

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Aktuelles: Ergebnisse eines
Expertenmeetings: Empfehlungen zur
Rekonstruktion von
Beckenbodendefekten mit Proxima(R)**

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2012; 19 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 29-33

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



Ergebnisse eines Expertenmeetings: Empfehlungen zur Rekonstruktion von Beckenbodendefekten mit Prosima®*

Das vorliegende Konsensuspapier fasst die Ergebnisse eines Workshops zusammen, der am 19. August 2011 in Kassel stattfand. Teilnehmer waren Operateure der offiziellen Prosima®-Trainingszentren. Der interaktive Workshop hatte sich den Erfahrungsaustausch der Anwender des Prosima®-Verfahrens sowie die Erstellung eines Konsensuspapiers zum Ziel gesetzt. Alle interessierten Operateure sollen mit diesem Konsensus eine solide Basis für ihre derzeitige oder zukünftige Anwendung von Prosima® erhalten.

Zu den wichtigsten Prinzipien der Deszensus-therapie zählen die Verbesserung der Lebensqualität und die Zufriedenheit der betroffenen Patientinnen. So wichtig die Wiederherstellung der Beckenbodenanatomie natürlich ist, muss dennoch bedacht werden, dass letztendlich die funktionelle Wiederherstellung der ausschlaggebende Faktor für die verbesserte Lebensqualität der Patientin und somit für den Erfolg der Behandlung ist. Aus diesem Grund sollten operative Eingriffe nur dann erfolgen, wenn auch eine entsprechende klinische Symptomatik bzw. ein Leidensdruck vorliegt.

Synthetische Netze haben die Therapie des symptomatischen Prolapses deutlich verbessert. Doch nicht jedes Netzsystem ist auch für jede Patientin geeignet. Eine bedenkenlose Auswahl dieser alloplastischen Materialien und mangelnde Erfahrung des Operateurs können sich in hohen Komplikations- und Rezidivraten widerspiegeln. Daher stand der korrekte und indikationsgerechte Einsatz von Prosima® (Abb. 1) im Fokus des Expertenmeetings. Einhellige Übereinstimmung der teilnehmenden Ärzte bestand in den durchwegs positiven Erfahrungen mit diesem Netz-gestützten Verfahren. Hervorgehoben wurde vor allem, dass mit diesem Netz und dem Vaginal Support Device (VSD) nach sorgfältiger Diagnostik, bei klarer Indikationsstellung und unter Beachtung der Leitlinien [1] sehr gute Ergebnisse erzielt werden können.

Das Prosima®-Verfahren ist minimal-invasiv, ermöglicht eine absolut spannungsfreie Rekonstruktion und ist daher mit einem geringen Komplikationsrisiko assoziiert. Einen besonderen Benefit stellt das Netzsystem vor allem für Patientinnen mit geringervolumigen Defekten dar. Bei diesen Patientinnen ist der Einsatz großer Netze grundsätzlich mit einem relativ hohen Anteil an Fremdmaterial verbunden und daher eventuell überdimensioniert. Traditionelle Eingriffe wie eine Kollporrhaphie sind jedoch mit einem höheren Rezidivrisiko be-

haftet. Andererseits besteht aber aufgrund der Symptomatik und des Leidensdrucks durchaus Handlungsbedarf. Prosima® schließt diese therapeutische Lücke, indem es eine komplikationsarme und dauerhafte Alternative darstellt.

■ Das Prosima®-Konzept

Mit dem Prosima®-System können Beckenbodendefekte in standardisierter Vorgehensweise und aufgrund seiner geringen Größe in einem minimal-invasiven Eingriff anatomiegerecht behoben werden. Das Netz wird über den vaginalen Zugang eingebracht und kann je nach Lokalisation des Defektes anterior, posterior oder kombiniert eingesetzt werden.

Von allen verfügbaren aktuellen Beckenboden-Rekonstruktionssystemen ist Prosima® das einzige Netz, das eine tatsächlich vollständig spannungsfreie Korrektur bietet. Ermöglicht wird diese wirklich spannungsfreie Rekonstruktion durch das innovative vaginale Stützpressar Vaginal Support Device (VSD), das nach der Platzierung des Netzes in die Scheide eingebracht und während 3–4 Wochen getragen wird (siehe nächster Abschnitt).

Dadurch wird auf natürliche Weise eine Netzfixierung erreicht, ohne dass auf Dauer unnötiges Fremdmaterial wie nicht-resorbierbare Verankerungen, Nahtmaterialien oder Netzbestandteile in Bändern oder Muskeln zurückbleiben, die mit Dyspareunie und chronischen Schmerzen in Verbindung ge-

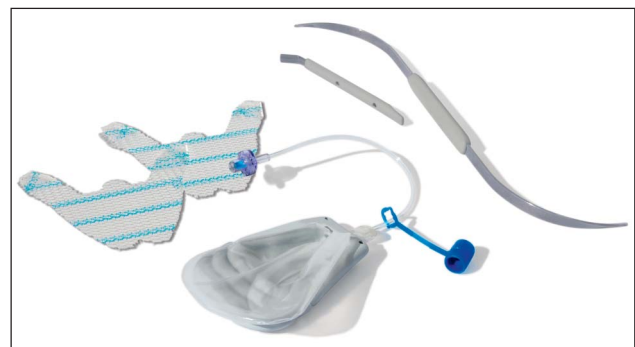


Abbildung 1: Das Prosima®-System zur Rekonstruktion von Beckenbodendefekten: Netz, vaginales Stützpressar Vaginal Support Device (VSD) mit Ballon, anteriorer und posteriorer Insert zur Applikation der Netzarme.

* Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von publimed Medizin und Medien GmbH aus GYNÄKOLOGIE aktuell, ein Supplementum zum FRAUENARZT, 52. Jahrgang, November 2011.

Das Supplement wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von Johnson & Johnson Medical GmbH, Ethicon Women's Health & Urology, 21244 Norderstedt. Der redaktionelle Inhalt dieses Supplements gibt die Meinung der Autoren wieder. Johnson & Johnson Medical GmbH, Ethicon Women's Health & Urology ist dafür nicht verantwortlich.

bracht werden können. Selbst eine Schrumpfung des Netzmaterials wäre unproblematisch, da das Netz nicht verankert ist und sich somit keine Spannung aufbauen kann.

In einer Studie wurde das Proxima®-Netz in einem Tiermodell implantiert, um die Ausreißkraft des Netzes im Verlauf der Gewebeeinsprossung zu untersuchen. Dabei zeigte sich, dass die Widerstandskraft innerhalb der ersten 21 Tage nach der Implantation rasch anstieg und danach konstant blieb (Abb. 2). Nach 3 Wochen überstieg die Widerstandskraft deutlich die Schwelle der Belastung, die bei Husten, Pressen und anderen Anstrengungen beobachtet wird [2]. Somit stabilisiert das VSD das Vaginalgewebe während der kritischen Wundheilungsphase, bis das Netz vollständig in das umliegende Gewebe eingewachsen ist. Danach wird das VSD entfernt und das Ergebnis ist eine effiziente Beckenbodenrekonstruktion, welche jeglichen körperlichen Belastungen standhält.

■ Die Bedeutung einer spannungsfreien Rekonstruktion

Das spannungsfreie Einbringen des Netzes wurde von den Teilnehmern des Konsensus-Meetings als ein relevanter Vorteil für die betroffenen Patientinnen erachtet. Denn eine dauerhafte Fixierung in Bändern und Muskeln wird mit chronischen Schmerzen im Becken und mit Dyspareunie in Verbindung gebracht. Zusätzlich kann eine Fixierung des Netzes auch zu übermäßiger Spannung führen, die durch eine mögliche Netzschumpfung sogar noch verstärkt werden kann. Kurz- und/oder langfristige Schmerzen und Dyspareunie können dann die Folge sein. Diese beiden Komplikationen sind in der Regel sehr schwierig zu behandeln und können die Lebensqualität der betroffenen Frauen erheblich beeinträchtigen.

■ Datenlage

Wissenschaftliche Studiendaten sowie praktische Erfahrungen im klinischen Einsatz des Proxima®-Systems belegen den dauerhaften therapeutischen Erfolg und das exzellente Sicherheitsprofil. Die 1-Jahres-Daten einer prospektiven, multi-zentrischen Kohortenstudie bei 136 Patientinnen bestätigen, dass das Proxima®-System im klinischen Alltag mit einer hohen Erfolgsrate verbunden ist. Die Studie wurde an Patientinnen mit symptomatischem Prolaps POP-Q Stage II und III nach ICS durchgeführt. Bei diesen Patientinnen befand sich der tiefste Punkt bis zu +3 cm und mehr unterhalb des Hymenalsaums.

Ein Jahr nach der Implantation des Proxima®-Netzes hatten 80,5 % der Frauen, die das VSD ≥ 21 Tage trugen, POP-Q-Stadium 0–I erreicht [3]. Der anatomische Erfolg und die apikale Unterstützung hielten über 2 Jahre an: Bei 85 % bzw. 84 % der Patientinnen lag eine Differenz von ≤ 2 cm nach 1 bzw. 2 Jahren vor. Bei 92,7 % bzw. 91,8 % war nach 1 bzw. 2 Jahren kein Absinken unterhalb des Hymenalsaums festzustellen, was auf einen nachhaltigen anatomischen Erfolg hinweist.

Außerdem hatten sich Symptomatik, Lebensqualität und Sexualfunktion signifikant ($p < 0,05$) verbessert. 70 % der Patientinnen, die vor dem Eingriff über Dyspareunie berichtet

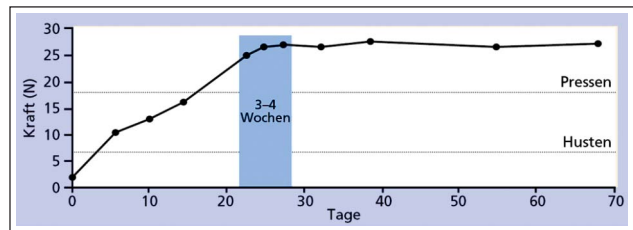


Abbildung 2: Verhältnis zwischen Ausreißkraft und Zeit für die Gewebeeinsprossung. Die mechanische Widerstandskraft durch Einheilung nach Implantation des Proxima®-Netzes stieg innerhalb der ersten 21 Tage nach der Implantation rasch an und blieb danach konstant (tierexperimentelle Untersuchung, Ausreißkraft aus dem Narbengewebe in Newton).

hatten, waren 2 Jahre nach der Proxima®-Implantation beschwerdefrei. Neun Frauen, die vor dem Eingriff nicht sexuell aktiv waren, nahmen ihr Sexualleben ohne *De-novo*-Dyspareunie wieder auf. Das bedeutet, dass sich auch eine vorbestehende Dyspareunie durch den Einsatz von Proxima® verbessern kann, sodass die Patientinnen nach der Prozedur wieder ein aktives Sexualleben aufnehmen können.

Die in der klinischen Studie nachgewiesenen hohen Erfolgsraten von Proxima® decken sich auch mit den persönlichen Erfahrungen des Expertengremiums.

■ Indikationen

Mit Proxima® kann ein breites Spektrum von Beckenbodendefekten behoben werden. Wie bei allen Maßnahmen zur operativen Deszensusbehandlung sollte die Indikation sorgfältig gestellt werden. Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, die am wenigsten invasive Operationsmethode anzuwenden und so wenig Fremdmaterial wie möglich einzusetzen, um die bestmöglichen Resultate zu erzielen. Das Proxima®-Verfahren bietet nun die Möglichkeit, auch geringervolumige Defekte mit einem Netz behandeln zu können. Hierbei handelt es sich um Defekte, für die ein großes Netzsystem zu viel Fremdmaterial beinhaltet und die üblicherweise mit klassischen Beckenbodenoperationen behandelt werden, obschon es innerhalb kurzer Zeit zu einem Rezidiv kommen kann. Insgesamt ergänzen sich die beiden Beckenboden-Rekonstruktionssysteme Proxima® und Prolift® + M und ermöglichen dem behandelnden Arzt eine patientenorientierte, individualisierte Behandlung. Die Indikationen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Ausschlaggebend für den differenzialtherapeutischen Einsatz von Proxima® bzw. Prolift® + M sind eine genaue Diagnose und sorgfältige Indikationsstellung. Wichtigste Kriterien sind das Volumen des prolabierte Gewebes und der individuelle Leidensdruck der betroffenen Patientin. Ein geringervolumiger Defekt spricht eher für den Einsatz von Proxima®, während ein sehr großvolumiger Defekt eine klassische Indikation für ein Prolift®-gestütztes Verfahren darstellt.

Auch laterale Defekte können mit Proxima® abgedeckt werden, da das Netz breit genug ist und von Beckenwand zu Beckenwand reicht. Das Proxima®-System bietet einen guten apikalen Support, da die Netzarme anterior und superior in Richtung Spina ischiadica geführt werden. Die apikale Unterstützung wird dadurch erreicht, dass die anterioren Netzarme

Tabelle 1: Differenzierte Indikationsstellung für netzgestützte Verfahren. Mit den Beckenbodenrekonstruktionssystemen Prosima® und Prolift® + M kann ein breites Indikationsspektrum von Beckenbodendefekten abgedeckt werden.

Indikation	Proxima®	Prolift® + M
Anteriores Kompartiment		
Bei hohem Rezidivrisiko im Primärfall	+	(+)
Medialer Fasziendefekt	+	(+)
Lateraler Fasziendefekt	(+)	+
Kombinierter Defekt II-II°	+	+
Kombinierter Defekt IV°*	klein-volumig (+)	groß-volumig ++
Kombination mit apikalem Defekt*	+	++
Überwiegend Lateraldefekt	(+)	+
Überwiegend medialer Defekt	+	(+)
Posteriores Kompartiment		
Primäre Rektozele**	–	–
Rezidiv-Rektozele	+	+
Enterorektozele Primärfall**	+	(+)
Enterorektozele Rezidiv	+	(+)
Isolierte Enterozele***	+	(+)
Besonderheiten anterior bzw. posterior		
Kurze Scheide	+	(+)
Enger Introitus	+	–
Aktives Sexualleben	+	+
Adipositas	(+)	+
Defektgröße	klein-volumig	groß-volumig
Lagerungsprobleme durch Bewegungseinschränkungen im Becken	++	(+)
* Zusatzeingriff gelegentlich sinnvoll		
** Im Primärfall Prosima® analog der Leitlinie, Prolift® + M bei hohem Rezidivrisiko		
*** Alternativ zu konventionellen OP-Verfahren		

hoch an den Obturator-internus-Muskeln haften, die posterioren Netzarme an den sakrospinalen Ligamenten. Durch diese Art der Netzplatzierung wird eine direkte Unterstützung gewährleistet. Zusätzlich kommt es durch die breite Netzfläche zu einer indirekten Unterstützung der oberen Vagina.

Das Prosima®-System eignet sich insbesondere bei sexuell aktiven Patientinnen sehr gut, da keine permanente Fixierung erforderlich ist und die Vagina somit sehr mobil bleibt. Weiterhin eignet sich das Prosima®-System sehr gut bei einer kurzen Scheide, einem engen Introitus und bei Patientinnen mit Lagerungsproblemen durch Bewegungseinschränkungen im Becken. Prosima® kann zudem bei Patientinnen mit sehr atropher Scheide eingesetzt werden. Bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko kann Prosima® im Einzelfall auch in der Primärsituation angewendet werden.

■ Wann ist Vorsicht geboten?

Vaginale Ulzerationen sollten vor Implantation von Prosima® behandelt oder bei der Prosima®-Operation exzidiert werden. Bei einer dauerhaften Kortikosteroidtherapie sowie bei Outletproblemen ist Zurückhaltung geboten. Stuhlschmierer, anale Inkontinenz und Intussuszeption sollten zunächst einer koloprok-

tologischen Abklärung unterzogen werden. Bei Patientinnen, bei denen ein Netzeingriff indiziert ist, die aber Antikoagulanzen einnehmen müssen, eignet sich Prosima® aufgrund der Möglichkeit einer minimal-invasiven Implantation besser als andere Netze.

■ Kontraindikationen

Kontraindikationen sind Erkrankungen wie unbehandelte vaginale Infektionen, Strahlentherapie oder geplante Chemotherapie sowie Kinderwunsch bei Frauen im gebärfähigen Alter.

■ Aufklärung der Patientinnen

Im Rahmen der präoperativen Aufklärung sollten die Frauen vor allem über die Funktion und die Vorteile des VSD informiert werden. In diesem Zusammenhang sollte ihnen erklärt werden, dass das Tragen des VSD ein Teil der Therapie ist. Es ist für einen optimalen Therapieerfolg notwendig. Je besser die Patientin aufgeklärt ist, desto eher ist sie bereit, das VSD oder damit assoziierte Beschwerden zu akzeptieren.

■ Antibiose und Östrogenisierung

Nach den Konsensusempfehlungen sollte präoperativ eine Antibiotikaprophylaxe mittels Single-Shot erfolgen. Postoperativ können zwei zusätzliche Antibiotikagaben in Erwägung gezogen werden. Bei vaginaler Atrophie wird vor dem Eingriff eine lokale Östrogenisierung für etwa 4–6 Wochen empfohlen.

■ Hysterektomie

Die Implantation des Prosima®-Netzes erfordert keine Hysterektomie. Diese bedarf einer eigenen Indikation.

Gerade bei unerfahrenen Operateuren erhöht eine Hysterektomie das Risiko von Netzerosionen, vor allem bei räumlicher Nähe der beiden Inzisionen.

■ Intraoperatives Vorgehen

Aufgrund der geringen Größe des Prosima®-Netzes kann der Eingriff minimal-invasiv unter Lokal- oder Allgemeinanästhesie durchgeführt werden.

■ Aquadisektion und Inzisionen

Die Aquadisektion des vesiko- oder rektovaginalen Raums kann die Präparation erleichtern, wird aber von den Experten nicht als Voraussetzung für den Eingriff angesehen. Sie kann durch eine direkte Injektion von 30–100 ml paravesikal und pararektal vorgenommen werden. In Bezug auf die Inzisionen sind T-förmige Schnittführungen zu vermeiden. Die Schnitte sollten entweder horizontal oder vertikal geführt und möglichst kurz gehalten werden. Von der Tiefe her sollten sie die gesamte Scheidenhaut durchtrennen. Scheidenhautresektionen sind zu vermeiden.

■ Präparation, Positionierung und Fixierungsnähte

Der Zugang erfolgt ausschließlich intravaginal, wodurch Schmerzen reduziert werden. Bei der Präparation sollte da-

rauf geachtet werden, die bilateralen Beckenwandstrukturen intakt zu lassen und die paravesikalen Räume nicht zu eröffnen. Die Präparation endet an der lateralen Fasziensstruktur. Die Gewebetunnel für die Netzarme sollen möglichst schmal präpariert werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die Inserter nur der Applikation der Netzarme dienen und nicht der Präparation der Kanäle. Sobald der Gewebetunnel fertig präpariert ist, wird das Netz eingebracht.

Bei der Rekonstruktion des anterioren Kompartiments liegt das Netz flach in der vesikovaginalen Ebene. Die Netzarme verlaufen in Gewebetunneln, die anterior und superior in Richtung Spina ischiadica geführt werden und so über dem Arcus tendineus zu liegen kommen und die Fascia parietalis des Musculus obturatorius internus berühren. Auch werden bilaterale Nähte neben dem Blasenhalss an der Vaginalfaszie und eine apikale Naht empfohlen. Dadurch soll verhindert werden, dass das Netz ungewollt disloziert. Bei der Rekonstruktion des posterioren Kompartiments liegt das Netz-implantat oberhalb der rektovaginalen Ebene; die Netzarme werden über dem jeweiligen Ligamentum sakrospinale platziert. Eine apikale Naht ist obligat. Für die Fixierungsnähte sollte resorbierbares Material, z. B. Vicryl oder PDS, verwendet werden.

Nach posteriorer Reparatur ist eine digitale rektale Untersuchung obligat. Das Material und die Technik für den Verschluss der Kolpotomie liegen im Ermessen des Operateurs.

Geweberaffung

Falls notwendig, kann eine kleine Geweberaffung erfolgen. Diese Raffung entspricht nicht der klassischen vorderen bzw. hinteren Kolporrhaphie und beeinflusst nach dem bisherigen Kenntnisstand das Operationsergebnis nicht. Bei größeren Defektvolumina kann eine solche Raffung das operative Vorgehen erleichtern, da das prolabierte Volumen dadurch verkleinert wird. Somit wird der Druck auf das Netz verringert und eine bessere Übersicht über das Operationsfeld ermöglicht. Zusätzlich bietet die Geweberaffung eine größere Sicherheit, da sich mehr Gewebe zwischen Netz und Hohlorganen befindet.

■ Vaginal Support Device (VSD)

Nachdem das Proxima®-Netz platziert und die Inzisionen verschlossen wurden, wird das VSD mit einem integrierten, aufblasbaren Ballon in die Vagina eingeführt. Das VSD wird allgemein von den Patientinnen gut toleriert; Nahtprobleme und Beschwerden sind selten. Es ist wichtig, das VSD an die Größe der Scheide zu adaptieren. Im Zweifelsfall sollte eine kleinere Größe verwendet werden. Die Größe des VSD korreliert nicht mit dem Behandlungserfolg. Zusätzlich muss das VSD in den oberen zwei Dritteln der Vagina, 1 cm oberhalb des Hymenalsaumes, platziert und mit zwei spannungsfreien Nähten fixiert werden. Potenzielle Beschwerden können so minimiert werden. Dabei sollte nicht-resorbierbares Nahtmaterial benutzt werden. Das VSD muss mindestens 21 Tage getragen werden (Abb. 2), um optimale Ergebnisse zu erzielen. Sollte das VSD während dieser Zeit verrutschen, kann es wieder eingenäht werden. Es ist als Bestandteil der Therapie anzusehen.

■ Ballon

Das Füllvolumen des Ballons ist an das Vaginalvolumen anzupassen. Um ein Prolabieren des Ballons vor die Vulva zu vermeiden, sollte er nicht zu prall gefüllt werden. Es reichen in der Regel 30–50 ml. Der Ballon ersetzt die postoperative Tamponade und wird 24 Stunden nach dem Eingriff zusammen mit dem Dauerkatheter entfernt. Ein leichter Gegendruck auf das VSD erleichtert die Entfernung des Ballons. Studienergebnissen zufolge bereitet das Entfernen des Ballons der Patientin weniger Schmerzen als das Entfernen einer Tamponade. Nach der ersten Spontanmiktions ist eine Restharnmessung obligat.

■ Postoperatives Management

Nach Entfernung des VSD kann eine lokale Östrogenisierung durchgeführt werden. Mobilisierung, Schonfrist, Schmerztherapie und die postoperativen Verlaufskontrollen erfolgen wie nach dem Einsetzen anderer Netzsysteme. In den ersten 4 Wochen wird körperliche Schonung empfohlen, danach können alltägliche Aktivitäten wieder aufgenommen werden. Während der ersten 6 Wochen postoperativ sollte keine Kohabitation erfolgen. Eine Schmerztherapie ist meistens nicht erforderlich. Postoperative Verlaufskontrollen durch den Operateur werden bei VSD-Entfernung nach 21–28 Tagen sowie nach 3 Monaten empfohlen. Weitere gynäkologische Kontrollen durch den betreuenden Frauenarzt werden in jährlichen Abständen für sinnvoll erachtet.

■ Komplikationen

Wegen des minimal-invasiven Eingriffs und des nur geringen im Körper zurückbleibenden Fremdkörperanteils ist das Proxima®-Verfahren sehr komplikationsarm. Falls Komplikationen auftreten, sollten sie analog der Komplikationsklassifikation, die auf dem Kongress von ICS/IUGA in Toronto in 2010 vorgestellt wurde, erfasst werden.

Schmerzen/Dyspareunie

Die Proxima®-Prozedur ist nur mit sehr geringen Schmerzen assoziiert, denn bei der minimal-invasiven Präparation werden keine großen Strukturen wie Muskeln und Ligamente verletzt. Durch die fixationslose Implantation des Netzes wird eine spannungsfreie Positionierung gewährleistet. Chronische Schmerzen im Becken und Dyspareunie als Folge einer dauerhaften Fixierung in Bändern und Muskeln sind daher mit Proxima® nicht zu befürchten.

Expositionen

Vaginale Expositionen können vorkommen und verschiedene Ursachen haben. Sie sind jedoch nicht als spezifische Komplikation des Verfahrens zu bewerten. Sie können bei jeder Art von Gewebeersatz mit Netz vorkommen. Die Exposition ist bedingt durch die Art der Präparation, die falten- und spannungsfreie Einlage des Gewebes. Das Netz muss unter der Faszie platziert werden. Die Kolpotomiewunden müssen so klein wie möglich bleiben, kein Trimmen der Scheidenwände. Eine T-Inzision der Scheide erhöht die Expositionsrate erheblich. Glücklicherweise sind die meisten Expositio-

nen klein – unter 5 mm. Sie sind deshalb gut konservativ und nur in wenigen Fällen operativ zu behandeln. Größere Expositionen zwischen 5 und 20 mm sollten nach Abklingen der Entzündung operativ saniert werden und sind in unseren Augen keine ernsthafte Komplikation. Eine Netzexposition in Harnblase und Rektum ist sehr selten, tritt meist kürzere Zeit nach dem Eingriff auf und kann am wahrscheinlichsten durch OP-technische Fehler erklärt werden.

Rezidiv-Deszensus und Prolaps nach Proxima®-OP

Nach der bisherigen Datenlage zeichnet sich das Proxima®-Verfahren durch eine niedrige Rezidivrate aus. Sollte dennoch ein Rezidiv auftreten, ist eine genaue Abklärung der Ursache notwendig, um die weiteren Therapieschritte zu bestimmen. Gründe für ein Rezidiv können falsche Indikationsstellung, fehlerhafte OP-Technik oder postoperatives Fehlverhalten der Patientin sein. Zu bedenken ist allerdings auch, dass eine Senkung im unbehandelten Kompartiment kein echtes Rezidiv darstellt.

■ Arbeitsgruppe

Dr. Wilhelm Adelhardt, Saarbrücken; Dr. Ralf Bentler, Kassel; Dr. Kurt Lobodasch, Chemnitz; Dr. Cornelia Müller, Brandenburg a. d. Havel; Prof. Dr. George Ralph, Leoben; Prof. Dr. Christl Reisenauer, Tübingen; Prof. Dr. Dirk Watermann, Freiburg.

Federführende Autoren: Dr. W. Adelhardt, Saarbrücken, und Dr. K. Lobodasch, Chemnitz.

Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Descensus genitalis der Frau – Diagnostik und Therapie. AWMF 015/006, August 2010; http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/1-3-2-descensus-2010.pdf.
2. Boukerrou M, Rubod C, Dedet B, et al. Tissue resistance of the tension-free procedure: what about healing? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 397-400.
3. Zyczynski HM, Carey MP, Smith AR, et al.; Proxima Study Investigators. One-year clinical outcomes after prolapse surgery with nonanchored mesh and vaginal support device. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 587.e1-8.

Weitere Informationen:

Johnson & Johnson AG

CH-8957 Spreitenbach, Rotzenbühlstrasse 55

Tel. +41 (0) 56 417 32 64, Fax: +41 (0) 56 417 35 75

E-Mail: gynecare@its.jnj.com



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](#)