

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Für Sie gelesen

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (3)

(Ausgabe für Österreich), 24-25

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 24-25

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



Für Sie gelesen

Zusammengefasst von Dr. Helmut Baminger

■ Anterior Colporrhaphy versus Transvaginal Mesh for Pelvic-Organ Prolapse

Altman D, et al. *N Engl J Med* 2011; 364: 1826–36.

Die Verwendung von standardisierten Netzeinlage-Produktsystemen zur Behandlung von Beckenbodensenkungen hat sich in den vergangenen Jahren rasch verbreitet. Es ist aber unklar, ob dieser Ansatz zu besseren Ergebnissen führt als die traditionelle Kolporrhaphie.

Einleitung

Millionen von Frauen sind weltweit von einem Prolaps der Beckenorgane (Beckenbodensenkung) betroffen. Allein in den USA werden in diesem Zusammenhang jährlich mehr als 300.000 Operationen durchgeführt, wobei die anteriore Kolporrhaphie bei einer Zystozele die am häufigsten angewendete Methode ist. Da das Rezidivrisiko bei dieser Prozedur aber bei 40 % und mehr liegt [1], ist das Interesse an innovativen Techniken, welche nach einer Zystozelenoperation zu einem besseren Ergebnis führen, groß. Die Evaluation dieser komplexen Interventionen kann allerdings mit der raschen Entwicklung von neuen invasiven Therapien, welche synthetische Implantate involvieren [2], nicht Schritt halten. Verschiedene Studien haben niedrigere Rezidivraten bei der Verwendung von Biomaterialien im Vergleich zu herkömmlichen Methoden gezeigt, aber unterstützende Daten von randomisierten Studien zu spezifischen Behandlungsempfehlungen fehlen noch weitgehend.

Zunehmend werden bei Prolapsoperationen standardisierte Trokar-geführte Netzeinlage-Produktsysteme, ein zur herkömmlichen Kolporrhaphie wesentlich unterschiedlicher Ansatz, benutzt. Die Metall-Trokare werden dabei zur Platzierung der synthetischen Netzeinlagen zur Unterstützung der Vaginalwände verwendet.

In der vorliegenden Studie werden Effizienz und Sicherheit einer transvaginalen Operation unter Verwendung einer Polypropylen-Netzeinlage beim Prolaps der anterioren Vaginalwand im Vergleich zur Kolporrhaphie ermittelt.

Methode

In diese an 53 Spitälern in Skandinavien durchgeführte Studie wurden 389 Frauen (älter als 18 Jahre, mit erstmaliger oder rekurrenter Zystozele im Stadium 2 oder höher nach Pelvic Organ Prolapse Quantification [POPQ] und Vaginalprotrusion) im Verhältnis 1:1 entweder der Kolporrhaphie (189 Patientinnen) oder dem Trokar-geführten, transvaginalen Netzeinlage-Verfahren (200 Patientinnen) randomisiert zugeteilt.

Vor der Operation und bei der Follow-up-Untersuchung nach 12 Monaten wurde jeweils das „Pelvic Organ Prolapse/Uri-

nary Incontinence Sexual Function Questionnaire“ (PISQ-12) und das „Urogenital Distress Inventory“ (UDI) beantwortet, letzteres auch bereits nach 2 Monaten.

Der primäre Outcome bestand aus der objektiven anatomischen Bestimmung von Stadium 0 (kein Prolaps) oder 1 (Position der anterioren Vaginalwand mehr als 1 cm über dem Hymen) nach dem POPQ-System und der subjektiv empfundenen Abwesenheit von Symptomen einer Vaginalprotrusion 12 Monate nach der OP. Der sekundäre Outcome umfasste unter anderem OP-Komplikationen, Nebenwirkungen und von den Patientinnen berichteten urogenitalen Drang.

Ergebnisse

Nach einem Jahr war der primäre Outcome (i. e. kein Prolaps auf Basis einer subjektiven und objektiven Erfassung) in der Gruppe mit dem transvaginalen Netzeinlage-Verfahren (NEG) mit 60,8 % signifikant häufiger als in der Kolporrhaphie-Gruppe (KG) (34,5 %). Die UDI-Scores verschlechterten sich zwischen dem 2-Monats- und dem 12-Monats-Follow-up in beiden Gruppen, beträchtlicher allerdings in der KG. Beim 1-Jahres-Follow-up waren Symptome von Stressharninkontinenz in der NEG signifikant störender ($p = 0,02$), während obstruktive Symptome weniger störend waren als in der KG ($p = 0,01$). Hinsichtlich irritativer Symptome bestand kein Unterschied. Die durchschnittlichen PISQ-12-Scores waren im Vergleich zur Baseline leicht verbessert, unterschieden sich aber nicht bei den beiden Gruppen. Schmerzen beim Sexualverkehr („üblicherweise“ oder „immer“) wurden von 2 % der KG und von 7,3 % der NEG angegeben ($p = 0,07$). Die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrer sexuellen Beziehung beantworteten 40 % der KG und 48 % der NEG mit „üblicherweise“ oder „immer“ ($p = 0,37$). Die durchschnittliche OP-Dauer war in der NEG signifikant länger als in der KG (52,6 vs. 33,5 Minuten; $p < 0,001$) und der intraoperative Blutverlust war in der NEG signifikant höher (84,7 vs. 35,4 ml; $p < 0,001$). Blasenperforationen traten in der NEG häufiger auf (7 vs. 1; $p = 0,07$). Die Raten neuer Stressharninkontinenz nach der OP lagen bei 12,3 % (NEG) bzw. 6,3 % (KG) ($p = 0,05$). Eine operative Reintervention zur Korrektur der Exposition der Netzeinlage war während des Follow-ups bei 3,2 % der 186 Patientinnen notwendig.

Diskussion

Die Verwendung eines standardisierten Trokar-geführten Netzeinlage-Produktsystems bei einer Zystozelenbehandlung führte im Vergleich zur traditionellen anterioren Kolporrhaphie zu einer höheren Erfolgsrate sowie einem geringeren Risiko eines Prolapsrezidivs. Die Verwendung der Netzeinlage führte aber auch zu höheren Raten an postoperativen unerwünschten Ereignissen.

Die Mehrheit der Studien belegt für die Verwendung einer synthetischen Netzeinlage bei der Zystozelenbehandlung ein

niedrigeres Rezidivrisiko [3]. Die anatomische Erfolgsrate in dieser Studie war ähnlich jenen in anderen Studien mit vergleichbaren Follow-up-Zeiten: 79–95 % für Trokar-geführte Netzeinlage-Produktsysteme [4, 5] und 30–60 % für Kolporrhaphie [1].

Eine Netzeinlage führt zu einem trampolinähnlichen Erscheinungsbild der anterioren Vaginalwand, wodurch möglicherweise die Position des Blasenhalbes und der Harnröhre überkorrigiert wird und dies dann in Folge zu einem erhöhten Auftreten von Stressharninkontinenz bei NEG gegenüber KG führt.

Im Hinblick auf eine sexuelle Dysfunktion nach einer OP unter Verwendung von Netzeinlage-Produktsystemen sind die Ergebnisse widersprüchlich, manche Studien zeigen ein gesteigertes Risiko von Dyspareunie [6], andere keine Veränderungen [7] oder sogar eine Verbesserung [8]. In dieser Studie zeigte sich ein gesteigertes Risiko bei der NEG im Vergleich zur KG, obwohl im Allgemeinen die Zufriedenheit mit dem Sexualleben gleich war.

Die Rate an ernsthaften operativen Komplikationen im Zusammenhang mit der Verwendung der Netzeinlage war in dieser Studie mit 4 % ähnlich jener anderer Studien mit 3,4 bzw. 4,4 % [4, 9]. Die längere OP-Dauer, die häufigere intraoperative Zytoskopie und die höhere Frequenz von Blasenperforationen und pelvischen Hämorrhagien in Assoziation mit der Verwendung der Netzeinlagen sind konsistent mit der invasiveren Natur der Prozedur im Vergleich zur Kolporrhaphie.

Die Verwendung eines standardisierten Trokar-geführten Netzeinlage-Produktsystems bei einer operativen Zystozelenbehandlung führt im Vergleich zur traditionellen anterioren Kolporrhaphie zu einem höheren Behandlungserfolg bei der Wiederherstellung. Bei der Beratung hinsichtlich operativer Optionen sollten die Vorteile eines Netzeinlage-Produktsystems gegen die Nachteile höherer Raten an operativen Komplikationen und postoperativen adversen Ereignissen abgewogen werden.

Literatur:

1. Nguyen JN, Burchette RJ. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 891–8.
2. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, et al. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *Lancet* 2009; 374: 1105–12.
3. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 4: CD004014.
4. Elmer C, Altman D, Engh ME, et al. Trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 117–26.
5. Feiner B, Jelovsek JE, Maher C. Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG* 2009; 116: 15–24.
6. de Teyrac R, Deffieux X, Gervaise A, et al. Long-term anatomical and functional assessment of trans-vaginal cystocele repair using a tension-free polypropylene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 483–8.
7. Altman D, Elmer C, Kiilholma P, et al; Nordic Transvaginal Mesh Group. Sexual dysfunction after trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 127–33.
8. Sentilhes L, Berthier A, Sergent F, et al. Sexual function in women before and after transvaginal mesh repair for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 763–72.
9. Altman D, Falconer C. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapse repair. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 303–8.

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](#)