

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Abstracts der Wissenschaftlichen
Sitzung - XIV. Symposium der
Arbeitsgemeinschaft für
Urogynäkologie und Rekonstruktive
Beckenbodenchirurgie Österreich
28. November 2003**

**Universitätsklinik für
Frauenheilkunde Innsbruck**

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2004; 11 (1)
(Ausgabe für Österreich), 45-52*

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2004; 11 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 45-50*

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2004; 11 (1)
(Ausgabe für Deutschland), 43-48*

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



ABSTRACTS DER WISSENSCHAFTLICHEN SITZUNG – XIV. SYMPOSIUM DER ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR UROGYNÄKOLOGIE UND REKONSTRUKTIVE BECKENBODENCHIRURGIE ÖSTERREICH, 28. NOVEMBER 2003, UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE INNSBRUCK

XIV. SYMPOSIUM
DER ARBEITSGE-
MEINSCHAFT FÜR
UROGYNÄKOLOGIE
UND
REKONSTRUKTIVE
BECKENBODEN-
CHIRURGIE
ÖSTERREICH

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie Österreich in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck und der Ärztekammer für Tirol

Sitzungsleitung:
K. Tamussino, G. Häusler

TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) UND VAGINAEFIXATIO SACROSPINALIS BEI DER OPERATIVEN BEHANDLUNG DES GENITAL-PROLAPS BEI PATIENTINNEN MIT DEMASKIERTER ODER MASKIERTER STRESSHARNINKONTINENZ: KOMBINATIONSEINGRIFF ODER ZWEIZEITIGES VORGEHEN?

G. Naumann, H. Kölbl
Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Deutschland

Ziele der Studie: Der Prolaps von Vagina und Uterus ist oft begleitet von einer offenen oder maskierten Stressharninkontinenz. Eine alleinige operative Sanierung des Deszensus kann dann zu einem Auftreten bzw. Persistieren einer Harninkontinenz mit Leidensdruck für diese Frauen führen. In dieser prospektiven Studie analysierten wir die Ergebnisse nach Kombinationseingriff TVT und Vaginaefixatio sacrospinalis bei Patientinnen mit Prolaps und offener oder maskierter Stressharninkontinenz.

Methoden: Von Februar 2000 bis Dezember 2002 wurden 37 Patientinnen (mittleres Alter 66 [43–80] Jahre, 2 [0–6] Entbindungen) aufgrund eines Genitalprolaps und maskierter oder offener Stressharninkontinenz mittels TVT-Plastik und Vaginaefixatio sacrospinalis operiert. Bei zusätzlichen Defekten der vorderen und/oder hinteren Vaginalwand (n = 24) erfolgte zusätzlich eine Kolporrhaphia anterior bzw. posterior. Zudem erfolgte bei 11 Frauen (29,7 %) eine vaginale Hysterektomie, bei 26 Patientinnen (70,3 %) war in der Vergangenheit bereits eine Hysterektomie durchgeführt worden. Alle Patientinnen unterzogen sich einer komplexen urogynäkologischen Abklärung präoperativ und 19,7 (3–37) Monate postoperativ. Hierbei

erfolgte eine gynäkologische Untersuchung mit klinischem Stresstest in liegender und stehender Position, Restharnbestimmung, Ausschluss eines HWI sowie die urodynamische Komplexmessung mit Uroflowmetrie, Zystometrie und Messung des Urethradruckprofils (Andromeda, Unterhaching). Zudem wurde jeweils eine Introitussonographie (Toshiba) durchgeführt. Eine maskierte Stressharninkontinenz wurde durch Reposition des Prolaps beim klinischen Stresstest und bei der Messung des Urethradruckprofils ermittelt. Die Patientenzufriedenheit wurde über Fragebogen von 0 % (völlig unzufrieden) bis 100 % (vollkommen zufrieden) ausgewertet.

Ergebnisse: Bei 14 Patientinnen (37,8 %) wurde präoperativ eine maskierte Stressharninkontinenz aufgedeckt, während 23 Frauen eine offene Inkontinenz bei der urogynäkologischen Abklärung aufwiesen. Bei 8 Frauen (21,6 %) zeigten sich Blasenentleerungsstörungen mit einem Restharn über 100 ml präoperativ. Alle Kombinationseingriffe wurden erfolgreich durchgeführt, lediglich Detektion einer Blasenperforation, die intraoperativ erkannt und beseitigt wurde. Bei 15 Frauen (40,5 %) trat postoperativ eine Harnwegsinfektion auf. Bei 5 Patientinnen (13,5 %) war ein prolongiertes Blasentraining aufgrund RH-Werte > 100 ml erforderlich. In zwei Fällen (5,4 %) wurde ein Durchtrennen des TVT-Bandes aufgrund einer ausgeprägten Obstruktion notwendig, bei einer Patientin zeigte sich dann wieder eine milde Inkontinenz Grad I. Von 37 Frauen waren postoperativ 29 Frauen (78,4 %) kontinent, 7 Frauen (18,9 %) zeigten eine milde Stressharninkontinenz Grad I und eine Patientin (2,7 %) wies eine Überlaufinkontinenz auf. 10 Patientinnen (27,0 %) klagten postoperativ über de-novo-urgency-Symptome, 5 Patientinnen (13,5 %) zeigten RH-Werte > 100 ml. Im Rahmen der postoperativen urogynäkologischen Evaluierung zeigte sich in allen Fällen eine gute Fixation des Vaginalstumpfes, Rezidivzystozelen Grad II fanden sich in 9 Fällen (24,3 %) und Rektozelen Grad II in 5 Fällen (13,5 %).

Im Vergleich der Patientinnen mit offener und maskierter Stressharninkontinenz zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich postoperativen RH-Werten, Harnwegsinfektionen, de-novo-urgency und Ergebnis der Beckenbodenrekon-

struktion. Patientinnen mit einer offenen Stressharninkontinenz zeigten eine postoperative Kontinenzrate von 69,6 %, bei Patientinnen mit einer maskierten Inkontinenz 92,9 %. Die Auswertung der Daten hinsichtlich der Selbsteinschätzung der urethrovesikalen, anorektalen und vulvovaginalen Funktionen zeigte eine deutliche Besserung der Zufriedenheit (urethrovesikal 47 % präoperativ zu 72 % postoperativ, anorektal 73 % zu 82 %, vulvovaginal 46 % zu 81 %).

Schlußfolgerungen: Kombinationseingriffe zur Beseitigung von Prolaps und Stressharninkontinenz mit Hilfe von Vaginaefixatio sacrospinalis und TVT-Plastik stellen sichere und erfolgreiche Operationen dar. Die vorliegenden Ergebnisse rechtfertigen ein einzeitiges Vorgehen bei der operativen Behandlung von Prolaps und Inkontinenz, unabhängig vom Vorliegen einer offenen oder maskierten Stressharninkontinenz. Auch wenn gegenwärtig gesundheitsökonomische Bestrebungen eher ein zweizeitiges Vorgehen favorisieren, sollte im Interesse der Patientin immer die Möglichkeit eines Kombinationseingriffes geprüft werden.

LAPAROSKOPISCH ASSISTIERTE ZYSTOZELENKORREKTUR MIT TVT-BAND

O. M. Schlarp, W. A. Hübner
Urologische Abteilung, Humanis-Klinikum Korneuburg

Einleitung: Ausgeprägte Zystozelen sind eine häufige Ursache für obstruktive Miktionsbeschwerden, manchmal begleitet von Belastungsinkontinenz. An operativen Korrekturmöglichkeiten stehen der vaginale und der abdominelle Zugangsweg zur Verfügung. Laparoskopische Techniken kommen immer öfter zum Einsatz. Ebenso vielfältig wie der Zugangsweg sind auch die verwendeten Materialien. Wir verwendeten zum ersten Mal eine neue Technik mit einem Prolene-Band, das unter laparoskopischer Sicht von vaginal her so eingebracht wird, daß eine optimale Fixation der Zystozele gewährleistet wird.

Material und Methode: Zu Beginn der Operation werden zur Schienung der Ureteren bds. Ureterenkatheter einge-

legt. Anschließend erfolgt die Erzeugung eines Pneumoperitoneums über den Nabel mittels Verresnadel, ein zweiter Arbeitsport wird suprasymphysär gestochen, um Manipulation am Darm zu ermöglichen. Anschließend erfolgt ein querer Schnitt an der Vaginalvorderwand, ähnlich dem einer Schlingenoperation, nur im Bereich der Zystozele hinter dem Trigonum der Blase. Mittels der Trokare eines TVT-Bandes (Gynecare) wird nun unter zystoskopischer Sicht zwischen den beiden Harnleitern hindurch submukös entlang der Blasenwand präpariert und anschließend unter laparoskopischer Sicht unter sorgfältiger Schonung des Darmes ein Prolene-Band nach intraperitoneal eingebracht und suprasymphysär ausgestochen. Im Gegensatz zur üblichen spannungsfreien Technik bei der Korrektur der Stressinkontinenz wird nun solange Zug auf das Band ausgeübt, bis eine zufriedenstellende Korrektur der Zystozele erreicht ist.

Resultate: Wir behandelten bisher 6 Patienten mit dieser neuen Methode (Medianes Alter: 74). Medianer Nachbeobachtungszeitraum: 18 Monate (2–22). Voroperationen: 2 x Raz-Nadelsuspension, 1 x Burch und Hysterektomie. Inkontinenzgrad präop.: 3 kontinent, 1 Grad I, 1 Grad II, postop.: Alle kontinent. Zystozelengrad präop.: 3 x Grad III, 1 x Grad I, 1 x Grad II, postop.: kein Patient hatte bis jetzt ein Rezidiv. Mediane OP-Zeit: 120 min (80–134). Intraoperative Komplikationen: 4 x Korrektur der Stichrichtung nötig. Postoperative Komplikationen: 1 x Hydronephrose (passagere Splintung), 1 Banddislokation (Bandexplantation). Medianer Spitalsaufenthalt: 8 Tage. Medianer Restharn: präop.: 104 ml (0–370), postop.: 0 ml (0–30).

Zusammenfassung: Die laparoskopisch assistierte Zystozelenkorrektur mit TVT-Band stellt eine neue einfache Alternative zu gängigen Therapieverfahren dar. Die bisherigen Frühdaten zeigten ein zufriedenstellendes funktionelles Ergebnis. Langzeitergebnisse müssen jedoch noch abgewartet werden.

OPTIMALE MANSCHETTENIMPLANTATION DES ARTIFIZIELLEN SPHINKTERS AMS- 800 AM BLASENHALS BEI WEIBLICHER SPHINKTERINSUFFIZIENZ

G.-M. Pinggera, Ch. Gozzi, G. Bartsch,
P. Rehder
Universitätsklinik für Urologie,
Innsbruck

Fragestellung: Optimierbarkeit der Implantationstechnik eines künstlich-hydraulischen Sphinktersystems (American Medical System 800) am Blasenhalshals bei weiblichem Sphinkterdefizit. Selbst bei exakter Präparierung und Darstellung der anatomischen Verhältnisse, insbesondere der endopelvinen Faszie lateral am Blasenhalshals zeigt sich der chirurgische Schritt der Harnröhrenunterfahrung im Bereiche des urethrovesikalen Winkels komplikationsträchtig bei einer konkomittanten Beckenbodenlähmung.

Methode: 10 konsekutiven Pat. (mittleres Alter: 34 Jahre, Range 18–81) mit Myelomeningozele (MMC), Harninkontinenz u. Beckenbodenlähmung (BBL) wurden in einer prospektiven Studie ein AMS-800-Sphinkter implantiert und evaluiert. Besonderes Augenmerk wurde der exakten Manschetten-Positionierung gewidmet. Zur genauen Beurteilung der anatomischen Verhältnisse wurde ein transvesikaler Zugang erarbeitet. Der Zeitraum des Follow-up betrug 6 bis 42 Monate.

Ergebnisse: Allen 10 Pat. wurde ein AMS-800-Sphinktersystem von einem erfahrenen Operateur implantiert; abgesehen von einem Fall, komplikationsloser peri- u. postoperativer Verlauf. 9/10 Pat. litten an einer ausgeprägten BBL bei MMC, bei einer weiteren bestand ein St. p. hinterer Exenteration bei pelvinem Rhabdomyosarkom. In 50 % erfolgte eine erstmalige Sphinkterimplantation, während in den restlichen Fällen ein Austausch eines defekten Systems durchgeführt wurde. 80 % der Patienten hatten = 3 abdominelle Voroperationen. Mit Ausnahme des ersten Falles erfolgte eine transvesikale Eröffnung der Harnblase. Bei dieser ersten Patientin zeigte sich postoperativ eine Harnröhrenblutung, zystoskopisch wurde eine Harnröhrenerosion diagnostiziert, so daß eine se-

kundäre Explantation erfolgte. Daher wurde in allen anderen Fällen die Operationsmethode bei Neuimplantation eines AMS-800 dahingehend modifiziert, daß zur exakten Manschettenplatzierung die Harnblase elektiv eröffnet wurde. Hierbei zeigte sich jeweils ein blander postoperativer Verlauf. Lediglich bei Operationen des Sphinkterwechsels wurde die Harnblase nicht elektiv eröffnet. Die stationäre Aufenthaltsdauer verlängerte sich nicht durch den vesikalen Zugang. Alle Patienten hatten in den Follow-up's Harnblasenkapazitäten im Rahmen der Norm, Trockenheit (tags- und nachtsüber, „no drop“) wurde in allen Fällen bei deutlich verbesserter Lebensqualität erzielt. Laborchemisch sowie in der Bildgebung (US +/-od AUG) kein Hinweis für renale Mitbeteiligung.

Schlußfolgerung: Bei Patienten mit BBL findet sich eine veränderte Anatomie mit Tiefertreten der Beckenorgane inkl. des Blasenhalshalses. Dies kann selbst für einen erfahrenen Chirurgen die exakte Beurteilung des Blasenhalshalses erschweren. Die korrekte Platzierung der Sphinktermanschette ist zur Vermeidung postoperativer Komplikationen essentiell. Der transvesikale Zugang zeigte sich in dieser Studie komplikationslos, gewährleistet allerdings dem Operateur eine bessere Exposition zur bestmöglichen Manschettenpositionierung.

ERFAHRUNGEN MIT DEM POSTERIOREN IVS (INFRACOCYGEALE SAKROPEXIE) ALS ZUSATZEINGRIFF

G. Hartmann
KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Die infracoccygeale Sakropexie wurde von Petros in Australien entwickelt. Diese Methode stellt eine Ergänzung des Operationsspektrums der Scheiden(stumpf-) fixation beim hohen posterioren Defekt mit Enterozelenbildung dar. Positive Einflüsse auf Detrusorinstabilitäten (Urge) wurden beschrieben.

Seit Jänner 2003 wurde diese Operationsmethode an unserer gynäkologischen Abteilung am KH der Barmherzigen Schwestern in Linz an insgesamt 20 Patientinnen durchgeführt. Die Indikations-

stellung war ausgehend von einem Scheidenblindsackvorfall mit Enterozelenbildung das zusätzliche Vorhandensein einer geringgradigen Urge- oder Mischinkontinenz; verglichen mit den von Petros und Farnsworth beschriebenen Indikationen also relativ eng gestellt. Die Operationsmethodik bezüglich der IVS-Implantation hielt sich streng an die von Prim. Abendstein aus Hall in Tirol erlernten Vorgaben. Lediglich die Raffung des hinteren Kompartiments mit Perineoplastik wurde in der uns gewohnten und seit Jahren erfolgreichen Art ohne Interponat durchgeführt.

Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen lag bei 63 Jahren, die älteste Patientin war 76 Jahre alt. 95 % der Frauen waren bereits vaginal voroperiert. Generell wurde präoperativ eine lokale Östrogenisierung verordnet. 70 % der Frauen wurden primär konservativ in bezug auf die Urge- bzw. Mischinkontinenz therapiert. Präoperativ wurde die urodynamische Untersuchung wiederholt. Die Eingriffe erfolgten in Allgemeinnarkose, die Operationsdauer variierte je nach Gesamteingriff: Es wurden Kombinationen aus vaginaler HE (mit und ohne vorderer bzw. hinterer Kolporrhaphie mit Perineoplastik) und Implantation des posterioren IVS durchgeführt. Auf die gleichzeitige Verwendung eines ventralen IVS oder TVT wurde bewußt verzichtet.

Es kam zu keiner intraoperativen Komplikation wie verstärkter Blutung oder Organläsion. Unmittelbar postoperativ litt eine Patientin an Harnverhaltung, was auf eine Überkorrektur der vorderen Kolporrhaphie am Blasenhalshin zurückzuführen war. Dies konnte ebensowenig als Komplikation aufgrund des posterioren IVS gewertet werden, wie die bei 2 Patientinnen aufgetretenen postoperativen Harnwegsinfekte. Bei einer Patientin wurde bei der Entlassungsuntersuchung ein Hämatom am Scheidenblindsackende beschrieben, welches spontan abheilte. Die postoperative Aufenthaltsdauer betrug im Mittel 6 Tage. Dies ergab sich hauptsächlich aus dem Blasen-Training nach suprapubischer Ableitung.

Die Erfolgsraten bzgl. der Urge- bzw. Mischinkontinenz lagen postoperativ, sowie bei den Routinekontrollen nach 6 und 12 Wochen bei sehr befriedigenden

80 %. Es bildete sich bis dato ein Rezidivdescensus nach 3 Monaten. Dabei handelte es sich um eine bereits multipel voroperierte Patientin (präop. 2 Rezidive nach Kolporrhaphien und sakrospinaler Fixation nach Amreich-Richter). Wenig befriedigend scheint die hohe Rate an Arrosionen (3/20) im Bereich des IVS am Scheidenblindsack. Die Patientinnen kamen ca. 4 Wochen postoperativ mit vermehrtem Fluor vaginalis bzw. Schmierblutungen in ambulante Betreuung. Nach frustrierten konservativen Therapieversuchen erfolgte die einfache Resektion des überständigen Bandmaterials in der Ambulanz. Spätestens nach 2 Wochen war der SBS ausgeheilt und der Behandlungserfolg des post. IVS trotz der Komplikation gewährleistet.

Aus unserer Sicht handelt es sich bei der Implantation des posterioren IVS mit oder ohne Zusatzeingriff um eine relevante Alternativ-Methode zur Rekonstruktion der funktionalen Integrität des Beckenbodens. Die natürliche Beweglichkeit der Scheide bleibt besser als bei sakrospinalen Fixationsmethoden erhalten und die präoperativ vorliegenden Symptome der Urge- oder Mischinkontinenz niedrigen Grades können in den meisten Fällen behoben werden. Nachteilig bleibt zu erwähnen, daß es sich nicht wirklich um eine minimal-invasive Methode handelt, die zumal teurer ist als herkömmliche Fixationsverfahren. Da rezent kaum Studien mit Auskunft über Mittel- bzw. Langzeitergebnisse vorliegen, scheint die Initiierung einer prospektiv randomisierten, multizentrischen Studie, eventuell analog der TVT-Erhebung, sinnvoll.

ENTWICKLUNG UND VALIDIERUNG EINES MESSINSTRUMENTES ZUR ERHEBUNG DER LEBENSQUALITÄT (LQ) BEI PATIENTINNEN NACH INKONTINENZ-OPERATIONEN

V. Bjelic-Radisic, M. Dorfer,
K. Tamussino, F. Moser, E. Greimel
Universitätsfrauenklinik Graz

Hintergrund: Die LQ-Forschung hat in den letzten Jahren eine Vielzahl von Meßinstrumenten zur Erfassung der LQ entwickelt. Die meisten Instrumente er-

fordern für die Evaluierung von Outcomes mehrere Erhebungszeitpunkte. Aus ökonomischen Gründen (Compliance, geringerer Zeitaufwand, Drop-outs) besteht in der klinischen Praxis Bedarf nach Instrumenten, mit denen man mit einer einmaligen Messung LQ-Daten zuverlässig erheben kann. Ziel der Studie ist die interkulturelle Adaptierung eines im anglo-amerikanischen Sprachraum entwickelten Fragebogens zur Erfassung der LQ von Patientinnen nach gynäkologischen Eingriffen.

Methode: Der Menorrhagia Outcome Questionnaire (MOQ Lamping, 1998) wurde für Stressinkontinenz anhand der EORTC Quality Life Group Richtlinien adaptiert. Die Entwicklung der deutschen Version umfaßte folgende Schritte:

- Vorwärts-Rückwärtsübersetzung des Fragebogens
- Krankheitsspezifische Anpassung der Fragen an die Inkontinenzsymptomatik
- Expertenbeurteilung
- Pilot-Testung
- Validierung

Ergebnisse: Die englische Version des Fragebogens wurde ins Deutsche übersetzt und unabhängig von zwei „Native speakers“ mit guten Deutschkenntnissen rückübersetzt. Die Rückübersetzungen ergaben eine gute Übereinstimmung mit der Originalversion. Zur inhaltlichen Anpassung an die krankheitsspezifische Symptomatik wurde der übersetzte Fragebogen von fünf urogynäkologischen Experten/innen beurteilt. Insgesamt wurden fünf Fragen modifiziert, zwei krankheitsspezifische Fragen hinzugefügt und eine Frage weggelassen. Zur Überprüfung der Verständlichkeit wurde eine Pilot-Testung mit zehn Patientinnen, die wegen Inkontinenz operiert wurden, durchgeführt. Der adaptierte Fragebogen (Incontinence Outcome Questionnaire, IOQ) ist für die meisten Patientinnen gut verständlich und zur Evaluierung der LQ in der klinischen Praxis geeignet.

Schlußfolgerung: Mit dem Incontinence Outcome Questionnaire steht ein Instrument zur Verfügung, mit dem es möglich ist, die LQ zu einem beliebigen Meßzeitpunkt postoperativ zu erheben. Geplant ist die Validierung des Fragebogens in einer internationalen Arbeitsgruppe.

LEBENSQUALITÄT BEI FRAUEN NACH TVT-OPERATION – VORLÄUFIGE ERGEBNISSE

V. Bjelic-Radusic, J. Haas, M. Dorfer,
K. Tamussino, F. Moser, E. Greimel
Universitätsfrauenklinik Graz

Hintergrund: Ziel von urogynäkologischen Eingriffen wie der TVT-Operation ist es, Lebensqualität (LQ) zu verbessern. Wir verglichen objektive Parameter vor und nach Inkontinenz-Operationen mit den LQ-Daten der Patientinnen.

Methode: Die Erhebung der LQ-Daten erfolgte mit dem King's Health Questionnaire (deutsche Version) zu drei Zeitpunkten: präoperativ, 3 Monate postoperativ und 1 Jahr nach der TVT-Operation bei Patientinnen mit Stressinkontinenz II. oder III. Grades. Die präoperative und 1-Jahreskontrolle umfaßte urogynäkologische Anamnese, klinische Untersuchung, Zystometrie, Zystoskopie und klinischer Stresstest. Drei Monate nach der Operation wurden eine klinische Untersuchung, Zystoskopie und klinischer Stresstest durchgeführt.

Ergebnisse: Bisher wurden 88 Frauen in die Studie eingeschlossen, wovon 47 bisher statistisch ausgewertet wurden. Präoperativ gaben 40 Frauen (85 %) starke Beeinträchtigungen der LQ durch die Harninkontinenz an, verglichen mit 18 % postoperativ ($p < 0,05$). Subjektiv berichteten 32 (69 %) der Frauen von einer Verbesserung der LQ, objektiv waren 37 Frauen (79 %) kontinent.

Schlußfolgerung: Die Behebung der Stressinkontinenz durch die TVT-Operation führte zu einer signifikanten Verbesserung der LQ, oft auch bei Persistenz des Inkontinenzbeschwerden nach 3 Monaten.

EFFEKT VON TVT AUF DIE URETHRALE VERSCHLUSSFUNKTION

D. Kölle, H. Lunzer, R. Thoma,
J. Windisch, Ch. Marth
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Innsbruck

Fragestellung: Die Stressinkontinenz beruht auf insuffizienter urethraler Verschlussfunktion bedingt durch entweder Hypermobilität der Urethra und/oder intrinsische Sphinkterschwäche. TVT als Anti-Stressinkontinenzoperation sollte daher die urethralen Verschlussparameter verbessern und die Urethra stabilisieren.

Methodik und Patientinnen: Wir führten eine Kohortenstudie durch und beschreiben die ersten 87 Fälle von TVT an der UFK Innsbruck. Urethradruckprofilmessungen und Urethrozystogramme wurden vor, 6 und 12 Monate nach OP durchgeführt. Zur statistischen Auswertung verwendeten wir parameterfreie Techniken zum paarweisen bzw. gruppenweisen Vergleich (Wilcoxon signed rank Test, Friedman Test, Signifikanzniveau $p < 0,05$). Die Patientinnen waren zwischen 36 und 85 Jahre alt (MW 55,1a), hatten im Mittel 2,6 Kinder geboren und einen mittleren BMI von 27,3 (range 18,3–38,8). 57 Patientinnen hatten keine Voroperationen, 9 eine reine Hysterektomie und 21 eine Senkungs- oder Inkontinenzoperation in der Vorgeschichte.

Ergebnisse: 7 Patientinnen erschienen nicht zu allen Nachsorgeuntersuchungen oder waren „Lost to Follow-up“. Intraoperativ hatten wir eine Blasenperforation und postoperativ 2 x Harnverhaltung, 2 x vaginale Arrosionen, 1 x ein subfasziales Hämatom und eine Pulmonalembolie als Komplikationen. Bei 5 Patientinnen wurde ein Sekundäreingriff durchgeführt (3 x Banddurchtrennung, 2 x Naht-Arrosion vaginal). 71 % der Frauen waren objektiv und subjektiv geheilt (keinerlei Inkontinenz), 24 % gebessert (objektiv trocken, subjektiv gelegentlich inkontinent) und 5 % rezidivinkontinent. Der maximale Verschlussdruck in Ruhe sank von im Mittel 44,61 cm H₂O vor OP auf 41,2 cm H₂O nach 6 Monaten und 39,5 cm H₂O nach 1 Jahr nicht signifikant ab. Die proximale Drucktransmission stieg signifikant an (117 vs

131 vs 129; $p < 0,05$), ebenso die distale Transmission (85 vs 112 vs 108; $p < 0,01$). Ebenso reduzierte sich das Tiefertreten des Blasenhalss radiologisch von 2,3 cm auf 1,7 cm signifikant ($p < 0,001$). Auch die Rotation der Urethra verringerte sich (37,4° vs 29,8°; $p < 0,01$).

Schlußfolgerungen: TVT verringert die urethrale Rotation und das Tiefertreten des Blasenhalss. Die Operation verbessert die Übertragung des intraabdominellen Druckanstiegs besonders auf die distale Harnröhre. TVT führt zu einer nicht signifikanten Absenkung des urethralen Verschlussdrucks in Ruhe (partielle Denervierung?). Die Operation erfüllt alle klassischen „Anforderungen“, die an eine typische Inkontinenzoperation gestellt werden.

SONOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG DER LAGE DES SPANNUNGSFREIEN VAGINALBANDES (TVT)

A. Reich, R. Kreienberg, F. Flock
Universitätsfrauenklinik Ulm,
Deutschland

Die zunehmende Verbreitung des TVT-Verfahrens führt unweigerlich zu einer Zunahme von Patientinnen mit postoperativen Komplikationen. Ziel dieser prospektiven Studie war, sonographische Charakteristika nach TVT-Operation in unterschiedlichen Gruppen zu definieren.

Patientinnen und Methode: Wir konnten im Rahmen dieser Studie 206 Patientinnen im Median nach 9,7 ± 3,9 Wochen postoperativ untersuchen. Die Nachuntersuchung erfolgte mittels standardisiertem Fragebogen, einer gynäkologischen Untersuchung mit Stresstest und eines 24-h-Pad Test. Zur Darstellung des Bandes wurde eine Introitussonographie durchgeführt.

Ergebnisse: 90 % der Patientinnen hatten postoperativ keine SIK mehr, weitere 8 % waren gebessert und bei 2 % bestand die SIK unverändert fort. Bei 23 Patientinnen kam es zu einer Restharnbildung. Im postoperativ kontinenten Kollektiv (Gruppe I) lag die Position des Bandes bezogen auf die individuelle Urethralänge in 87 %

der Fälle im Bereich der beiden mittleren, in 12 % im äußeren und in 1 % im inneren Viertel der Harnröhre. Die mittlere Bandlage lag bei 59 % der Urethralänge. Der Abstand des Bandes von der Urethraschleimhaut betrug $4,6 \pm 1,5$ mm. Bei Patientinnen mit Persistenz der SIK lag das Band im Mittel bei 63 % der Urethralänge und damit vergleichbar zur Gruppe I. Allerdings war das Band signifikant häufiger im inneren oder äußeren Urethraviertel plaziert (39 vs. 12 %, $p = 0,004$). Frauen mit Restharnbildung hatten gegenüber Frauen ohne Restharnbildung einen signifikant engeren Kontakt zwischen Band und Urethra ($3 \pm 1,2$ mm, $p < 0,001$).

Schlussfolgerung: Mit Hilfe der Introitussonographie läßt sich regelmäßig die Bandposition in bezug zur Urethra darstellen. Als günstigste Position hat sich eine Bandlage in den beiden mittleren Urethravierteln mit einer Distanz zur Urethraschleimhaut von ≈ 4 mm ergeben. Extremlagen des Bandes führen gehäuft zu postoperativen Beschwerden. Bei entsprechenden Symptomen kann mittels Ultraschall die Bandlage objektiviert werden und daraus häufig therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden.

EINE NEUE METHODE ZUR DARSTELLBARKEIT DER FASCIA ENDOPELVINA MITTELS TRANSREKTALER 3D-SONOGRAPHIE

*E. Schmutz, W. Stummvoll
Gynäkologische Abteilung,
KH der Barmherzigen Schwestern Linz*

Untersuchungsziel war die sonographische Darstellbarkeit der Fascia endopelvina (FE) und die Erkennung von anatomischen Defekten in Abhängigkeit von der vaginalen Parität.

In einer prospektiven Studie wurden 2 Gruppen von Frauen (12 Nulliparae und 11 Frauen nach vaginaler Geburt) mittels transrektaler 3D-Sonographie (GE Voluson 730, RREC 6–10 MHz) untersucht. Der transrektal geführte Volumenschallkopf gewährt eine konstante Darstellung der FE, da durch die Vorlaufstrecke in Form von Rektumvorderwand und Vagina Nahfeldartefakte vermieden werden. Der

vom Gerät gespeicherte Volumsblock aus eine Serie von coronaren Schnitten ermöglicht an einem rekonstruierten Sagittalschnitt eine exakte Orientierung in Richtung Urethralängsachse. Eine präzise Lokalisierung von Fasziendefekten wird durch Höhenlokalisierung am Sagittalschnitt und Differenzierung zwischen zentralen und lateralen Fasziendefekten im coronaren Schnittbild ermöglicht.

Die FE wurde als echoreiches suburethrales Reflexband zwischen Ostium urethrae internum (OUI) und Urethramitte dargestellt, wobei 3 parallele coronare Schnittebenen (0 = OUI, 1 = 1 cm distal vom OUI, 2 = 2 cm distal vom OUI) dokumentiert wurden. Ein fehlender Reflexbandabschnitt wurde als Defekt der FE interpretiert. Die untersuchten Frauen waren in Steinschnittlage gelagert und hatten eine geringe Blasenfüllmenge von ca. 50 ml. Die Darstellbarkeit der FE war mit dieser Methode bei allen untersuchten Frauen gegeben. Bei den Nulliparae war die FE bei 10 von 12 Frauen in allen 3 Schnittebenen defektfrei beidseits nach lateral darstellbar. In der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt waren bei sämtlichen Patientinnen mehrfache Defekte unterschiedlicher Ausprägung in allen Schnittebenen nachweisbar, wobei die Zahl der Defekte von Schnittebene 0 bis 2 jeweils deutlich zunahm. Es zeigte sich überdies ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Ausprägung der Fasziendefekte (Faszienausdünnung oder -ausriß) und dem Bestehen einer Harninkontinenz sowie dem klinischen Befund (z. B. verstrichener Sulcus vaginalis).

Die sonographische Darstellung der FE mittels transrektaler 3D-Sonographie scheint somit eine vielversprechende neue Methode zur Visualisierung von anatomischen Defekten nach vaginalen Geburten zu sein.

HARNBLASENPERFORATION — OPERATIVE TVT-KOMPLIKATION: WIE KANN DIESE KOMPLIKATION REDUZIERT WERDEN?

*M. McDougald, S. Duvalla,
C. R. Landon
Urogynäkologische Abteilung,
General Infirmary Leeds, Leeds, UK*

Harnblasenperforation ist die häufigste intraoperative Komplikation eines TVT-Eingriffs mit einer Häufigkeit von 2–16 %. Über 450 TVT-Eingriffe wurden an unserer Abteilung durchgeführt mit einer Perforationsrate von 2 %. In dieser Kurzpräsentation untersuchen wir jene Faktoren, die angenommenerweise zu einer Perforation beitragen. Weiters präsentieren wir jene von uns angewandten Techniken, die zu einer Reduzierung dieser Komplikation führen.

TVT-REVISION: WIE KÖNNEN PRÄDIKTIVE FAKTOREN IDENTIFIZIERT WERDEN?

*H. Johnson, A. Thangavelu, C. R. Landon
Urogynäkologische Abteilung, General
Infirmary Leeds, Leeds, UK*

Im vergangenen Jahr führten wir 12 Revisionen durch. Dieses Poster untersucht die Details dieser Revisionen mit dem Ziel, präoperative Faktoren zu identifizieren, die zur Reduzierung der Revisionsrate beitragen.

KOITALE INKONTINENZ UND URETHRALE VERSCHLUSSFUNKTION

*D. Kölle, H. Ulmer, Ch. Marth
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Innsbruck*

Fragestellung: Bisher wurden 2 Formen von koitaler Inkontinenz unterschieden, nämlich Harnverlust bei Penetration, assoziiert mit Stressinkontinenz, und Inkontinenz bei Orgasmus, vergesellschaftet mit Urgeinkontinenz. Es gibt Hinweise, daß diese Unterscheidung willkürlich ist und die koitale Inkontinenz eine Sonderform der Stressinkontinenz darstellt.

Ziel der Studie war die Untersuchung der urethralen Verschlussfunktion bei Frauen mit Harnverlust bei Geschlechtsverkehr.

Methodik und Patientinnen: Wir untersuchten retrospektiv die urodynamischen Erstuntersuchungen aller sexuell aktiven Patientinnen, die unsere urogynäkologische Ambulanz zwischen 1988 und 2001 aufsuchten. Mit Hilfe von ANOVA, Korrelationsmatrix und deskriptiven Methoden wurden die Ergebnisse der Urethradruckmessungen ausgewertet. Wir führten 6912 urodynamische Messungen an 4398 Frauen durch. 635 Frauen (16,9 %) hatten keinen Verkehr in den 6 Monaten vor der Untersuchung. 576 (15,3 %) von 3763 sexuell aktiven Frauen waren koital inkontinent und zwar 345 vorwiegend bei Penetration und 231 bei Orgasmus.

Ergebnisse: Koital inkontinente Frauen unterschieden sich signifikant von beim geschlechtsverkehr kontinenten hinsichtlich Alter (47,4 vs. 51,5 a), Parität (3,0 vs. 2,8 Kinder), Gewicht (70,9 vs. 69,7 kg) und BMI (26,6 vs. 26,1). In der Druckprofilometrie zeigte die Drucktransmission im inneren und mittleren Drittel der Urethra keine Unterschiede, koital inkontinente Frauen hatten im distalen äußeren Urethradritzel signifikant geringere Drucktransmissionswerte als kontinente (98,2 vs. 103,6 %; $p < 0,05$). Ebenso war der maximale Urethraverschlussdruck in Ruhe signifikant niedriger (51,1 vs. 54,6 cm H₂O; $p < 0,01$). Eine Analyse der Subgruppen zeigte keinen Unterschied zwischen der Gruppe Harnverlust bei Penetration und Inkontinenz bei Orgasmus. Die Korrelation zur urodynamischen Diagnose zeigte eine signifikante Abhängigkeit der kotalen Inkontinenz von der Diagnose Stressinkontinenz, nicht aber zu Dranginkontinenz.

Schlußfolgerungen: Frauen mit kotaler Inkontinenz sind jünger, haben mehr Kinder geboren und einen höheren BMI. Die kotaler Inkontinenz ist vergesellschaftet mit schlechterer Verschlussfunktion und abhängig von der Diagnose Stressinkontinenz, nicht aber von urodynamischer Urgeinkontinenz. Es findet sich kein Unterschied zwischen den Subgruppen Inkontinenz bei Penetration und Harnverlust bei Orgasmus.

TACHOCOMB® IN DER REKONSTRUKTIVEN UROLOGIE: ATRAUMATISCHE BLUTSTILLUNG BEI GROSSEN BECKENEINGRIFFEN

G.-M. Pinggera, Ch. Gozzi, G. Bartsch, P. Rehder
Universitätsklinik für Urologie,
Innsbruck

Fragestellung: Bei rekonstruktiven Beckeneingriffen, wie z. B. Kolposuspension nach Burch, radikaler Zystektomie ± Lymphadenektomie ± orthotoper Neoblase, bedarf es einer gezielten Hämostase ohne zusätzlicher Gewebsschädigung oder prolongierter Operationszeit. Als mögliche Alternative zur konventionellen elektrokaustischen Koagulation bzw. den Umstechungsnahten wurde die Applikabilität von vliesgebundener Gewebeklebung wie des TachoComb® als atraumatisches intraoperatives Hämostyptikum evaluiert.

Methodik: Bei 20 konsekutiven größeren urologischen Beckeneingriffen wurde TachoComb® zur Hämostasekontrolle bei Sickerblutungen, hauptsächlich venöser Natur, eingesetzt. Grundsätzlich wurde auf eine Drainage verzichtet. Das Vlies wurde bedarfsadaptiert zugeschnitten, im durchnähten Zustand auf die zu blutstillende Operationsfläche plaziert, um für mindestens 5 Minuten mit einem ebenfalls durchnähten Tupfer unter leichtem Druck in Position gehalten zu werden. Die postoperative Kontrolle beinhaltete in allen Fällen nebst Klinik eine engmaschige Kontrolle der Körpertemperatur, des RR, der laborchemischen Parameter (inkl. Blutbild, CRP, Nierenfunktionsparameter, Elektrolyte), sowie mindestens eine Sonographie des Beckens.

Ergebnisse: In allen Fällen konnte eine zufriedenstellende Blutstillung nach TachoComb®-Vorlage intraoperativ erzielt werden, vereinzelt war eine zusätzliche zweite Applikation vonnöten. Der Gebrauch der Diathermie konnte reduziert werden. Postoperativ konnte keine Nachblutung festgestellt werden. Darüber hinaus zeigte sich weder eine sekundäre Infektion noch sonographisch eine klinisch relevante Flüssigkeitsansammlung im Operationsgebiet.

Schlußfolgerung: TachoComb® erleichtert den Operationsvorgang hinsichtlich diffuser Sickerblutungen. Die erzielten Ergebnisse bei diesem ausgewählten Patientenkollektiv untermauern die Praktikabilität in der Handhabung des Vlieses als auch die verminderte Gefahr von Komplikationen. Der Vorteil dieses Hämostyptikums bei Operationen im kleinen Becken umfaßt die Schonung der umliegenden anatomischen Strukturen, wie z. B. des Rektums, des dorsalen Venenplexus oder z. B. des lateralen Nervengefäßbündels. TachoComb® zeichnet sich durch sein absorptives, löschblattartiges Verhalten bei Sickerblutungen aus, erlaubt, den Gebrauch der Diathermie zu reduzieren und vermindert das Risiko einer lokalen Flüssigkeitsretention.

PREISTRÄGER

Aus den eingesandten Abstracts und den Präsentationen wurden folgende Preisträger für den Wissenschaftspreis der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB) Österreich von einer unabhängigen Jury ausgesucht:

- 1. Wissenschaftspreis: D. Kölle, Innsbruck
- 2. Wissenschaftspreis: A. Reich, Ulm
- 3. Wissenschaftspreis: V. Bjelic, Graz
- Sonderpreis der AUB: E. Schmutz, Linz

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](#)