Ist die Portio vaginalis zur Erhaltung der Orgasmusfähigkeit nach Hysterektomien notwendig?

R.		Wiborny
A.		Gold

A.ö. KH Waidhofen an der Thaya Gynäkol. Abt. (Vorst.: Prim. Dr. J. Burkl)

Dr. R. Wiborny, A.ö. Krankenhaus, M.-Schadek-Gasse 31, A-3430 Waidhofen a. d. Thaya

Um herauszufinden welche Art der pelviskopischen Hysterektomie – CASH oder LAVH – wir wählen sollten, schickten wir an alle Patientinnen, die sich zwischen Jän-ner 1987 und Juni 1992 einer vaginalen Hysterektomie mit oder ohne Kolpoperineoplastik unterziehen mußten, einen Fragebogen.

Die Patientinnen wurden in Gruppen zu 10-Jahres-abständen eingeteilt und im einzelnen wie folgt befragt:

Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis

Coitusfrequenz prä- u. postoperativ

Orgasmushäufigkeit vor und nach der Operation

In einer weiteren Spalte konnte die Patientin nähere Angaben über ihr persönliches Operationserlebnis raachen.

Nach Empfindungsstörungen infolge später eingetretener Lähmungen durch Unfall, Apoplexie usw. oder Polyneuropathien, wurde gesondert gefragt.

670 Patientinnen wurden angeschrieben. Der Rücklauf war mit 249 (=51,9%) von 480 Frauen mit vag. Plastik und mit 98 von 190 (=51,6%) vaginal hysterektomierten Frauen beachtlich. Beide Operationen wurden am häufigsten in der Altersgruppe der 41–50jährigen gefolgt von den 51–60jährigen durchgeführt.

Es waren mit dem Operationsergebnis alle Patientinnen mit einfacher Hysterektomie sehr zufrieden oder zufrieden. Bei den Frauen mit vaginaler Hysterektomie mit Plastik war in der Gruppe der 31–40jährigen eine Patientin wegen Rezidivinkontinenz und Abnahme der Libido nicht zufrieden.

In der Gruppe der 41–50jährigen waren 3 Patientinnen mit Op.-Ergebnis nicht zufrieden:

- eine wegen Dyspareunie – eine wegen Rezidivinkontinenz
- eine Patientin gab an, seelisch nicht genügend auf die Operation vorbereitet worden zu sein, sie habe in der Folge in 3 Jahren 10 kg zugenommen.

In der Gruppe der über 70jährigen klagte eine Patientin postop. über Libidoverlust und Pollakisurie. Sie hatte vor der Operation keinen Orgasmus.

Die zwei Patientinnen in der Gruppe der 21 bis 30jährigen, die wir wegen Prolaps operieren mußten, waren Multipara mit Sterilisationswunsch. Sie waren mit dem Op.-Ergebnis sehr zufrieden.

Die präoperative Coitusfrequenz war bei den 31 bis 50jährigen noch mehrmals wöchentlich oder 1 bis 2mal im Monat und nahm nach dem 50. Lebensjahr deutlich ab.

Die postoperative Coitusfrequenz war in allen Altersgruppen in über 50 % gleichbleibend. Bei den 51–60jährigen betrug die Abnahme ca. 25 % in beiden Gruppen. Bei den 31–40jährigen mit einfacher HE war die Coitusfrequenzabnahme ebenfalls 25 %.

Eine Coitusfrequenzzunahme von etwa 15 % war in beiden Gruppen bei den bis zu 50jährigen Frauen zu verzeichnen.

Die Orgasmushäufigkeit wurde in beiden Gruppen bei den bis zu 60jährigen in etwa 60 % mit jedem Coitus oder mit häufig angegeben.

Auffällig ist, daß in der Gruppe der 31–40jährigen mit einfacher HE 40% nur selten zu einem Orgasmus kamen.

Über 60 Jahre ist die Orgasmushäufigkeit gering.

Die postop. Orgasmushäufigkeit war in der überwältigenden Mehrheit in allen Gruppen unverändert.

In der Gruppe der 31–40jährigen mit einfacher HE hielt sich die Zunahme der Orgasmushäufigkeit von 30 % mit der Abnahme von 27 % die Waage.

In den anderen Altersgruppen mit Ausnahme der über 60jährigen, betrug die Orgasmuszunahme etwa 10% und die Abnahme 20%. Bei den über 60jährigen kam es zu keiner Vermehrung des Orgasmus, die Abnahme blieb mit 20% mit den anderen Gruppen gleich.

Die These, daß die Erhaltung des paracervicalen Gewebes für die postop. Befindlichkeit verantwortlich ist, kann daher nicht aufrecht erhalten werden.

Vielmehr erscheint es uns wichtig, daß die Patientinnen durch ein ausführliches Gespräch vorbereitet werden und der Operationszeitpunkt dann gewählt wird, wenn der Leidensdruck am größten ist.

Da an unserer kleinen Abteilung in 94 % die zwei Operateure auch Zuweiser sind, konnten wir auf unsere Patientinnen immer eingehen und diese postop. Ergebnisse ermöglichen.

Daher werden wir in den meisten Fällen weiter bei der vag. Operationsmethode bleiben und in Fällen, wo eine Laparotomie notwendig wäre und die Patientin unter Zeitdruck steht, die laparoskopisch assistierte vag. HE anwenden.

Bei der LAVH bleiben im Gegensatz zur CASH-Methode mit Sicherheit keine Cervixdrüsen zurück und die Gefahr des Cervixstumpfcarcinoms kann so ausgeschaltet werden.

Literatur

Semm K: Hysterektomie per laparatomiam oder per pelviskopiam, Geburtsh. Frauenheilk. 1991; 51: 226–229.

Cooper A, Bishop M, Bearch RJ, Barnard GJR, Collins W: Hysterectomy, hormones and behaviour Lancet 1981; 126–128.

Dennerstein L

Ryan M: Psychosocial and emotional sequelae of hysterectomy

Psychosom. Obstet. Gyn. 1982; 81.