

Pessare, die unterschätzte Hilfe für Jung und Alt

Pessare gibt es in vielen unterschiedlichen Formen: ring-, schalen-, zapfen- oder würfelförmig. Inwiefern sie für Frauen post partum eine Unterstützung darstellen können, erklärt **Barbara Haidenthaller**.

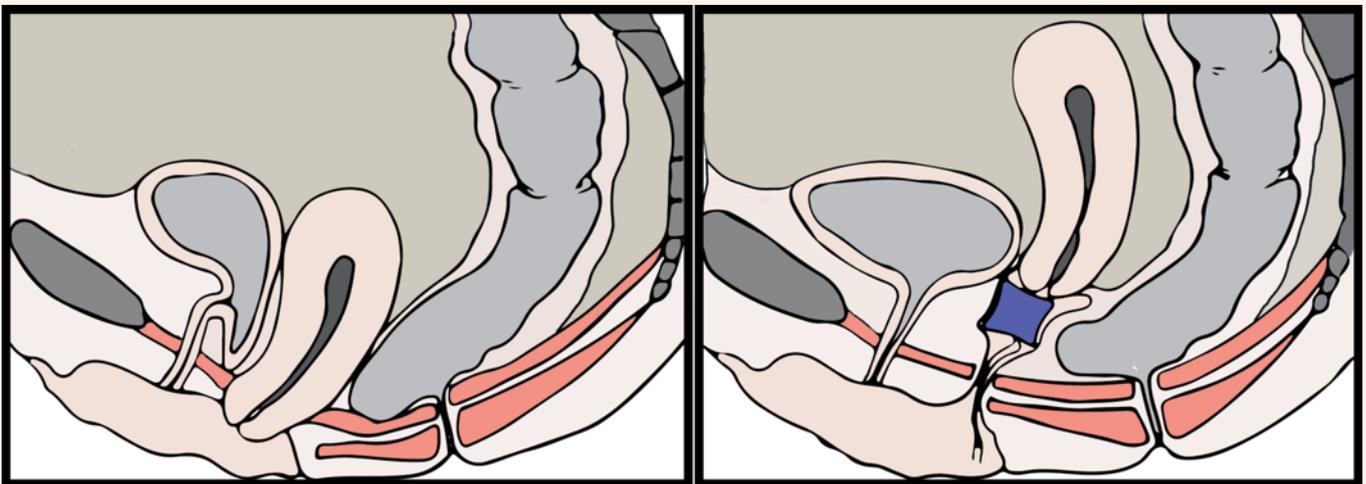


Abb. 5: Positionierung des Würfelpessars

Im Jahr 1860 beschrieb der amerikanische Geburtshelfer Hugh Lennox Hodge (1796-1873) erstmals das von ihm erfundene Hodge-Pessar zur Aufrichtung der abgeknickten Gebärmutter. Die Geschichte dieser Hilfsmittel scheint jedoch schon viel älter zu sein. Bei Ausgrabungen wurden Pessare aus Keramik, Ton und Metall zurückreichend bis in die Hallstätterzeit gefunden. Seitdem hat sich viel getan. Es gibt verschiedenste Formen, Materialien und Größen von unterschiedlichen Herstellern. Auch die Forschung in diesem Bereich ist über die letzten Jahre stetig angewachsen. In der Praxis sind die praktischen Helfer jedoch noch immer nicht überall angekommen. In diesem Artikel möchte ich die Bandbreite an Anwendungsgebieten vorstellen und hoffe damit, Hebammen die Vorteile dieser Behelfe ein wenig näher zu bringen.

Was ist ein Pessar?

Pessare sind meist aus Silikon hergestellte Stützen, die intravaginal eingeführt werden, um die Beckenorgane wieder in ihre Position zu bringen und sie dort zu stabilisieren. Es handelt sich dabei um einen rein mechanischen Stützeffekt.

Es gibt sie, je nach Bedarf, in verschiedenen Formen und Größen (vgl. Abb. 1,2,3):

- Ringpessar
- Schalenpessar und Siebschalenpessar
- Würfelpessar (perforiert und unperforiert)
- Keulenpessar
- Cerclage-Pessar
- Restifem

Die am häufigsten benutzten Pessare sind ring- oder würfelförmig (1). Einige Modelle sind auch als Einwegvariante verfügbar und bieten sich zum Ausprobieren für die Patientinnen an. (vgl. Abb.3) Welche Form verwendet wird, ist abhängig von der Indikation, aber auch den Präferenzen der Ärzt*in und der Patientin. Ein teilweise funktionsfähiger Beckenboden ist bei manchen Stützbehelfen (z.B. Ring- oder Schalenpessar) Voraussetzung für die Verwendung.

Indikationen

Die bereits erwähnte Stützfunktion der Pessare kommt bei Senkungsbeschwerden und auch bei Belastungsinkontinenzen zur Anwendung. Werden die Organstrukturen gut gestützt und positioniert, können Beschwerden schnell verbessert oder gar hoben werden. (Eine Ausnahme bilden Cerclage-Pessare, die

während der Schwangerschaft zum Verschluss und zur Stabilisierung des Muttermunds benutzt werden.)

Die Funktion von Pessaren (außer Cerclage) lässt sich anhand der Ursachen für Senkungsbeschwerden und Belastungsinkontinenz erörtern:

Senkungsbeschwerden können durch eine Cystocele (Senkung der vorderen Scheidenwand), Gebärmuttersenkung, Rectocele (Senkung der hinteren Scheidenwand) oder eine Kombination dieser Umstände ausgelöst werden. Je nach Stärkegrad werden sie für gewöhnlich in Stadien von I-IV eingeteilt, wobei bei einem Grad IV von einem Totalprolaps gesprochen wird.

Viele Senkungen lösen keinerlei Probleme aus und sind damit auch nicht behandlungswürdig. Treten jedoch Beschwerden auf, beschreiben die Frauen diese meist als (2):

- Schwere im Becken
- Ziehen im Unterleib
- Fremdkörpergefühl

In 40% der symptomatischen Senkungen kommt es zu Belastungsinkontinenz aufgrund der Lageveränderung von Blase und Harnröhre (3). Der Verschlussmechanismus des Beckenbodens kann dadurch nicht mehr adäquat arbeiten. Durch die Positionsänderung der umliegenden Organe kann es jedoch auch zum Gegenteil kommen, also zu Entleerungsproblemen bei Harn oder Stuhl. Ebenso stellen Schmerzen beim Sex ein häufiges Problem dar (4). Deszensusbeschwerden nehmen meistens im Lauf des Tages zu („lange Tage auf den Beinen“) und werden durch Druck- oder Stoßbelastungen (z.B. bei körperlicher Arbeit oder Laufen) verstärkt. Begünstigende Faktoren für Senkungen sind unter anderem vaginale Entbindungen, Verletzungen des M. Levator Ani, höheres Alter und wiederholtes schweres Heben (3).

Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz) bezeichnet den unwillkürlichen Harnverlust bei körperlicher Anstrengung (Husten, Niesen, Heben) ohne Harndrang. Sie wird in Schweregrade von I-III eingeteilt (5). Die Ursachen dafür können vielseitig sein. Zu den Risikofaktoren zählen ähnlich wie bei Deszensus höheres Alter, Schwangerschaften/Geburten, Übergewicht, andere Erkrankungen wie z.B. chronische Bronchitis oder Diabetes Mellitus, und High Impact Sportarten (6). Wie bereits erwähnt, ist eine Belastungsinkontinenz häufig eine Begleiterscheinung einer Senkung, kann aber auch unabhängig davon auftreten (7).

Cerclagepessare bilden mit ihrer Verschlussfunktion die Ausnahme. Sie haben weniger eine Stützaufgabe, sondern sollen den Muttermund mechanisch verschlossen halten, um eine vorzeitige Entbindung zu verhindern. Dies geschieht auch in Kombination mit anderen Interventionen wie der Anwendung von Progesteron (8,9) und stellt so eine Alternative zur operativen Cerclage dar.

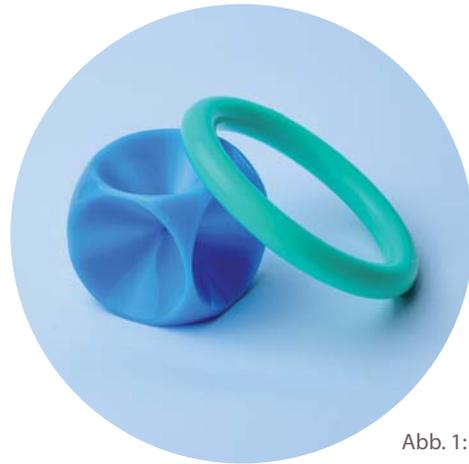


Abb. 1: Würfel und Ring



Abb. 2: Restifem



Abb. 3: Einwegpessar

Für Alt - und Jung

Eine Anwendung kann bei allen Frauen angedacht werden, die die oben genannten Indikationen aufweisen. Häufig sind das ältere Damen (Risikofaktor Alter). Hier wird meist im ambulanten Setting von der Ärzt*in ein Ringpessar angepasst, welches für eine empfohlene Dauer von maximal 30 Tagen intravaginal verbleibt. Danach wird es entfernt, die Scheide wird auf eventuelle Belastungserscheinungen kontrolliert, das Hilfsmittel gereinigt und wieder eingesetzt.

Eine weitere Patientinnengruppe, die stark von Pessaren profitieren kann, da sie häufig Senkungs- und Inkontinenzprobleme aufweist, sind Frauen post partum. Der Halteapparat der Gebärmutter und der Blase ist durch die vorhergehende Schwangerschaft und den plötzlichen Verlust der Spannung nach der Entbindung sehr nachgiebig, unabhängig davon ob via Kaiserschnitt oder vaginal entbunden wurde. Bei einer vaginalen Geburt kommt zusätzlich zu einer potenziellen Überdehnung eine eventuelle Verletzung des Beckenbodens hinzu, dessen verminderte Stütze das Absinken der Beckenorgane noch begünstigt.

„Alles zieht nach unten.“

Hebammen, Gynäkolog*innen und Physiotherapeut*innen hören immer wieder die Sätze: „Ich hab das Gefühl, alles zieht nach unten“ oder „Ich hab das Gefühl, alles fällt heraus“ – ein klares Anzeichen für ein Senkungsproblem. Das ‚schlimmste‘ Ziehen nach unten geht bei vielen Frauen aufgrund der natürlichen Rückbildung in den ersten 6-12 Wochen wieder zurück.

Wenn jedoch diese unangenehmen Gefühle, vor allem gepaart mit Belastungsinkontinenz, darüber hinaus bestehen bleiben oder immer wieder bei Belastung auftreten, sollte die Situation fachlich abgeklärt und eine Therapie eingeleitet werden.

Konservatives first line treatment bei Senkung und Belastungsinkontinenz sind lebensstilbezogene Interventionen sowie Beckenbodentraining – viele Frauen kommen mit richtigem Verhalten im Alltag und gezielten Übungen schon ans Ziel. Wenn sich keine Verbesserung einstellt, sollte den Patientinnen eine Pessar-Therapie als Unterstützung angeboten werden (1, 5). Die Verwendung dieses Hilfsmittels kann auch für Tätigkeiten mit vermehrter Belastung (zB. bei Sport oder vor Hebebelastungen) als situative Lösung angedacht werden und danach von ihr wieder entfernt werden.

Besonders während der Rückbildungszeit bietet sich diese Intervention als unterstützende Maßnahme an. Alle schwangerschaftsinduzierten Veränderungen bilden sich zurück, während die Alltagsbelastungen sehr hoch sein können. Hier kann eine Unterstützung durch ein mechanisches Hilfsmittel dem Körper gut helfen, alles wieder in die richtige Position zu rücken. Meist wird in dieser Zeit ein Würfelpessar verwendet. Es stabilisiert nicht nur den Uterus nach oben, sondern gibt mittels sanftem Vakuum auch den Scheidenwänden rundherum Halt. Im Optimalfall kann die Größe nach und nach verkleinert werden, bis es gar nicht mehr gebraucht wird.

Vor allem das Ende der Stillzeit bietet durch die hormonelle Um-



Abb. 4: Einführen eines Pessars

stellung eine gute Chance, um positive Veränderung zu bewirken. Das Bindegewebe kommt wieder zu mehr Festigkeit und die Verwendung von Pessaren in dieser Zeit hilft, die Organe in einer guten Lage wieder ihren Platz finden zu lassen.

Handhabung

Sind Frauen selbstständig in der Lage, die Pessare einzuführen und wieder zu entfernen, wird diese Variante gegenüber der liegenden Variante bevorzugt. Das Pessar wird dann nachts oder nach Belastung entfernt, und somit kommt es seltener zu Irritationszuständen der Vaginalschleimhaut.

Die Verwendung ist ähnlich wie bei einem Tampon oder einer Menstruationstasse. Das Stützmittel wird nach Möglichkeit etwas zusammengedrückt und maximal hoch in die Scheide eingeführt. Durch das Hochstellen eines Beins, das Anlehnen des Rückens oder auch durch Hinlegen kann die Platzierung erleichtert werden (Abb.4). Es sollten danach keinerlei unangenehme Gefühle wie Druck oder Schmerzen auftreten. Ebenso sollte ein problemloses Harn- und Stuhlabsetzen möglich sein. Bei der Entfernung wird bei Würfelpessaren zuerst durch Hin- und Herziehen des Fadens das Vakuum gelöst und dann sanft nach unten gezogen und gewackelt. Bei ringförmigen Pessaren wird mit dem Zeigefinger eingehakt und sanft nach unten gezogen. Die Reinigung erfolgt unter fließendem Wasser und ohne Reinigungsmittel, um das Material nicht zu beschädigen. Solange das Pessar intakt ist, kann es weiterverwendet werden. Die Lebensdauer beträgt meist ein bis zwei Jahre.

Mögliche Probleme

Wenn das ausgesuchte Modell nicht die richtige Größe aufweist, kann dies zu Problemen führen. Ist es zu groß, kommt es zu Druckgefühlen, Schmerzen, erschwertem Harnlassen oder Stuhl-absetzen, sowie vermehrter Inkontinenz. Ist das Pessar zu klein gewählt, rutscht es tiefer, kann ein Fremdkörpergefühl auslösen und seinen Zweck nicht erfüllen. Diese Probleme lassen sich leicht durch den Wechsel der Größe oder des Pessar-Typs beseitigen.

Bei schlecht östrogenisiertem Gewebe (z.B. Stillzeit oder Postmenopause) und länger liegenden Pessaren kann es zu Erosionen und Ulcerationen der Schleimhaut kommen. Um dies zu vermeiden, kann beim Einführen ein Gel oder eine Östrogensalbe aufgetragen werden. In der Stillzeit ist die Verwendung der Östrogensalbe mit der behandelnden Ärzt*in abzusprechen. Die beste Wirkung gegen Gewebeschädigung bietet jedoch eindeutig das tägliche Entfernen und die „Nachtpause“.

Haben Frauen eine versteckte/lavierte Belastungsinkontinenz, kann es beim Stabilisieren der Organe zum Auftreten einer Inkontinenz kommen. (Hier ist die Senkung nicht der Grund für die Inkontinenz, sondern kaschiert diese. Es kommt bei Belastung zum Abknicken der Harnröhre durch die Senkung, und der Knick sperrt in Folge den Abfluss des Harns). In dieser Situation kann auf ein Urethrapessar umgestellt werden, um sowohl Senkungs- als auch Belastungskomponente in den Griff zu bekommen. Beim Absetzen von Stuhl können Pessare nach unten verrutschen, damit ein ungutes Gefühl auslösen und ihre Funktion nicht mehr erfüllen. Die Lösung ist, einfach nach dem Stuhlgang das Pessar wieder zu repositionieren.

Da das Pessar einen Fremdkörper für die Vaginalschleimhaut darstellt, kann es zu einer erhöhten Ausflussproduktion der Scheide kommen. Diese ist aber unbedenklich.

In meiner eigenen Praxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass manche Frauen den Gedanken, ein Pessar zu benutzen, abschreckend finden. Dies hat teilweise mit dem Bild der „alten Frau“ zu tun, welches sie damit verbinden, oder auch einfach mit der Ablehnung der Vorstellung, eine Stütze zu benötigen. Kämpft eine Frau mit diesen Problemen, hilft oft gute Aufklärung, ein bisschen Zeit und das Mitgeben eines Einwegpessars zum Ausprobieren. Spürt die Frau damit eine Verbesserung, kann sie später auf eine dauerhafte Variante umsteigen.

Anpassung

Das Anpassen ist Übungssache. Es gibt Schulungen für Fachpersonal, die über Pessar-Hersteller oder Fortbildungsinstitute angeboten werden. Auch das Einschulen durch erfahrene Kolleg*innen ist möglich.

Für gewöhnlich wird der intravaginale Raum mit zwei Fingern ertastet und dadurch eine ungefähre Messung durchgeführt. Die angenommene Größe kann dann mit einem Pessar im erahnten Umfang ausprobiert werden: Nach dem Einführen wird damit herumgelaufen, gesprungen, gepresst, gehockt, gehustet etc. Passt das Modell, kann es gekauft werden. Es wird immer die kleinstmögliche Größe verordnet.

BiGaia®

L. reuteri DSM 17938

- ✓ **Hohe Sicherheit – gute Studienlage bei dem Verzehr von *L. reuteri* bereits bei Frühgeborenen**
- ✓ **Beruhigung für den Darm – *L. reuteri* unterstützt eine gleichmäßige Peristaltik**
- ✓ **Stärkung der Darmflora – Reuterin aus *L. reuteri* kann pathogene Keime verdrängen**

BiGaia® Tropfen 5 ml

1 Dosis (5 Tropfen) enthält:
mindestens 1×10^8
getr. lebensfähige
Lactobacillus reuteri



BiGaia, Tropfen. Nahrungsergänzungsmittel mit *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 **Zutaten:** öl-säurereiches Sonnenblumenöl, *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 ("frühere Bezeichnung *Lactobacillus*), ganz gehärtetes Rapskernöl. **Wichtiger Hinweis:** Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung, die zusammen mit einer gesunden Lebensweise von Bedeutung ist. Stand: 04/2021. Pädia GmbH, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim. In Lizenz von BioGaia AB, Kungsbrogatan 3, 10364 Stockholm, Schweden

Vertrieb: INFECTOPHARM • Arzneimittel und Consilium GmbH • Von-Humboldt-Straße 1 D-64646 Heppenheim. **Kontakt:** InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH • Leopold-Ungar-Platz 2 / 1. Stock / Stiege 2 • 1190 Wien • Tel.: 01/227 60 65-6060 • Fax: 01/227 60 65-6061 www.infectopharm.at • austria.kontakt@infectopharm.com

AB001383-03-0122

Pädia ist ein Unternehmen von **INFECTOPHARM**
Wissen wirkt.



Um Anpassungen auf diese Weise durchführen zu können, muss ein maschinelles Reinigungs/Desinfektions/Sterilisationsgerät zur Verfügung stehen, da eine manuelle Reinigung nicht für den Mehrfachgebrauch ausreichend ist (10). Eine weitere Möglichkeit, die praktiziert wird, jedoch von den Herstellern nicht validiert wurde, ist die Verwendung eines Kondoms über dem Pessar, um es hygienisch zu schützen.

Einwegmodelle gibt es nicht in so vielen Größen wie Silikonpessare und auch nicht in Ringform. Sie sind aber ein guter Weg, um generell den Effekt dieser Therapieform zu testen und die ungefähre Größe von Würfelpessaren auszuprobieren. Hat die Frau das Gefühl, das Einwegpessar bringt eine Verbesserung der Symptome, kann, wenn gewünscht, auf Silikon umgestiegen werden.

Und sonst?

Verhaltensaufklärung, Beckenbodentraining, Ernährungsanpassung, Medikamente/Salben etc. stellen die Basis der Therapie bei Senkungs- und Belastungsbeschwerden dar. Eine zusätzliche Versorgung mit Pessaren kann die Lebensqualität der Frauen aber positiv beeinflussen.

Die Vorteile dieser Therapieform liegen klar auf der Hand: einfache Handhabung, wenig Nebenwirkungen, verhältnismäßig kostengünstig, nicht invasiv und wirkungsvoll (11).

Wichtig ist, die Signale von Senkungen und Inkontinenzen bei Frauen nicht zu übersehen und ihnen Mut zu machen: Es gibt verschiedene Optionen, um sie auf ihrem Heilungsweg zu unterstützen.

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1, 2, 3: © Klarstil; Abb. 4, 5: © Barbara Haidenthaller

Literaturverzeichnis:

- 1) Pizzoferrato AC, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, le Fauvet R, MD, Renaud de Tarrayac R, Villot A. Vaginal Pessary for Pelvic Organ Prolapse: A French Multidisciplinary Survey. *Journal of Women's Health* 2022; Vol. 31, No. 6. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.022>
- 2) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis: AWMF-Registernummer 015-006: Leitlinienklasse S2e: (Stand April 2016) Version 1.1. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-006L_S2e_Descensus_genitalis-Diagnostik-Therapie_2016-11-abgelaufen.pdf
- 3) Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017 Aug 1;96(3):179-185. PMID: 28762694.
- 4) Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. *Bridging Science and Clinical Practice*; Elsevier Ltd; 2015 2. Ausgabe. S52
- 5) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): Harninkontinenz der Frau: AWMF-Registernummer 015-091: Leitlinienklasse S2k: (Stand Dezember 2021) Version 1.0. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-091L_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2022-03.pdf
- 6) Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):339-348. PMID: 31524367.
- 7) Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women. *Dtsch Arztebl Int*. 2023 Feb 3;120(5):71-80. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0406. PMID: 36647585; PMCID: PMC10080228.
- 8) Jafarzade A, Aghayeva S, Mungan T, Biri A, Ekiz OU. Arabin-pessary or McDonald Cerclage in Cervical Shortening? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023 Dec;45(12):e764-e769. doi: 10.1055/s-0043-1776033. Epub 2023 Dec 23. PMID: 38141596; PMCID: PMC10748514.
- 9) Wennerholm UB, Bergman L, Kuusela P, Ljungström E, Möller AC, Hongso Vala C, Ekelund AC, Liljegren A, Petzold M, Sjögren P, Svensson M, Strandell A, Jacobsson B. Progesterone, cerclage, pessary, or acetylsalicylic acid for prevention of preterm birth in singleton and multifetal pregnancies - A systematic review and meta-analyses. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Feb 28;10:1111315. doi: 10.3389/fmed.2023.1111315. PMID: 36936217; PMCID: PMC10015499.
- 10) https://dr-arabin.de/wp-content/uploads/Aufbereitungsanleitung_Anpassungset_2021.pdf
- 11) Nemeth Z, Kolumban S, Schmidt R, Gubas P, Kovacs K, Farkas B. Self-management of vaginal cube pessaries may be a game changer for pelvic organ prolapse treatment: a long-term follow-up study. *Int Urogynecol J*. 2023 Apr;34(4):921-927. doi: 10.1007/s00192-022-05287-2. Epub 2022 Jul 16. PMID: 35841400; PMCID: PMC9287815.

BARBARA HAIDENTHALLER, BSC



ist seit 2014 Physiotherapeutin und freiberuflich in Graz tätig, spezialisiert im Bereich Bereich Pelvic Health.
Kontakt: b.h.physiotherapie@gmx.at