



Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale

Leitlinienkoordinator/innen:

| Autor/in | AWMF-Fachgesellschaft |
|--------------------------|--|
| Prof. Dr. M. W. Beckmann | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGO) |
| Univ.-Prof. Dr. J. Beier | Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) |

Leitliniensekretariat:

| Sekretär/in | AWMF-Fachgesellschaft |
|---------------------------|--|
| Dr. med. Patrik Pöschke | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGO) |
| Dr. med. Carla Schulmeyer | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGO) |

Beteiligte Leitlinienautoren/ innen:

| Mandatsträger/in | Autor/in | DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein |
|------------------|--|--|
| | Prof. Beckmann ^{1,2} | DGGG |
| | Prof. Beier | DGPRÄC |
| | PD. Dr. phil. Borkenhagen ¹ | DGPFG |
| | Dr. Fahbusch ^{1,2} | DGKJ |
| | Dr. Gold | OEGGG |
| | Dr. Hoffmann ^{1,2} | DGGG |
| | Dr. Löhrs ^{1,2} | DGGG |
| | Dr. Luze ¹ | ÖGPRÄC |
| | Prof. Mirastschijski | DGPRÄC |
| | PD. Dr. O'Dey ^{1,2} | DGPRÄC |
| | Dr. Pöschke | |
| | Dr. Remmel ^{1,2} | BDC |
| | Prof. Schaefer ^{1,2} | SGPRÄC |
| | Dr. Schulmeyer | |
| | Dr. Schuster ^{1,2} | DGKJ, DGKCH |
| | Prof. Sohn ^{1,2} | DGU |
| | Dr. von Fritschen | DGPRÄC |



Beteiligte Fachgesellschaft/en:

| DGGG-Arbeitsgemeinschaft(AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein |
|--|
| AG Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. |
| Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e.V. (AWO Gyn) |
| Berufsverband Deutscher Chirurgen e.V. (BDC) |
| Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) |
| Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) |
| Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) |
| Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) |
| Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFH) |
| Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) |
| Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) |
| Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie (ÖGPÄRC) |
| Schweizer Gesellschaft Plastischer Chirurgen (SWISS PLASTIC SURGERY) |
| Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (SGPRAC) |



Methodik

| Beschreibung der Verbindlichkeit | Ausdruck |
|---|----------------------|
| Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit | Soll/ Soll nicht |
| Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit | Sollte/ Sollte nicht |
| Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit | Kann/ Kann nicht |

| Symbolik | Konsensusstärke | Prozentuale Übereinstimmung |
|----------|--------------------------|--|
| +++ | Starker Konsens | Zustimmung von > 95% der Teilnehmer |
| ++ | Konsens | Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer |
| + | Mehrheitliche Zustimmung | Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer |
| - | Kein Konsens | Zustimmung von < 51% der Teilnehmer |

Präoperative Vorbereitung

Konsensbasierte Empfehlung 1.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der klinischen Untersuchung und Diagnostik sollen physische und psychische Traumata, insbesondere bei Patientinnen im Kindes- und Jugendalter, vermieden werden.

Konsensbasierte Empfehlung 1.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer Mitbeteiligung der harnableitenden Wege sollte eine konsiliarische urologische bzw. ggf. kinderurologische Vorstellung mit gegebenenfalls weiterführender Diagnostik (z.B. Sonographie der ableitenden Harnwege) erfolgen.

Präoperative Vorbereitung

Konsensbasierte Empfehlung 1.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Liegt die mutmaßliche Diagnose einer Körperbildstörung bei der Patientin vor, sollen ästhetische operative Eingriffe des weiblichen Genitale nicht durchgeführt werden. Die Patientin sollte dann einer spezifischen Abklärung zugeführt werden.

Konsensbasierte Statement 1.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Neben allgemeinen Operationsrisiken, wie beispielsweise Blutungskomplikationen, Infektionen, Wundheilungsstörungen mit Narbenbildungen, Haut-/Gewebe-/Nervenschädigungen, sind die für die geplante Maßnahme speziellen und für die jeweilige Patientin individuellen Risiken darzustellen. Zu den speziellen Risiken einer Operation des weiblichen Genitals zählen insbesondere Risiken, welche die Sexualität beeinflussen.

Präoperative Vorbereitung

Konsensbasierte Empfehlung 1.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es soll bei allen Eingriffen am weiblichen Genitale über die spezifischen Risiken, wie Infektionen, veränderte Sensibilität, Dyspareunie, Verwachsungen und Narben, Veränderung der Sexualität detailliert aufgeklärt werden.

Konsensbasierte Empfehlung 1.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die ausführliche Information und das Einverständnis der Patientin über Indikation, Procedere sowie Risiken des operativen Eingriffs soll individualisiert in schriftlicher Form und mit zeitlicher Angabe durch den/ die verantwortlichen Arzt/ Ärztin vorliegen.

Anatomie des weiblichen Genitale und Nomenklatur

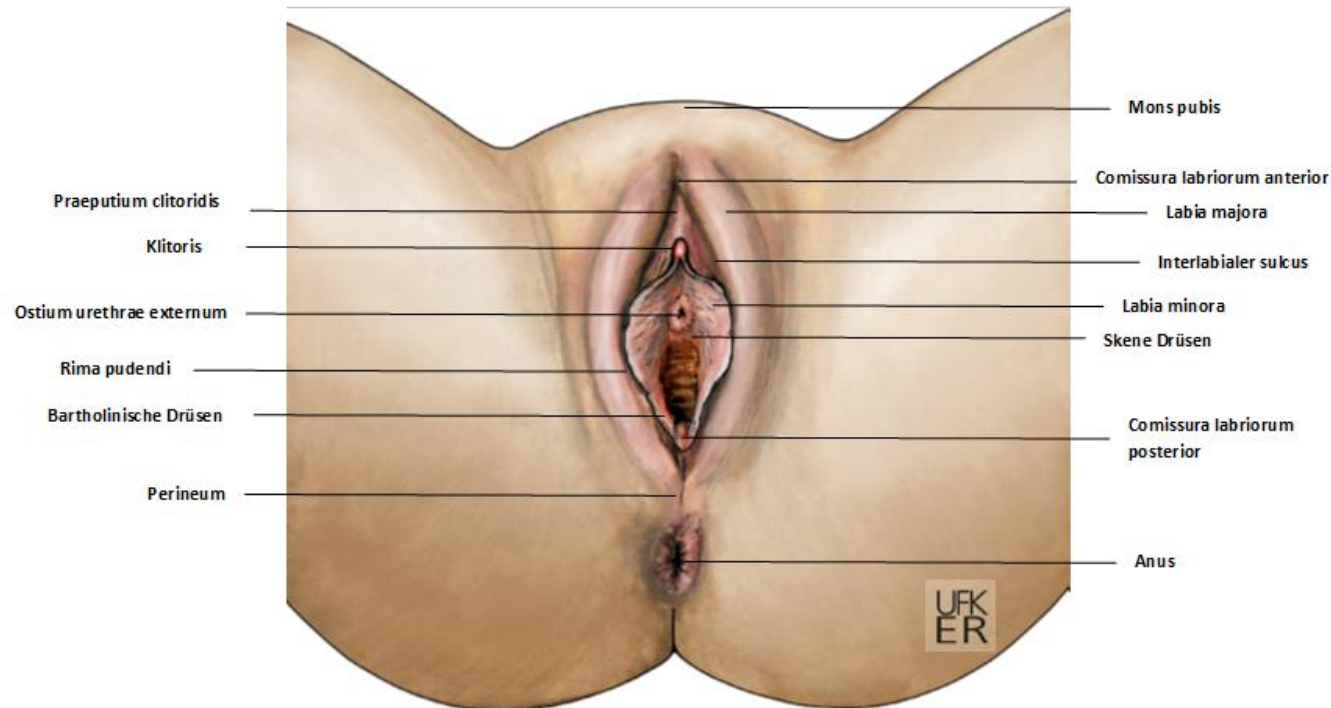


Abbildung 1: Äußeres Genitale und Regio analis

Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Anatomie des weiblichen Genitale und Nomenklatur

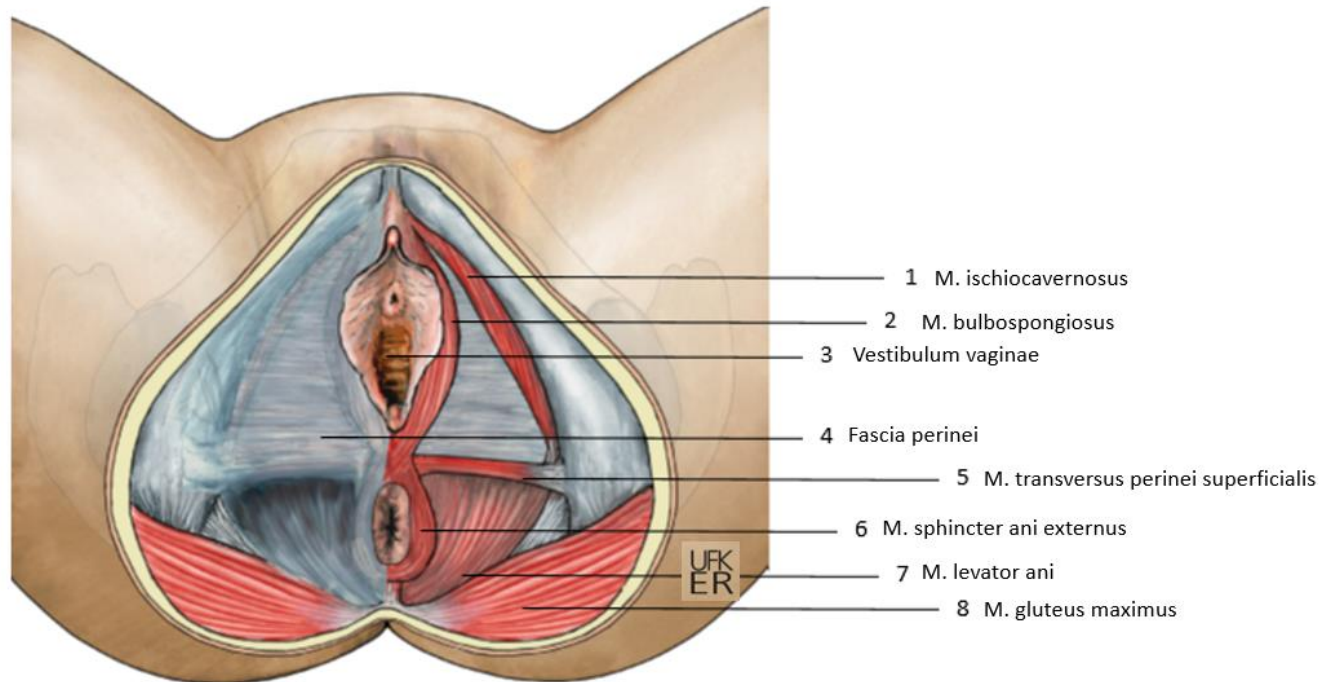


Abbildung 2: Aufbau des weiblichen Beckenbodens

Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Anatomie des weiblichen Genitale und Nomenklatur

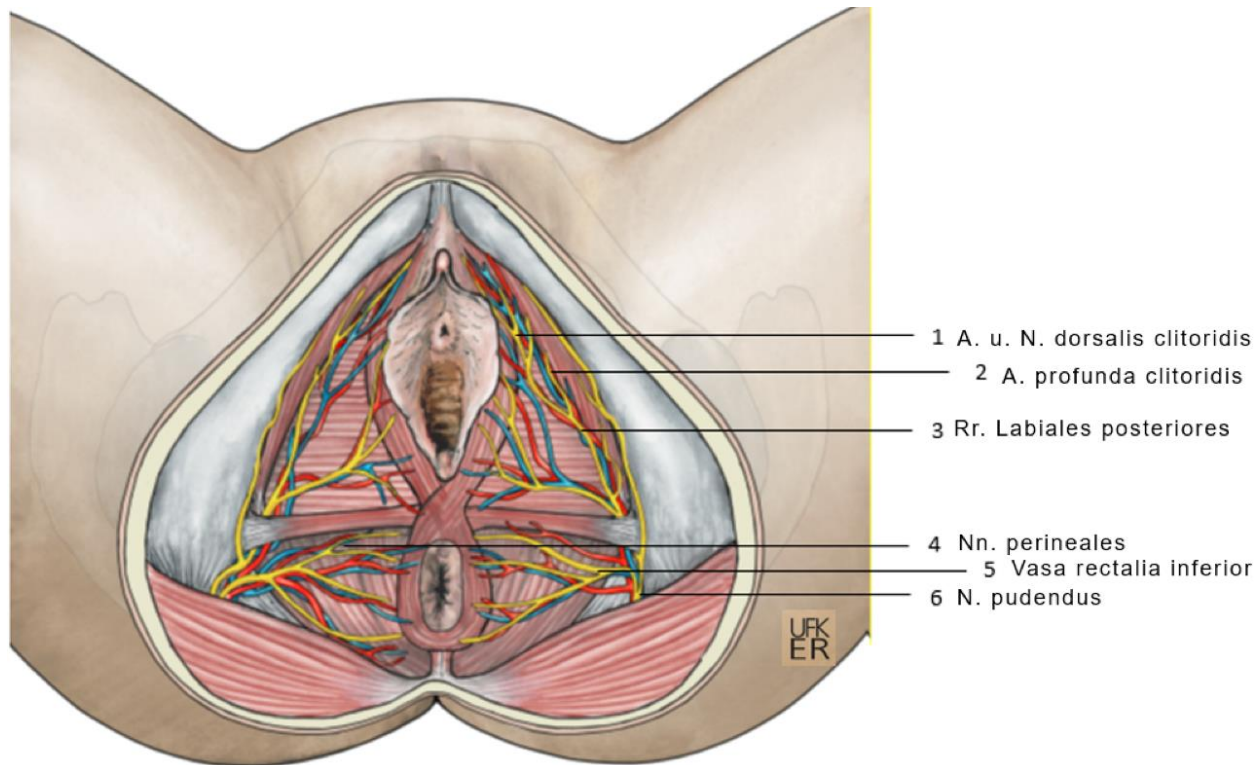


Abbildung 3: Nerven und Gefäße des weiblichen Beckenbodens

Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale

Konsensbasierte Statement 3.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Seit 2013 ist Female Genital Mutilation (FGM) in das ICD-System (International Classification of Diseases) aufgenommen und als körperliches und seelisches Leid anerkannt und definiert.

Konsensbasierte Statement 3.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Jede aufgeführte Form von Female Genital Mutilation (FGM) rechtfertigt, bei Vorliegen entsprechender körperlicher und/ oder seelischer Beschwerden und Beeinträchtigungen, die Indikation zur medizinischen Therapie.



Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale

Konsensbasierte Empfehlung 3.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Behandlung von Mädchen und Frauen, die von Female Genital Mutilation (FGM) betroffen sind, sollte interdisziplinär erfolgen. Dies ist in einer standardisierten Form sowohl zentral (Zentrumstruktur) als auch dezentral (Kooperationsstruktur) realisierbar.

Konsensbasiertes Statement 3.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Insbesondere bei Female Genital Mutilation (FGM) Patientinnen, die vom Typ III (Infibulation) betroffen sind, besteht ein erhöhtes Risiko für nachhaltige gesundheitliche Probleme der Urogenitalregion wie geburtstraumatische, vestibulo-perineale Komplikationen und sekundäre Fistelbildungen.



Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale

Konsensbasierte Empfehlung 3.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Rahmen der Schwangerschaft kann die Defibulation vor (ante partum) oder unter (intra partum) der Geburt erfolgen. Die Durchführung der antepartalen Defibulation sollte ab dem zweiten Trimenon der Schwangerschaft erfolgen. Die intrapartale Defibulation sollte während der ersten Phase der Wehen erfolgen, um das Monitoring des Geburtsvorganges und gegebenenfalls eine notwendige Blasenkatheterisierung zu erleichtern.



Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale

Konsensbasierte Empfehlung 3.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Vorliegen einer Dysplasie der Zervix, Vulva und Vagina sollen Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin anhand der entsprechenden S3-Leitlinien „Prävention des Zervixkarzinoms“ (AWMF-Registernummer 015-027OL) und "Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom" (AWMF-Registernummer 032-033OL) und der S2k-Leitlinien „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen“ (AWMF-Registernummer 032-042) sowie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen" (AWMF-Registernummer 015-059) durchgeführt werden.

Literatur: [39,41-43]



Operationen geordnet nach topografischer Anatomie

Konsensbasierte Empfehlung 4.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine ausgeprägte Volumenreduktion der Klitoris und des paraklitoridalen Gewebes soll vermieden werden, da dies eine schmerzhafte Exposition der Klitoris verursacht.

Konsensbasiertes Statement 4.S5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Zu schmale bzw. zu kleine Labiae majora pudendi können von sehr schlanken Patientinnen, nach massiver Gewichtsreduktion oder bei altersbedingter Involutionstrophie als unästhetisch empfunden werden und können mit einer behandlungsbedürftigen Dyspareunie einhergehen.

Operationstechnik

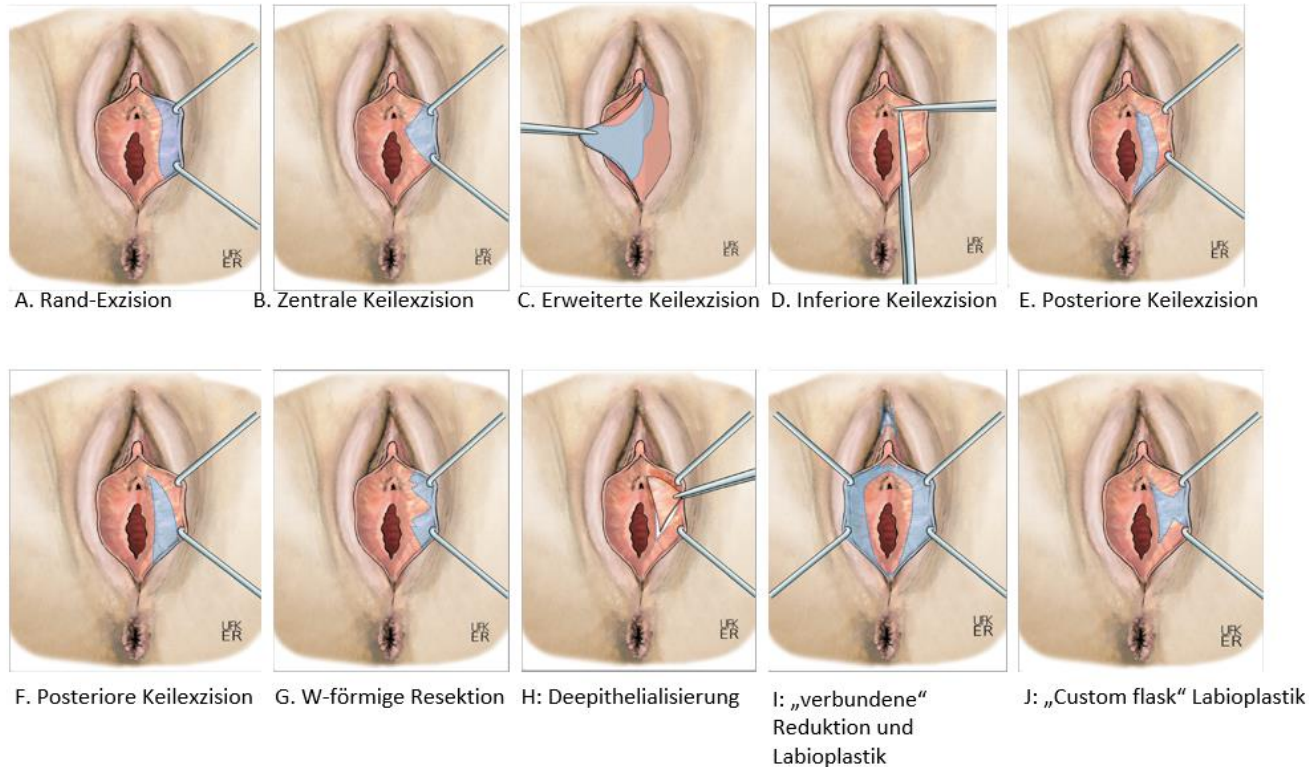


Abbildung 4: Exzisionstechniken zur Reduktion hypertrophierter Labia minora

Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Operationstechnik

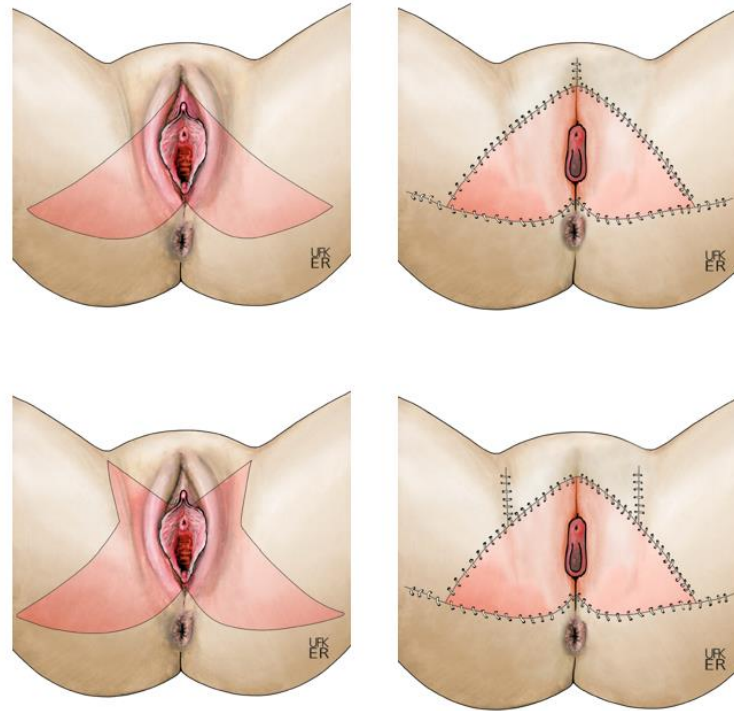


Abbildung 5: Planung und Durchführung einer VY-Lappenplastik
Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Operationstechnik

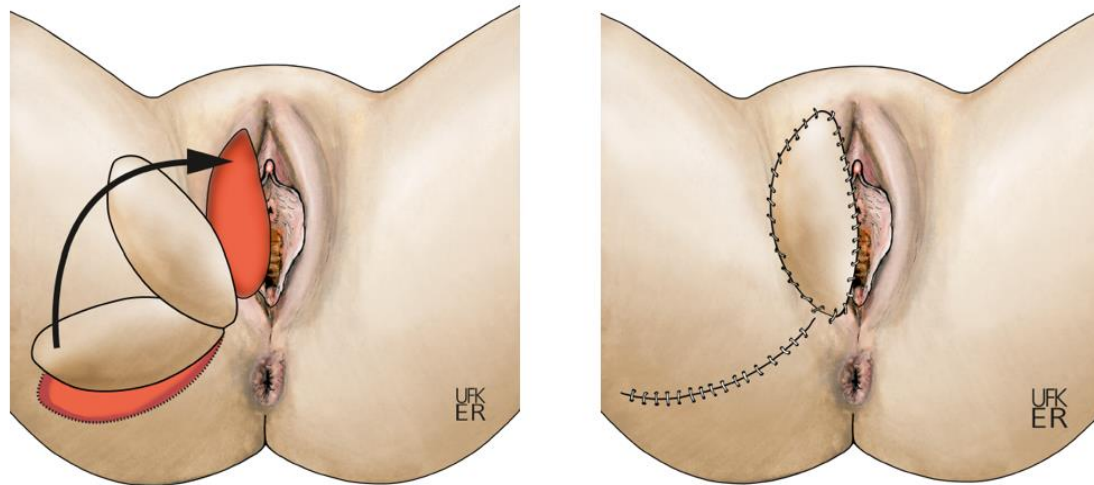


Abbildung 6: Planung und Durchführung eines Lotusblüten Lappens

Illustrationen: Jörg Pekarsky mit freundlicher Genehmigung von Prof. M.W. Beckmann

Female Genitale Mutilation (FGM)

| | |
|----------|---|
| Typ I | Anteilige oder komplette Entfernung der Klitoris (Glans clitoridis) und/oder der Klitorisvorhaut (Praeputium clitoridis) |
| Typ Ia | Entfernung der Klitorisvorhaut |
| Typ Ib | Entfernung der Klitoris und der Klitorisvorhaut |
| Typ II | Partielle oder komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Exzision) |
| Typ IIa | Entfernung der kleinen Schamlippen |
| Typ IIb | Partielle oder komplette Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen |
| Typ IIc | Partielle oder komplette Entfernung der Klitoris, der kleinen und der großen Schamlippen |
| Typ III | Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses durch das Entfernen und Zusammenheften oder -nähen der kleinen und/oder großen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (Infibulation) |
| Typ IIIa | Entfernen und Zusammennähen der kleinen Schamlippen |
| Typ IIIb | Entfernen und Zusammennähen der großen Schamlippen |
| Typ IV | Alle anderen schädigenden Eingriffe, die die weiblichen Genitalien verletzen und keinem medizinischen Zweck dienen, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen. |

Tabelle 1: Formen der Female Genitale Mutilation (FGM) nach World Health Organisation (WHO)

Female Genitale Mutilation (FGM)

Konsensbasierte Empfehlung 5.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der Rekonstruktion nach FGM (Female Genital Mutilation) sollten auch sekundäre Veränderungen und Beeinträchtigungen anamnestisch und klinisch erkannt, entsprechend eingeordnet und in die operative Planung miteinbezogen werden.



Sonstige Verfahren zur Rekonstruktion des weiblichen Genitale

Konsensbasierte Empfehlung 6.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Für eine ohne medizinische Diagnose sondern nur aus kosmetischen Gründen durchgeführte Vaginalstraffung mittels CO₂-Laser oder nonablativem Erbium-YAG (Yttrium-Aluminium-Granat)-Laser und Radiofrequenztherapie liegt keine Evidenz für eine klinische Effektivität und Nebenwirkungen aus prospektiv randomisierten Studien vor. Diese Verfahren sollten Patientinnen deshalb nur im Rahmen von klinischen Studien angeboten werden.

Komplikationen bei rekonstruktiven und ästhetischen Operationen am weiblichen Genitale

Konsensbasiertes Statement 8.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Offizielle Statistiken oder Qualitätssicherungsmaßnahmen über spezielle Komplikationen für rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale existieren derzeit nicht.



Allgemeines zur Rekonstruktion und Ästhetischen Chirurgie des weiblichen Genitale im Kindesalter

Konsensbasierte Empfehlung 9.E12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nicht medizinisch indizierte Eingriffe des weiblichen Genitale im Kindesalter sollen nicht durchgeführt werden.

Konsensbasiertes Statement 9.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Behandlung von Patientinnen mit FGM und deren damit verbundenen Problemen erfordert ein umfassendes Verständnis der komplexen soziokulturellen und medizinischen Aspekte, insbesondere im Kindes- und Jugendalter.

Konsensbasierte Empfehlung 9.E13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Physische und psychische Traumata durch unnötige und unsensible Untersuchungen von Patientinnen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter sollen vermieden werden.



Psychosomatik

Konsensbasierte Empfehlung 10.E14

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei genitalbezogener körperlicher Unzufriedenheit kann eine ästhetische und funktionelle operative Therapie erwogen werden, um das sexuelle Selbstbild und die sexuelle Zufriedenheit zu verbessern.

