

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Editorial

Ralph G

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 4-5

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

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

Die Problematik der operativen Behandlung von Beckenbodendefekten und einer Stressinkontinenz manifestiert sich in der Vielzahl von Operationsmethoden und Modifikationen. Sogenannte minimal-invasive Operationsmethoden haben etablierte Verfahren mit dokumentierten guten Langzeitergebnissen ersetzt. Man hat den Eindruck, daß die operative Behandlung die einzige Möglichkeit zur Behebung eines Beckenbodendefektes und einer Stressinkontinenz darstellt. Die Operation ist vom Zeitaufwand sowohl für den Arzt, als auch für die Patientin das Einfachste. Allerdings sollte jeder Operation eine standardisierte, urogynäkologische Abklärung mit einer exakten Anamnese, die nach dem Leidensdruck fragt, vorangehen. Vor jeder Operation sollte zumindest für 3 Monate eine konservative Therapie durchgeführt werden, welche bei entsprechender Compliance in bis zu 70 % eine deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik bewirkt.

Entscheidend für die Auswahl der Operationsmethode ist die Kenntnis der Physiologie und Pathophysiologie des Beckenbodens und des Harntraktes. Ziel jeder Behandlung muß die Verbesserung der Funktion, die Erhaltung der Kohabitationsfähigkeit und eine Kontinenz sein. Die klassischen Operationsverfahren haben bei richtiger Indikationsstellung eine Erfolgsquote nach 5 Jahren von 70 %. Sehr häufig wurden die „guten“ anatomischen Ergebnisse mit einer Dyspareunie erkaufte. Diese Methoden waren immer mit einer Hysterektomie verbunden. Zunehmend wird der Verlust eines gesunden Organs zur Behebung einer Senkung nicht mehr akzeptiert. Die Einführung von vaginalen Bändern und von Netzen stellt eine Bereicherung in der operativen Behandlung dar, darf und soll aber nicht die klassischen Operationsmethoden ersetzen, sondern ergänzen. Die Auswahl des Netzmaterials ist von entscheidender Bedeutung für die Erfolgs-, aber auch Komplikationsrate. Standardisierten Methoden mit standardisierten Netzen ist der Vorzug zu geben. Für den Autor werden Erstoperationen ausschließlich klassisch in Form einer plastischen Korrektur des Beckenbodens ohne alloplastischem Material, ein Scheidenvorfall mit der Vaginaefixatio sacrospinalis nach Amreich-Richter durchgeführt. Netze kommen bei Rezidivdeszendens, Traktionszystozelen und bei Wunsch nach Erhaltung des Uterus zur Anwendung. Die Patientinnen müssen allerdings über das Auftreten einer Netzarrosion in bis zu 10 % aufgeklärt werden. Eine Stressinkontinenz wird vorwiegend mit einemTVT-O-Band behandelt, bei Rezidiven oder lateralen Defekten wird eine modifizierte abdominale Kolposuspension durchgeführt. Die Einführung von Netztechniken in der operativen Behandlung von Beckenbodendefekten stellt eine wichtige Erweiterung des operativen Repertoires dar. Langzeitergebnisse mit einer entsprechenden Dokumentation von Komplikationen liegen nicht in ausreichendem Maß vor.

Die Operation ist den individuellen Bedürfnissen und der Beschwerdesymptomatik anzupassen, die Indikation individuell zu stellen.

Prim. Univ.-Prof. Dr. George Ralph, Leoben



La problématique du traitement opératif des défauts du plancher pelvien et de l'incontinence d'effort se reflète dans la diversité des méthodes opératives et des modifications. Les interventions chirurgicales dites minimalement invasives se sont substituées à des procédés établis et documentés de bons résultats à long terme. Il semblerait que le traitement opératif soit la seule option disponible pour rectifier un défaut de plancher pelvien et lutter contre l'incontinence d'effort. Que ce soit pour le médecin ou pour la patiente, cette intervention est la plus simple en termes de mobilisation temporelle. Toutefois, il serait bon que chaque opération soit précédée d'une clarification urogynécologique standardisée avec anamnèse exacte, constatant l'affectation qu'elle implique au niveau de la personne concernée, de même qu'un traitement conservateur d'une durée minimale de 3 mois, présupposant la conformité correspondante et susceptible d'entraîner une nette amélioration de la symptomatique des troubles pouvant atteindre 70 %.

Au moment de choisir la méthode opérative, le facteur décisif est de connaître la physiologie et la pathophysiologie du plancher pelvien et du tractus urinaire. Tout traitement doit avoir pour but d'améliorer les fonctions, de préserver la capacité de cohabitation et de viser à la continence. Avec l'indication adéquate, les procédés chirurgicaux classiques ont un quota de réussite après 5 ans de 70 %. Bien souvent, les « bons » résultats anatomiques se sont soldés par une dyspareunie. Ces méthodes ont toujours été liées à une hystérectomie. La perte d'un organe sain pour traiter un prolapsus est de moins en moins acceptée. Même si l'introduction de bandelettes vaginales et de filets constitue un enrichissement au niveau du traitement opératif, elle ne peut et ne doit en aucun cas remplacer les méthodes opératives classiques, mais les compléter. Le choix du matériel pour le filet est d'une importance décisive, non seulement au niveau du taux de réussite, mais aussi de celui des complications. Une priorité doit être accordée aux méthodes standardisées avec des filets standardisés. Pour l'auteur, les premières opérations doivent être exclusivement classiques sous forme d'une correction plastique du plancher pelvien sans matériau alloplastique et un prolapsus vaginal doit être traité au moyen d'une fixation sacrospinale par voie vaginale selon Amreich-Richter. Les filets sont à utiliser en cas de prolapsus récidivé, de cystocèles par distension ou si la conservation de l'utérus est souhaitée. Les patientes doivent néanmoins être informées de l'éventualité d'une arrosion du filet pouvant être de 10 %. L'incontinence d'effort doit être principalement traitées avec des bandelettes TVT. En cas de récidives ou de défauts latéraux, une colposuspension abdominale modifiée peut être réalisée. L'introduction des techniques à filets dans le traitement opératif des défauts du plancher pelvien représente un élargissement important du répertoire opératif. Il n'existe pas encore suffisamment de résultats à long terme accompagnés d'une documentation adéquate des complications.

L'intervention doit être adaptée aux besoins individuels tout comme à la symptomatique des troubles, au même titre que l'indication.

Prim. Univ.-Prof. Dr. George Ralph, Leoben

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](#)