

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Bericht vom
Urogynäkologie-Symposium der
Frauenklinik des Kantonsspitals
Aarau**

Schär G

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (4)

(Ausgabe für Schweiz), 29-30

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 UROGYNÄKOLOGIE-SYMPOSIUM DER FRAUENKLINIK DES KANTONSSPITALS AARAU

Zum ersten Mal fand das diesjährige Urogynäkologie-Symposium am 24. Oktober 2003 unter dem gemeinsamen Patronat der Frauenkliniken der Kantonsspitaler Aarau und Frauenfeld sowie der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie statt.

Renommierte Redner aus dem In- und Ausland informierten die Zuhörer über eine Vielzahl aktueller Themen aus der Urogynäkologie. Die ersten beiden Präsentationsblöcke standen dabei ganz im Zeichen der Deszensusoperationen, Diaphragma- und Kolpoperineoplastik. In kurzen Filmsequenzen zeigten J. Eberhard, H. Kölbl, A. Kuhn-Dörflinger und G. Schär die wichtigsten Schritte dieser beiden Operationen. Das Publikum konnte damit die Feinheiten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Operateuren erkennen und danach in sehr interessanten Round table-Gesprächen vertieft diskutieren. State of the art-Beiträge von E. Petri zur Diaphragmaplastik und H. Kölbl zur Kolpoperineoplastik stellten dabei das Gesagte und die Diskussion in den richtigen Zusammenhang. Aus den Präsentationen und den Diskussionen kann folgende Essenz herausgezogen werden:

Studien zu **Deszensusoperationen** entsprechen meistens nicht einem hohen Level der Evidence based medicine, sind sie doch schwierig zu planen und fast unmöglich, einer Randomisation zuzuführen. Damit scheint klar, dass gut strukturierte klinische Studien ohne Randomisation mit genügend grossen Patientenkollektiven genügen müssen. Aus dem Gesagten geht zudem hervor, dass eine genaue Kenntnis der Anatomie, insbesondere der Kenntnis der Defekte (zentraler oder paravaginaler Defekt bei der Zystozele), von grosser Bedeutung sind. Um richtige operative Entscheide fällen zu können, bedarf es zudem einer Gesamtsicht der Beckenbodendefekte, um Interaktionen zwischen verschiedenen Operationen erkennen zu können.

Bei der **Zystozele** (Abb. 1) sind sich alle einig, dass die Urethra nicht denudiert und keine Kelly-Stöckel-Nähte durchgeführt werden sollten. Bezüglich der Funktionalität und somit der Kontinenz reicht die Kontinenzrate von ca. 50 % nicht aus, um von einer Inkontinenzoperation zu reden. Vor Deszensusoperationen und insbesondere vor einer Diaphragmaplastik gilt es abzuschätzen, ob postoperativ eine Stressinkontinenz auftreten könnte. Der Repositionstest ermöglicht dabei zu erfassen, ob eine zusätzliche Inkontinenzoperation notwendig ist. Bei Kombinationsoperationen, wie dies zum Beispiel die Diaphragmaplastik und die TVT-Operation sein können, gilt es, darauf zu achten, dass getrennte Inzisionen für die beiden Eingriffe durchgeführt werden, um ein Verrutschen des TVT-Bandes gegen die Blase hin zu vermeiden.

Dass die **Korrektur der Rektozele** (Abb. 2) auch heute noch sehr unterschiedlich durchgeführt wird, zeigten die verschiedenen Ausführungen dazu. Trotzdem sind einige Dinge dazu heute klarer geworden. Die transvaginale Rektozelenkorrektur im Sinne der Kolpoperineoplastik hat deutliche Vorteile gegenüber dem transanal Vorgehen. Bei der Kolpoperineoplastik sollen die perirektalen Bindegewebsstrukturen und die endopelvine Faszie gefasst und gerafft werden. Zudem soll der Introitus durch adäquates Vereinen des linken und rechten Perineumkörpers auf ein normales Mass verengt werden.

Vermieden werden sollen Stufenbildungen hinter dem Damm, indem auch gegen proximal hin das Bindegewebe gefasst und in der Mittellinie vereint wird. Unklar ist auch heute noch, ob die mediale Vereinigung der Levatoreschenkel von Bedeutung ist. Eine interessante Variante besteht sicherlich in der Kolpoperineoplastik unter Lokalanästhesie. Dass dies machbar ist, zeigte die Präsentation von A. Kuhn-Dörflinger.

Auch die Verwendung der Netze oder Meshes für die Beckenbodenchirurgie wurde lebhaft diskutiert. Hauptindikation findet die Verwendung von Meshes in Rezidiv-Situationen. Zudem wissen wir, dass grossporige monofile Netze, wie es z. B. die Prolene-Netze sind, am besten bezüglich Verträglichkeit, Komplikationen und Stabilität geprüft sind.

Alle Referenten waren sich einig, dass eine adäquate und sorgfältige Indikationsstellung für den Erfolg der Beckenbodenchirurgie von grosser Bedeutung ist. Dazu gehören natürlich auch die sorgfältige präoperative Abklärung, die lokale Östrogenisierung sowie das Ausschöpfen der konservativen Therapieschritte.

Am Nachmittag wurde über **neue Techniken** und die **heutige Situation bezüglich Geburt, Sektio und Beckenboden** diskutiert.

Aus dem Referat von D. Perucchini über das posteriore IVS nahmen die Gäste folgende Kernaussagen mit

Abbildung 1

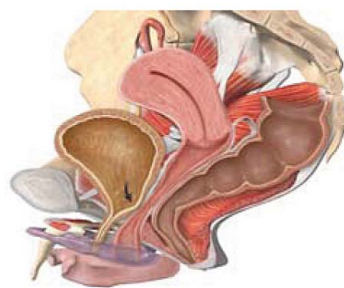
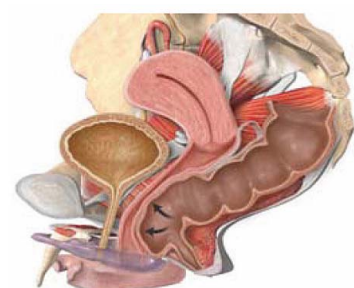


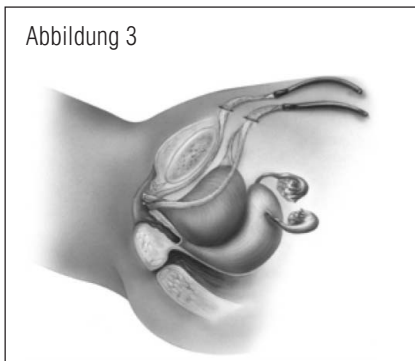
Abbildung 2



nach Hause: Das **posteriore IVS** ist eine zunehmend häufiger angewendete Technik, um den Vaginalstumpfp prolaps operativ zu versorgen. Die IVS-Schlinge gilt dabei gleichsam als Ersatz für die Ligamenta sacrouterina. An die Schlinge wird der Apex vaginae fixiert. Obwohl die Technik zunehmende Ausbreitung erfährt, fehlen bisher noch reproduzierbare und aussagekräftige Studien dazu. In der Diskussion wurde auf die Wirkung, wie auch auf die Komplikationen eingegangen. Gerade bezüglich Komplikationen ist die Datenlage noch zuwenig klar.

D. Sarlos präsentierte die Aarauer Erfahrung mit der postoperativen adjustierbaren **Schlinge «Remeex»**. Remeex ist ein dem TVT verwandtes Band, welches aber am ersten postoperativen Tag justiert wird, um an der stehenden Frau die präzise Elevationshöhe bestimmen zu können. Gemäss den Publikationen, aber auch den Aarauer Erfahrungen, wurde dem Publikum klar, dass das Remeex bei komplexen Situationen wie hypotoner Urethra, präoperativen Miktionsstörungen oder hypomobiler Urethra indiziert sein könnte. Die Daten sind zwar vielverspre-

Abbildung 3



chend, wenn man die komplexen Inkontinenzsituationen der verschiedenen nachkontrollierten Kollektive sieht, die Datenlage ist jedoch noch zu wenig weit gediehen und muss weiterhin überprüft werden.

Wie schon vor zwei Jahren berichtete C. G. Nilsson über **Nachkontroll-daten zum TVT**, damals Daten nach 5, heute **nach 7 Jahren**. Die Organisatoren freute dabei ganz besonders, dass diese Daten erstmalig und exklusiv an diesem Symposium präsentiert wurden. Mit 700'000 durchgeführten Eingriffen ist das TVT (Abb. 3) sicherlich der weltweite Marktführer. Nilsson wies wie vor zwei Jahren darauf hin, dass – wer sich an die genauen Richtlinien der TVT-Operation hält – sicherlich geringe Komplikationsraten aufweisen kann. Aus dem Helsinki-Kollektiv, wie aber auch aus dem finnischen Gesamtkollektiv geht hervor, dass schwere Komplikationen nicht existierten. Blasenperforationen treten in etwa 3–4% der Fälle auf.

Die Analyse der Langzeitdaten der Kliniken Helsinki, Stockholm und Upsala zeigen Heilungsraten nach 7 Jahren von 81 %. 16 % zeigten eine Besserung und 2,5 % mussten als Misserfolg betrachtet werden. Interessant zu sehen war auch die Kostenanalyse, welche aufzeigte, dass das TVT billiger ist als die laparoskopische und deutlich billiger als die offene Kolposuspension. Mit einer Rate von Gebesserten und Geheilten von 95 % entspricht das TVT den Daten offener Kolposuspensionen. Dabei besticht die Kosteneffizienz, die niedrige Komplikationsrate und die minimale Invasivität – Informationen, welche wir seit Jahren vorlie-

gen haben, jetzt aber erneut bestätigt wurden und den Siegeszug der Schlingenoperationen erklären.

V. Geissbühler präsentierte zum Schluss des Symposiums Daten zur Frage des **Einflusses der Spontangeburt und der Sektio auf den Beckenboden**. Die Ausführungen zeigten sehr schön, dass nicht nur die Geburt ein mögliches Beckenbodentrauma darstellen kann, sondern dass auch der Alltag, sportliche Aktivitäten, Obstipation, die Alterung oder genetische Faktoren als Ursache anerkannt sind. Höchst interessant waren auch die Daten bezüglich Dyspareunie- und Stressinkontinenzrate nach Sektio. Gerade diese Daten zeigten auf, dass die Sektio diesbezüglich eher schlechter abschneidet als die vaginale Geburt. Sicherlich gibt es hier noch viele Daten aufzuarbeiten und zu lernen, wie nebst der somatischen Situation auch die Auswirkungen auf die Psyche und die Verarbeitung eine grosse Rolle spielen. Auf überzeugende Weise konnte V. Geissbühler zeigen, dass die Spontangeburt weiterhin ihren ganz wichtigen Platz hat und die Datenlage nicht so klar ist, dass wir der Sektiorate einen weiteren Vorschub leisten müssen.

Die Organisatoren schauen dank den vielen positiven Rückmeldungen zufrieden auf das Aarauer Urogynäkologie-Symposium zurück und freuen sich auf das nächstjährige Symposium, welches dann gemäss jährlichem Turnuswechsel am 22. Oktober 2004 in Frauenfeld (Kartause Ittingen) stattfinden wird.

PD Dr. med. G. Schär, Chefarzt, Frauenklinik, Kantonsspital Aarau

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](#)