Die Insellappen-Plastik: Eine neue Kolpoperineoplastik bei engem Introitus und/oder Vaginalstenose

W.		Grünberger
G.		Freilinger ^a

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch) und ^aII. Chirurgische Universitätsklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Wolner)

Doz. Dr. W. Grünberger, I. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Schon 1981 haben wir 22 Patientinnen mit kongenitalem adrenogenitalem Syndrom (AGS) im geschlechtsreifen Alter nachuntersucht und überaus schlechte Ergebnisse gefunden. Von 16 Frauen, bei denen in der Kindheit eine operative Korrektur der Genitalmißbildung vorgenommen worden war, waren nur 5 mit dem funktionellen Ergebnis zufrieden. 11 Patientinnen mit Kohabitationswunsch war dies auf Grund des Genitalstatus nicht möglich. Das Kollektiv der Patientinnen mit Introitus und/oder Vaginalstriktur hat sich in den Jahren seit 1981 auf insgesamt 15 Fälle vergrößert (zusätzlich 2 Fälle mit AGS und 2 Fälle mit multiplen Mißbildungen). Je nach Art der Voroperation war der kosmetische Genitalbefund gut, mäßig oder erschreckend schlecht. Das beste Ergebnis fand sich nach Marberger'scher Klitorisreduktion und Labienrekonstruktion [2], überaus schlechte Befunde nach Penisoidamputation. Die bei geschlechtsreifen Frauen mit schweren angeborenen Mißbildungen nahezu immer notwendige Zweitoperation (Kolpoperineoplastik) ist bei den psychisch meist labilen Patientinnen eine überaus verantwortungsvolle Aufgabe. Die Erweiterung des narbigen Scheideneinganges kann mit den bislang beschriebenen Methoden manchmal nur unzureichend durchgeführt werden. Wir haben deshalb die operativen Möglichkeiten durch eine neu entwickelte Technik, die wir seit 1982 in bisher 4 Fällen (3× AGS, 1× multiple Mißbildungen) angewandt haben, erweitert.

Methode

Seitlich der Vulva oder an den Labia majora werden beliebig große Hautlappen angezeichnet. Die markierten Areale sind an der hinteren Kommissur stegförmig miteinander verbunden. Länge und Breite der Hautinseln ist abhängig vom Schweregrad der Introitus- und Vaginalstriktur. Die gestielten Insellappen werden ausgeschnitten, deepithelialisiert und unter dem kaudalen Ende der Labia minora an die hintere Kommissur bzw. an die gespaltene Hinterwand der Scheide gezogen. Dort eingenäht bewirken sie eine spannungsfreie Erweiterung von Introitus und Vagina. Bei Bedarf können die Dermiszwickel bis in den Fornix vaginae posterior gezogen werden. Zum Wundverschluß an der Vulva wie auch in der Scheide hat sich langsam resorbierbares Nahtmaterial bewährt. Die postoperative Einlage eines Polyvinyl-Phantom verhindert das Verkleben der Hautstreifen; durch die Elastizität des Kunststoff-Penisoids wird die haematogene Versorgung nicht gestört. Die intravaginale Applikation von antibiotischen Salben sowie von Ostriolcreme fördert die blande Wundheilung sowie die rasche Epithelialisierung.

Freie Vorträge, Gynäkologie

Ergebnisse

Die Nachuntersuchungen bei den vor 4 bis 38 Monaten operierten Patientinnen ergaben überaus zufriedenstellende Ergebnisse. In allen 4 Fällen erfolgte die Einheilung und Epithelialisierung der Insellappen rasch, in keinem Fall zeigte sich eine narbige Schrumpfung. Bei den Frauen mit AGS (einmal Prader III, zweimal Prader IV) – bei allen lagen, für die Grundkrankheit typische, hyperplastische große Schamlippen vor – brachte die Reduktion der Labia majora, durch Ausschneiden der Insellappen, einen zusätzlichen positiven kosmetischen Effekt. Schon 8 Wochen nach der Operation waren problemlose Kohabitationen möglich. Ein prae- und postoperativ erstelltes Psychogramm zeigte ein deutliches Ansteigen positiver Verhaltensmuster.

Literatur

Grünberger, W.; Boschitsch, E.: Das kongenitale adrenogenitale Syndrom (AGS) im geschlechtsreifen Alter. Bericht über 22 Fälle. Geburtsh. Frauenheilk. 41: 787–790 (1981).
Marberger, H.: Zur chirurgischen Behandlung nebennierenbedingter Scheinzwitter. Urologe 6: 153–156 (1967).

Gynäk. Rdsch. 25: suppl. 2, pp. 183–185 (1985)

Neovagina nach Vecchiatti – teilweise modifizierte Operationstechnik und Nachbehandlung
W. Grünberger

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

Die Operationsmethoden

die zur Behebung der Scheidenaplasie bei Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom beschrieben wurden

richten sich sowohl nach der Erfahrung und Neigung des Operateurs

wie nach Art und Ausmaß der vorliegenden Anomalie. In den letzten Jahren haben einige operative Zentren

die bis dahin bevorzugte Technik verlassen und die von Vecchiatti entwickelte Methode übernommen [4]. Die Ergebnisse waren durchwegs überaus zufriedenstellend [1–3]. Um die seltenen intraoperativen Komplikationen (Blasen-

Rektumläsion) sowie das vereinzelt beobachtete enge Lumen der Neovagina zu vermeiden haben wir operative Technik und Nachbehandlung teilweise modifiziert.