Perineumbewertungszahl ausfällt. Dies gilt auch für die Rezidivmöglichkeit nach einer Operation. Auch die Heilungsergebnisse der Stressinkontinenz sollten nicht nur in

Abhängigkeit von der Fixierung der Harnröhre

sondern auch vom Zustand der Beckenbodenanatomie betrachtet werden.