

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

MESH - bei Beckenbodenschwäche?

Riss P

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 31-32

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

P. Riss

MESH – BEI BECKENBODENSCHWÄCHE?

EINLEITUNG

Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Deszensus hat in den vergangenen Jahren sehr an Bedeutung zugenommen und somit auch das Management eines Deszensus bzw. Prolaps. Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse der Frauen, unabhängig vom tatsächlichen, objektivierbaren Ausmaß des Deszensus. Schwere Prolapsfälle sind aber mittlerweile seltener geworden, da die Frauen früher zum Arzt gehen und eine Behebung ihrer Beschwerden und eine Wiederherstellung der Beckenbodenfunktion, die ihnen körperliche und sexuelle Aktivitäten ermöglichen, einfordern.

ARTEN DES DESZENSUS

Die Art des Deszensus richtet sich nach dem Organ, das tiefer getreten ist, wobei mehrere Organe gleichzeitig absinken können:

- Deszensus uteri: Tiefertreten des Uterus
- Zystozele: Tiefertreten der vorderen Scheidenwand (Harnblase, Harnröhre)
- Rektozele: Tiefertreten der hinteren Scheidenwand (Rektum)
- Deszensus des Scheidenblindsacks (Apex) oder Enterozele.

Die klinische Klassifizierung erfolgt üblicherweise mit Deszensus I., II. und III. Grades. Die Leitebene ist die Vulvaebene bzw. die Ebene durch den Introitus vaginae (Hymenalsaum). Solange ein Deszensus den Introitus nicht erreicht, spricht man von einem Deszensus I. Grades. Treten die vordere oder hintere Scheidenwand, die Portio oder das Scheidenblindsackende bis zum Introitus oder treten sie über diesen hinaus, handelt es sich um einen Deszensus II. bzw. III. Grades. Bei einem Totalprolaps stülpen sich der Uterus oder die Scheide vollständig aus.

TRADITIONELLE OPERATIONS- VERFAHREN

Zur Rekonstruktion des Beckenbodens bei Senkungsoperationen werden üblicherweise die körpereigenen Faszien verwendet. Zwischen Harnblase und Scheide ist dies das Septum vesicovaginale, zwischen Rektum und Scheide das Septum rectovaginale. Die klassische Operation für die vordere Scheidenwand ist die vordere Plastik oder Kolporrhaphia anterior, für die hintere Scheidenwand die hintere Plastik oder Kolporrhaphia posterior. Der Scheidenblindsackvorfall kann mittels abdominaler Sakropexie oder durch die Scheide mit der vaginalen sakrospinalen Fixation (Operation nach Amreich-Richter) operativ behandelt werden.

RATIONALE FÜR DEN EINSATZ VON NETZEN

Auch bei bester Operationstechnik muß mit Rezidivraten von 10–30 % gerechnet werden. Mit der Überlegung, daß durch Netze (Meshes) das körpereigene Gewebe unterstützt werden kann, kommen bei Operationen wegen Deszensus oder Harninkontinenz zunehmend Fremdmaterialien zum Einsatz. Die Industrie bietet eine große Anzahl von synthetischen, halbsynthetischen oder tierischen Materialien an. Sehr beliebt ist Prolene, zu dem es jahrzehntelange Erfahrungen aus der Allgemeinchirurgie gibt.

NEUE MESH-VERFAHREN

Netze können grundsätzlich auf zwei Arten eingesetzt werden: Entweder verwendet der Chirurg ein Netz und schneidet dieses nach den anatomi-

schen Anforderungen zurecht, oder er verwendet ein von der Industrie angebotenes Set, in dem die Netze bereits vorgeschritten sind und mit den Nadeln zur Platzierung geliefert werden. Diese Systeme beruhen auf den Entwicklungsarbeiten einer französischen Gruppe, die sowohl für die Zystozele als auch für die Rektozele und für die Fixierung des Apex vaginae speziell zugeschnittene Netze entwickelte. Das Besondere daran ist, daß diese Netze mit Armen versehen sind, welche beim vorderen Kompartiment durch das Foramen obturatum und beim hinteren Kompartiment durch das Ligamentum sacrospinale und die Fossa ischiorectalis durchgeführt werden. Die Netze sind nicht unter Spannung und werden nicht angenäht.

Die Operationstechnik erfordert ein genaues Verständnis der Anatomie und der Pathophysiologie des kleinen Beckens. Beispiele für am Markt befindliche Sets sind das vordere und hintere Prolift® (Abb. 1) der Firma Ethicon sowie die Perigee®- (Abb. 2) und Apogee®-Systeme der Firma American Medical Systems.

ERFAHRUNGEN MIT PROLENE- NETZEN

Die Vorteile der angebotenen Sets zur Beckenbodenrekonstruktion mit Prolene-Netzen bestehen in der relativ einfachen Handhabung und in der standardisierten Operationstechnik.

Bei Verwendung von Fremdmaterial besteht grundsätzlich die Gefahr von Infektionen, von Durchwanderung des Fremdmaterials in Nachbarregionen (Scheide, Blase, Rektum) und von vermehrter Narbenbildung. In 10–15 % wird eine Netzerosion in die Scheide beobachtet. Diese unangenehme Folge einer Operation mit Netzen kann oft durch einfache Resektion des exponierten Netzanteils

Abbildung 1: Hinteres Prolift® der Firma Ethicon *in situ*. Der flächenförmige Netzteil liegt zwischen Scheide und Rektum. Die beiden Arme sind durch das Ligamentum sacrospinale durchgeführt.

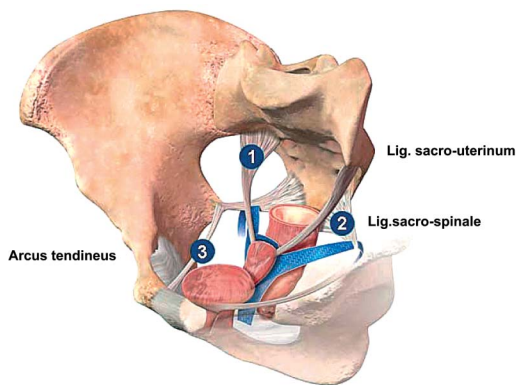
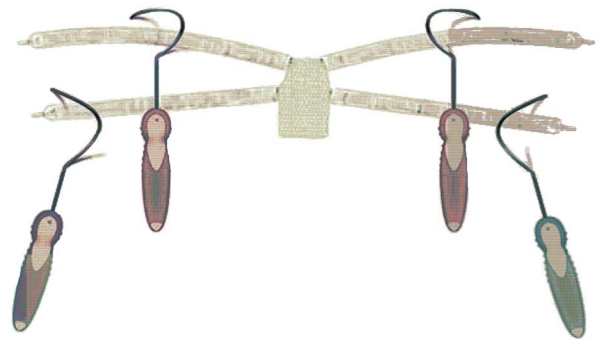


Abbildung 2: Perigee®-System der Firma American Medical Systems. Man erkennt das flächenförmige Netz, welches unter der Harnblase zu liegen kommt, und die insgesamt 4 Arme, welche durch das Foramen obturatum durchgeführt werden.



behandelt werden. In seltenen Fällen ist eine Explantation notwendig.

Die anatomischen und funktionellen Ergebnisse nach Netzoperationen sind vielversprechend, obwohl es noch keine längeren Erfahrungen gibt. Die Scheide bleibt beweglich und für Kohabitationen geeignet. Netze scheinen auch eine Alternative bei jenen Patientinnen zu sein, die einen Erhalt des Uterus wünschen.

KONKLUSION

Bei Rezidiven, bei hochgradigem Deszensus und wenn der Eindruck besteht, daß nur sehr wenig bzw. schwaches Bindegewebe vorhanden ist, können Netzverfahren eingesetzt werden. Dies gilt auch bei ausdrücklichem Wunsch der Patientin nach Erhalt des Uterus.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Paul Riss
Abteilung für Gynäkologie und
Geburtshilfe
Landeskrankenhaus Thermenregion
Mödling
A-2340 Mödling
Sr. Maria Restituta-Gasse 12
E-mail: paul.riss@gmx.net

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](#)