

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Kongressbericht:

Schlingensymposium, Aarau, 24. 05.

02

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2002; 9 (2) (Ausgabe

für Schweiz)

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



BERICHT VOM SCHLINGENSYMPOSIUM AM KANTONSSPITAL AARAU AM 24. MAI 2002

Im Namen der Frauenklinik des Kantonsspitals Aarau und der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie Schweiz fand am 24. Mai 2002 in Aarau das operative Tutorial und Symposium mit dem Titel „Inkontinenzoperationen – Schlingentechniken“ statt. Das Symposium hatte zwei Hauptziele: Vermitteln von Tips und Tricks, sowie von Neuigkeiten zur aktuellen Goldstandard-Operation TVT, aber auch Aufzeigen von neuen Entwicklungen der Inkontinenzoperationen. Renommiertere Referenten aus dem In- und Ausland verstanden es kompetent, mittels Live-Operationen und Vorträgen die Inhalte unter oben erwähntem Ziel mitzuteilen.

E. Petri, Schwerin, und J. Eberhard, Frauenfeld, ermöglichten durch je eine TVT-Live-Operation den Zuschauern, die gut standardisierte Operation von zwei erfahrenen Inkontinenzspezialisten zu vergleichen. Wenn auch ganz deutlich gewisse Unterschiede in der Technik ersichtlich wurden, so ging doch klar hervor, dass beide Operateure sich ganz strikt an die Sicherheitsregeln der TVT-Operation halten. Auf das Einhalten der Sicherheitsschritte wies auch **H. Kölbl, Halle,** eindringlich hin: Will man Komplikationen vermeiden bzw. möglichst gering halten, so müssen die 12 goldenen TVT-Regeln von Ulmsten bei der TVT-Operation beachtet werden (Tabelle 1).

Eberhard wies auf die Wichtigkeit der präoperativen Vorbereitung hin. Dazu gehören die sichere Diagnosestellung der Stressinkontinenz, das Ausschöpfen der konservativen Behandlung mit Oestrogenisierung bei Genitalatrophie und Behandlung einer allfälligen Drangproblematik (Infektsanierung und Trink- und Miktionsstraining). Er legte dabei besonderen Wert auf eine gute Gewebsvorbereitung mittels Pessar und Oestriolcreme.

Petri, wie auch **C. Falconer, Danderyd,** wiesen auf die Wichtigkeit der Lage-

Tabelle 1: 12 TVT-Regeln

1. Durchführung unter Lokal- oder Spinalanästhesie.
2. Suprapubische Inzisionen nicht mehr als 4 bis 5 cm von einander entfernt.
3. Vaginale Hautinzision in der Mittellinie, ca. 10 bis 15 mm lang und 10 mm proximal des Meatus urethrae externus.
4. Möglichst minimale paraurethrale Gangbildung mit der Schere.
5. Vor der Nadelinsertion ruht diese auf dem Handballen und der Zeigefinger bildet die Nadelführung, indem er unter der vorderen Vaginalwand und hinter dem Schambeinknochen plziert wird.
6. Stossen der Nadel mit der linken Hand (Rechtshänder), rechte Hand am Griff führt lediglich, ohne zu stossen. Nadelspitze hat Kontakt zur Symphysenhinterwand.
7. Die Nadel muss immer auf die jeweilige suprapubische Inzision hinzielen.
8. Lockeres Einlegen des Bandes unter der mittleren Urethra ohne Elevation.
9. Urethra mit dem Katheterführungsdraht jeweils auf die gegenüberliegende Seite ablenken und Zystoskopie nach Nadeleinlage.
10. Tropfenweiser Harnabgang beim Hustentest.
11. Entfernen der Hüllen unter Sicherung des Bandes mit geschlossener Schere, zwischen Urethra und Band.
12. Kein postoperativer Katheterismus. Restharnkontrolle mittels Ultraschall oder Einmal-Katheterismus.

rung hin. Eine zu starke Flexion in den Hüftgelenken (mehr als 70 °), ist zu vermeiden. Die zu starke Flexion im Hüftgelenk führt zu einer Medialisierung der Gefässe und dazu, dass Darmschlingen und die Blase näher zum Stichkanal liegen. Gemäss Petri sei der Effekt einer intraoperativen Antibiotikatherapie weder für die Prophylaxe von Gewebsinfektionen, noch von Harnwegsinfektionen genügend bewiesen. Er verzichtet deshalb auf eine solche.

In seinem Referat über TVT-Komplikationen und deren Management zeigte Kölbl auf, dass aktuell mehr als 120 Publikationen über das TVT-Verfahren vorliegen. Deshalb seien nicht nur die Therapieerfolge, sondern auch die Komplikationen gut dokumentiert. Tabelle 2 zeigt die wichtigsten in der Literatur aufgeführten Komplikationen der TVT-Operation. Schwere Komplikationen wie Gefässverletzungen Urethra- und Darmperforationen sind bei richtiger Technik sehr selten und in der Literatur nur als Einzelberichte bekannt.

Tabelle 2: Komplikationen der TVT-Operationen (nach [Nilson und Quva, Br J Obstet Gynecol 2001])

Blasenentleerungsstörungen	4,3 %
Blasenperforationen	3,7 %
Harnwegsinfektionen	6,2 %
Wundinfekte	2,5 %
Retropubische Hämatome	1,3 %
De novo-Urge-Symptome	3,1 %
Bandabstossungen	0,0 %

Der Umgang mit möglichen Komplikationen war wichtiger Bestandteil des Referates von Kölbl, aber auch der Ausführungen von Eberhard und Petri. Man war sich einig, dass die spannungsfreie Platzierung des Bandes mit noch nachweisbarem Urinabgang zur Vermeidung einer Harnröhrenobstruktion essentiell ist. Blasenperforationen müssen durch die Zystoskopie sofort intraoperativ erfasst werden. Das Zurückziehen der Nadel und Neuplatzieren etwas lateral des ersten Stichkanales korrigieren das Problem. Eine postoperative Harnblasendrainage wird nach

Blasenperforation empfohlen. Die Dauer der Drainagelage wird uneinheitlich angegeben; allermeist liegt sie bei zwei bis vier Tagen. Klinische und sonographische Kontrollen lassen das Auftreten von Hämatomen im Cavum retzii erfassen. Bei Beschwerden oder hämodynamischer Auswirkung ist ein frühes Intervenieren mit Hämatomausräumung notwendig. Alle Referenten waren sich einig, dass postoperative Bandabstossungen nicht vorkommen. Vielmehr werden Erosionen der Vaginalhaut über dem Band als solche missgedeutet. Bei einer Bänderosion wird empfohlen, ausgedehnt lokal zu Oestrogenisieren und dann die Vaginalhaut anzufrischen und sorgfältig wieder zu verschliessen. In gewissen Fällen sei eine Resektion des erodierten Bandes über einige Millimeter notwendig, was für die Kontinenz nicht nachteilig sei. Harnröhrenobstruktionen werden über vier bis sechs Wochen mittels suprapubischem Katheter behandelt. Ist dann eine genügende Miktion mit Restharmengen unter 100 ml nicht möglich, wird die Banddurchtrennung vorgenommen.

In seinem Referat über Neuigkeiten zum TVT zeigte Petri auf, dass aktuell nur zum TVT verlässliche Daten vorliegen. Eine Metaanalyse der publizierten Erfolgsraten zeigt klar, dass Erfolge über 80 % nur durch Kolposuspensionstechniken, traditionelle Schlingentechnik und TVT möglich sind.

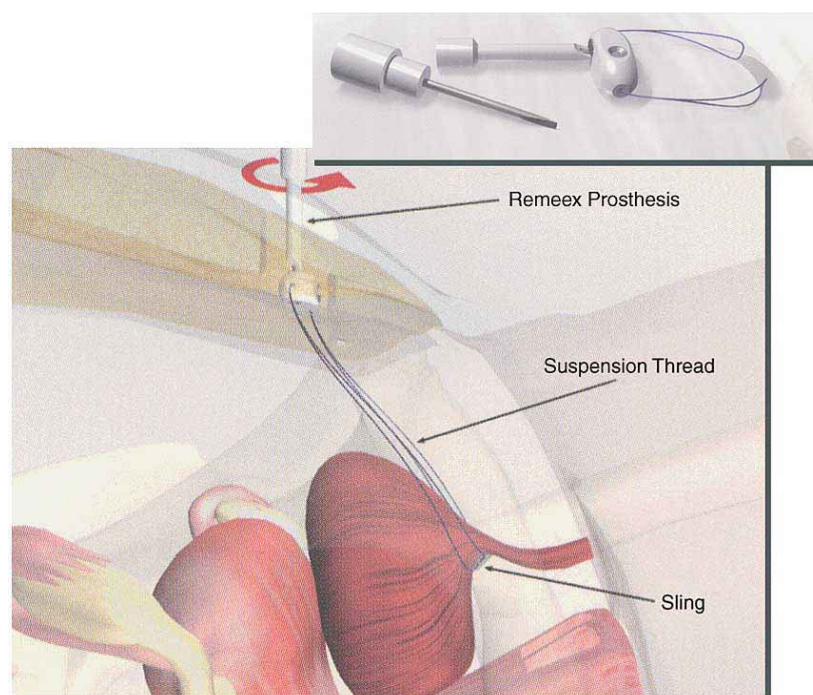
In seinem Referat über den Einfluss von Schlingenmaterialien auf das Bindegewebe wies Falconer darauf hin, dass jetzt 20 bis 30 Jahre Erfahrung mit künstlichen Bandmaterialien gemacht wurden. Die Hauptforderungen an die Materialien sind, dass sie biokompatibel seien und nicht zu einer Schrumpfung führen dürfen. Zudem werde ein gewisser Grad an Elastizität gefordert. Er zeigte auf, weshalb ein Polypropylenband (PP) für das TVT gewählt wurde. PP führt nicht zur Schrumpfung und zeigt eine

ideale Elastizität, zudem ermöglicht das Band durch seine Porengrösse das Einwachsen von Fibroblasten, was auch durch eine leichte Rauheit der einzelnen Fäden gefördert würde. Gemäss Falconer's Aussagen seien resorbierbare Meshes für einen permanenten Support ungenügend. Mit seinen Arbeiten über paraurethrales Bindegewebe und über Schlingenmaterialien war C. Falconer in der schwedischen Gruppe um Ulmsten massgeblich an der Erkenntnis beteiligt, dass Polypropylen in der gewählten Porengrösse und Verarbeitungsart ein geeignetes Material für eine Inkontinenzschlinge ist.

Das Symposium über Inkontinenzschlingen wollte sich bewusst für andere Schlingentechniken öffnen, weshalb **A. Fischer** (IVS-Tunneler) aus Wiesbaden und **X. Iglesias** aus Barcelona (Remeex) zur Tagung eingeladen wurden. Fischer zeigte auf, dass auch das IVS einen breiten theoretischen Hintergrund besitzt,

welcher vor allem auf der Integraltheorie von P. Papa Petros beruht. Die Intravaginal-Sling-Technik kann einerseits in einer, dem TVT sehr verwandten Operationsart eingelegt werden und gilt dann ebenfalls als spannungsfreie Schlingenoperation. Bei anatomischen Defekten des Beckenbodens wird die Operation aber auch im Sinne einer 3-Punkt-Fixation zur Korrektur der Hypermobilität der urethrovesikalen Einheit (Urethrozystozele) eingesetzt und korrigiert dann einerseits die Stressinkontinenz, andererseits auch den ventralen anatomischen Defekt. Während das IVS-Band vom Material her ebenfalls aus Polypropylen ist, hat es aber doch andere Eigenschaften bzgl. Porengrösse, Elastizität und Verankerungsverhalten im Gewebe. Aus den bisherigen Erfahrungen darf gesagt werden, dass IVS ebenfalls keine Abstossungsreaktionen zeigt, dass die Resultate zwar vielversprechend sind, dass aber gute prospektive Studien zur Zeit noch fehlen. Es

Abbildung 1: Reemex-System



soll aber auch festgehalten werden, dass IVS und die integrale Theorie einen neuen Weg beschreiten, der interessant erscheint, indem die Korrektur der Stressinkontinenz mit der Korrektur der anatomischen Defekte eine integrale Einheit bilden soll. Ob aber die schwer verständliche theoretische Grundlage, sowie die nicht sehr übersichtliche Stichführung geeigneter sind als eine TVT-Einlage in Kombination mit einer herkömmlichen Deszensusoperation, bleibt noch zu beweisen.

Dass Remeex eine ganz neue Idee in sich birgt, konnte X. Iglesias mit seiner Liveoperation und seinem Vortrag aufzeigen. Das System besteht aus einer kurzen Polypropylenschlinge, welche mit einem Polypropylenfaden nach suprasymphysär gezogen wird, wo der Faden in ein kleines Spanngerät (Varitensor) eingespannt und dann mit einem Manipulator so aufgedreht wird, dass die Schlinge nach kranial gezogen wird (Abbildung 1). Die Operation dient dazu, das Band im Bereich des Blasenhalsses zu positionieren, die Fäden

retrosymphysär nach oben zu führen und den Varitensor über die Faszia des Musculus rectus abdominis lokker zu plazieren. Am folgenden Tag kann an der stehenden Patientin mit dem Manipulator der Faden angezogen werden, so dass die Schlinge unter Hustentest- und Miktionskontrolle bis zur Kontinenz eleviert ist. Der Manipulator kann dann entfernt werden, so dass lediglich der kleine Varitensor mit Faden und Schlinge in situ verbleibt. Gemäss Iglesias könne bei Rezidiven auch zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Regulierung erfolgen. Bisher seien etwa 1.000 Operationen mit dem Remeex-System durchgeführt worden. Die Anzahl publizierter Fälle ist insgesamt noch gering; die Daten zeigen aber eine hohe Wirkung, was darauf beruhe, dass das System eine genaue postoperative Justierung zulasse.

Wir dürfen auf ein sehr gut besuchtes und glücklicherweise pannenfreies Meeting mit Live-Operationen und interessanten Präsentationen von internationalen Referenten zurückschauen.

Das Symposium lässt folgende Aussagen zu:

1. TVT ist weiterhin der Goldstandard der Schlingeninkontinenzoperation. Die grosse Anzahl an durchgeführten Eingriffen und die zur Verfügung stehenden Studien mit den guten postoperativen Resultaten untermauern diese Aussage.
2. Die Entwicklung bleibt trotz der hohen Erfolgsraten des TVT nicht stehen und der Markt bietet zunehmend mehr Alternativen.
3. Angesichts der noch fehlenden Studien der neuen Techniken, bleibt aber zu empfehlen, die neuen Techniken nur in Studienanlagen und in spezialisierten Zentren durchzuführen.
4. TVT ist ein sehr wirksames und sehr sicheres Verfahren und scheint dies auch in breiter Anwendung zu sein, sofern die Operationsregeln berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. G. Schär, Chefarzt
Frauenklinik Kantonsspital Aarau
5001 Aarau
e-mail: gabriel.schaer@ksa.ch

Auch im Internet: www.kup.at/urologie

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)