

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Kongressbericht: 5.

Internationales Zürcher

Frühlingssymposium 2004 der

Urologischen Klinik und der Klinik

für Gynäkologie, Universitätsspital

Zürich

Roy-Guggenbühl S

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 32-33

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

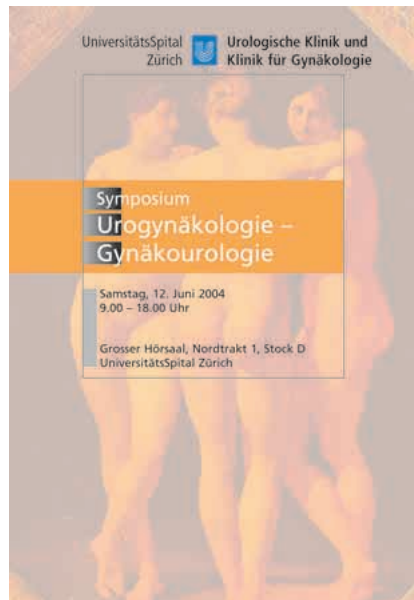
P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

5. INTERNATIONALES ZÜRCHER FRÜHLINGSSYMPOSIUM 2004 DER UROLOGISCHEN KLINIK UND DER KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE, UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH

Das diesjährige Symposium „Urogynäkologie-Gynäkourologie“ mit 220 Teilnehmern war in interdisziplinärer Weise der Frau und ihren Urogenitalproblemen gewidmet. Das wissenschaftliche Programm beleuchtete zahlreiche Aspekte der weiblichen Inkontinenz, des Urogenitalprolapses und der Problematik um die vesiko-vaginalen Fisteln. Neben anatomischen und pathophysiologischen Übersichten wurden die konservativen und medikamentösen Therapieoptionen, wie auch selektive Operationstechniken diskutiert. Parallel zu den Vorträgen konnten die Teilnehmer Live-Übertragungen aus dem Operationsaal folgen. Die Themen wurden mit insgesamt 22 Beiträgen abgedeckt, stellvertretend werden in der Folge einige Vorträge zusammengefasst.

Anatomische Grundlagen von Harninkontinenz und Prolaps

Der Prolaps eines Kleinbeckenorgans ist die Vorwärtsbewegung dieses Organs im kleinen Becken nach kaudal (Blase, Rektum). Die Prolapsausdehnung wird meistens eingeteilt in einer Skala von 0–4. Die weiblichen Kleinbeckenorgane werden durch den Komplex der uterosakralen/kardinalen Bänder, dem Musculus levator ani und der endopelvinen Faszie gestützt und gehalten. Diese Strukturen verbinden die Kleinbeckenorgane mit dem knöchernen Rahmen des Beckens. Die Degeneration oder traumatische Schädigung



des Halteapparates (Alter, Geburt) führt zur Abnahme der bindegewebigen Verankerung und der glattemuskulären Stabilisierung. Die Organe können durch den Hiatus urogenitalis prolabieren. Bei der Stressinkontinenz der älteren Frau liegt häufig eine verstärkte Vorwärtsbewegung der Harnröhre bei abdominalen Stressreaktionen im Sinne eines hypermobilen vesiko-urethralen Übergangs vor. Östrogene können bei Genitalatrophien, bei Belastungsinkontinenz, wie aber auch bei überaktiven Blasen und rezidivierenden Harnwegsinfekten eine positive Wirkung zeigen.

Tension-free vaginal Tape (TVT) versus transobturatorisches Tape (TOT)

In den letzten Jahren hat das Tension-free vaginal tape, das spannungslose suburethrale Band, die operative Therapie der Stressharninkontinenz entscheidend verändert und die offenen Operationstechniken verdrängt. Das spannungsfreie suburethrale Band, inzwischen von über 10 Firmen als Produkte fabriziert mit Mo-

difikationen von Bandmaterial und Einführungstechnik, hat sich etabliert und es werden 90 % Erfolgsraten resp. signifikante Stressinkontinenzverbesserung berichtet.

Das transobturatorisch geführte Band wurde als Technik 1997 vom französischen Urologen Delorme entwickelt und wurde bisher in über 5'000 Fällen durchgeführt. Obwohl nur wenige Artikel bezüglich der funktionellen Resultate nach transobturatorischem Band existieren, scheint es, dass die Kontinenzraten und Novo-Urge-Raten vergleichbar mit dem retropubisch eingelegten Band sind. Der potentielle Vorteil des transobturatorischen Systems liegt darin, dass die Führungsnadeln nicht retropubisch durchgeführt werden und damit keine potentiellen Kleinbeckenorgan-Verletzungen (Blase, Iliakalgefäße, Nervus obturatorius) verursachen kann. Jedoch verzichten wir auch bei der transobturatorischen Technik nie auf die abschliessende Kontrollzystoskopie. Das TOT perforiert die Membrana obturatoria auf Höhe der Klitoris, lateral und kaudal vom Musculus levator ani und zieht der mittleren Harnröhre entlang. In dieser Position liegt das Tape in sicherem Abstand vom distalen Ende des Nervus pudendus und dem Klitorisast sowie dem Nervus obturatorius und den Femoralgefässen. Wieweit bei der transobturatorischen Technik ein vagino-obturatorischer Weg („inside-out“) oder der obturatorisch-vaginale Weg angestrebt werden soll („outside-in“), steht noch in Diskussion.

Die richtige Indikation zum suburethralen Band, sei es obturatorisch oder retropubisch eingelegt, führt in etwa 90 % der Patientinnen zu einem befriedigenden Resultat. Eine sorgfältige Operationstechnik jedes erhältlichen Bandes mit seiner Introducer-Nadel ist dabei wahrscheinlich wichtiger als detaillierte Material-Modifikationen.

Botulinum-A-Toxin-Injektionen in Blase und Harnröhrenschliessmuskeln

Botulinum-A-Toxin ist ein Neurotoxin, das eine reversible Blockierung bis zu 9 Monate an der neuromuskulären Endplatte glatter und quergestreifter Muskulatur bewegt und somit die Acetylcholin-Transmitter-Ausschüttungen in den synaptischen Spalt blockiert. Das Botulinum-A-Toxin bewirkt in diesem Sinne eine Chemodenervation. Die heute noch experimentelle Therapie zeigt vielversprechende erste Resultate in der Behandlung der nicht neurogenen Störung des unteren Harntraktes. Diese urologische Behandlungsoption ist reserviert für Patientinnen mit vollständig abgeklärter und konservativ therapeutisch ausgeschöpfter überaktiver Harnblase (Urgency/Frequency-Syndrom, hyperaktive Harnblase, schmerzhafte Harnblase). Ausschlusskriterien für die Botulinum-A-Toxin-Therapie sind reine Stressinkontinenzen, urologische Malignome, Myasthenia gravis, Schwangerschaft, Radiozystitis und Niereninsuffizienz. Für die Botulinum-Toxin-Behandlung am Detrusor werden 100–200 IE Botulinum-A-Toxin in 10–20 Injektionen verteilt in den Detrusormuskel gespritzt. Selten führt die Behandlung zu Retentionsblasen und Notwendigkeit einer transienten suprapubischen Ableitung. Für die

Behandlung am äusseren Sphinkter werden 80–100 Einheiten Botulinum-A-Toxin zirkulär an den Sphinkter externus appliziert.

Diese Handlungsoption kann beim spastischen Sphinkter oder der hyperkontraktilen Blase zu einer Spontanmiktion verhelfen. Die Botulinum-A-Toxin-Injektion in den Detrusor-Sphinkter externus zeigt im allgemeinen eine mehrmonatige gute Wirkung. Die Behandlung kann wiederholt werden und als Alternativmethode zur Sphinkterotomie und Blasenhalssinzision verwendet werden.

Vesiko-vaginale Fisteln

Während bei uns die vesiko-vaginalen Fisteln v. a. nach Hysterektomien gelegentlich vorkommen, sind sie in Entwicklungsländern noch sehr häufig. Während sie in unseren Breitengraden im allgemeinen hoch am Vaginalfundus am Übergang zum Blasenboden/Blasenhinterwand lokalisiert sind, sind die postportalen vesiko-vaginalen Fisteln v. a. an Blasenboden, Trigonum und Blasenhalss lokalisiert – allenfalls gar mit einer vollständigen Zerstörung der Harnröhre.

Ursache der häufigen vesiko-vaginalen Fisteln im afrikanischen Raum ist die noch unzulängliche Geburtshilfe

mit Abwesenheit von Blasenkatetern und Möglichkeit einer Sectio. So dauert eine Geburt oft mehrere Tage, was nicht nur häufig zum Tod des Kindes führt, sondern auch zu einer ischämischen Kompression der Vagina und der Blase mit konsekutiver Fistelbildung. Das Rektum weicht meistens nach dorsal-links lateral aus, doch kann durchaus auch einmal eine rektovaginale Fistel beteiligt sein. Einfachere Fisteln können nach grosszügiger Blasenmobilisation direkt verschlossen werden, bei komplizierten Fisteln muss der Defekt zusätzlich mit Lappentransplantaten (Martins-Lappen, kutane Lappen, myogene Lappen) interponiert und gedeckt werden.

Das Symposium Urogynäkologie-Gynäkourologie wurde von den Teilnehmern als äusserst interessant und lehrreich beurteilt. Im Anschluss ans Symposium erfreuten sich die Teilnehmer an dem Besuch der Masoala-Halle im Zürcher Zoo und hatten die Gelegenheit, anschliessend bei einem Nachtessen den persönlichen Gedankenaustausch weiterzuführen.

*Dr. med. Sharmistha Roy-Guggenbühl
Urologische Klinik,
Universitätsspital Zürich*

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](#)