

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

**Österreichische Arbeitsgemeinschaft für
Urogynäkologie und Rekonstruktive
Beckenbodenchirurgie. Wissenschaftliche Beiträge
Bodenseetagung, Oktober 2006**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006; 24 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 18-18*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006; 24 (4)
(Ausgabe für Österreich), 18-24*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**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





Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie

Wissenschaftliche Beiträge,
Bodenseetagung, Oktober 2006

Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB, www.urogyn.at) ist seit 2006 assoziierte Gesellschaft der International Urogynecologic Association (IUGA). Zu den jährlichen AUB-Aktivitäten gehören die Veranstaltung eines Intensivseminars (<http://www.univie.ac.at/isug/kontakte.htm>) sowie einer Jahrestagung, die dieses Jahr im Oktober in Dornbirn stattgefunden hat.

Die geographische Lage und das Netzwerk der gynäkologischen Abteilung am städtischen Krankenhaus Dornbirn boten sich für einen überregionalen Gedankenaustausch geradezu an. Das Programm wurde unter Einbeziehung des gesamten österreichischen, süddeutschen und deutschsprachigen schweizerischen Raumes erstellt (http://www.oegg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Kongresse/2006).

Wir freuen uns, in dieser SPECULUM-Ausgabe die Kurzfassungen der freien wissenschaftlichen Beiträge der heurigen Jahrestagung präsentieren zu dürfen.

Prof. Dr. W. Umek, Sekretär der AUB

Posteriores IVS (Intra Vaginal Slingplasty): Ergebnisse des Österreichischen Registers der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)

B. Abendstein, V. Bjelic-Radiscic, H. Enzelsberger, Ch. Gamper, G. Hartmann, P. Klug, E. Kustersitz, W. Neunteufel, P. Riss, J. Sabbagh, P. Safar, K. Tamussino, G. Trabitsch, D. Wagner, K. Weghaupt, W. Zeilmann, für die Österreichische AG Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
(Autoren in alphabetischer Reihenfolge)

Fragestellung: Wir erstellten ein Register zur Erfassung des perioperativen Verlaufes und der Kurzzeitergebnisse mit der posterioren IVS-Operation.

Methode: Dreizehn österreichische gynäkologische Abteilungen füllten retrospektiv und prospektiv Erhebungsbögen zu posterioren IVS-Operationen (Fa. Tyco) aus. Bei Patientinnen, die nachuntersucht werden konn-

ten, wurden funktionelle Ergebnisse mit einem standardisierten Bogen erhoben.

Ergebnisse: Bis 31.01.2006 lagen Daten zu 420 Operationen vor. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 63 a; 223 (55 %) Frauen waren gynäkologisch voroperiert. Das posteriore IVS wurde in 11 (3 %) der Fälle als isolierte Operation und in 409 (97 %) in Kombination mit anderen gynäkologischen Operationen durchgeführt. Die durchschnittliche Gesamt-OP-Dauer betrug 86 Min. (26–385). Intraoperative Komplikationen wurden in 15 Fällen (4 %) angegeben: Blutung (1 %) und Blasenläsion (1 %), Rektumperforation (0,7 %), Ureterperforation (0,2 %) und prävesikales Hämatom (0,2 %). 7 (2 %) Patientinnen erhielten Erythrozytenkonzentrate und 2 (0,4 %) wurden wegen Hämatom/Nachblutung reoperiert. Ein Abszeß des Scheidenstumpfes wurde 14 d postoperativ revidiert. Die febrile Morbidität (> 38 °C) betrug 2 %. Der durchschnittliche postoperative Spitalsaufenthalt betrug 6,9 d (3–16). 365 Patientinnen (87 %) konnten nach durchschnittlich 8 Wochen

nachuntersucht werden. Bei 26 (7 %) von 365 Fällen wurde eine Bänderosion diagnostiziert, die bei 18 (5 %) operativ saniert wurde. Ein kombiniert operiertes vorderes IVS wurde wegen Blasenentleerungsstörung gelockert. 8 (2 %) Frauen wurden wegen Stressinkontinenz in 2. Sitzung operiert. Ein Rezidiv des Deszensus trat in 20 (5 %) der Fälle auf. 21 (8 %) von 274 sexuell aktiven Patientinnen gaben postoperativ De novo-Kohabitationsstörungen an. 21 (6 %) von 365 Patientinnen gaben postoperativ De novo-Blasenbeschwerden an. Die ärztliche Beurteilung der funktionellen Ergebnisse war in 245 (67 %) Fällen „sehr gut“ und in 62 (17 %) „gut“. Das anatomische Ergebnis wurde von den Untersuchern in 203 (56 %) Fällen mit „sehr gut“ und in 114 (31 %) mit „gut“ beurteilt.

Schlußfolgerung: Operationen am Beckenboden mit kombinierter Implantation eines posterioren IVS stellen eine Alternative zur sakrospinalen Fixation nach Amreich-Richter mit guter Funktionalität dar. Erstmals konnte dies durch ein multizentrisches Register belegt werden.

Beeinflusst der Nachuntersuchungszeitraum das Ergebnis nach Vaginaefixatio sacrospinalis (Operation nach Amreich)?

*Th. Aigmüller, A. Dungal, H. Bauer, P. Riss
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Landesklinikum Thermenregion
Mödling*

Fragestellung: Wir versuchten, mögliche Unterschiede der Ergebnisse einer Langzeit-Nachuntersuchungsreihe nach Amreich-Operation in Relation zum Zeitintervall Operation-Nachuntersuchung darzustellen.

Patientinnen und Methoden: Zwischen 1990 und 2003 wurden an unserer Abteilung wegen symptomatischem Scheidenblindsackvorfall 99 unilaterale Operationen nach Amreich durchgeführt. Wir baten alle Patientinnen 2005, also 2 bis 15 Jahre nach der Operation, zu einer Nachuntersuchung in unsere Ambulanz zu kommen. 12 Patientinnen waren in der Zwischenzeit, ohne erkennbarem Zusammenhang zur Operation, verstorben. 25 Patientinnen konnten nicht erreicht werden. 6 Patientinnen beantworteten einen Lebensqualitäts-Fragebogen. 55 Patientinnen kamen zu einer Nachuntersuchung, bei der eine klinische Untersuchung (mit POP-Q) durchgeführt wurde

Tabelle 1: Aigmüller T et al., Ergebnisse

	Zeitintervall Operation-Nachuntersuchung		
	2-5 Jahre n = 23	6-10 Jahre n = 22	11-15 Jahre n = 10
Kein anatomisches Rezidiv	16 (70 %)	16 (72 %)	7 (70 %)
Zystozele	7 (30 %)	5 (23 %)	3 (30 %)
LUTS (lower urinary tract symptoms)	16 (70 %)	19 (86 %)	6 (60 %)
Defäkationsstörungen	10 (43 %)	9 (41 %)	4 (40 %)
Senkungsbeschwerden	3 (13 %)	5 (23 %)	0
PGI-S: keine Beschwerden	17 (74 %)	16 (72 %)	10 (100 %)
milde Beschwerden	4 (17 %)	3 (14 %)	0
mäßige Beschwerden	2 (9 %)	3 (14 %)	0

und ein Lebensqualitäts-Fragebogen mit der Patientin ausgefüllt wurde. Zusätzlich wurde die PGI-S (Patient global impression of severity) bezüglich Senkungsbeschwerden erhoben. Das mediane Nachuntersuchungsintervall betrug 7 Jahre. Wir teilten die nachuntersuchten Patientinnen in 3 Gruppen (2 bis 5 Jahre nach der Operation [n = 23], 6 bis 10 Jahre nach der Operation [n = 22] und 11 bis 15 Jahre nach der Operation [n = 10]) und verglichen die anatomischen Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Lebensqualitäts-Fragebögen und der PGI-S bezüglich Senkungsbeschwerden.

Ergebnisse: siehe **Tabelle 1**.

Zusammenfassung: Bei Scheidenblindsackvorfall führt eine Vaginaefixatio sacrospinalis zu einer guten, dauerhaften Fixierung des Scheidenblindsackendes, jedoch kam es in 25 % zur Bildung einer Zystozele. Bei den Ergebnissen unserer Langzeit-Nachuntersuchungsreihe fanden sich anatomisch und funktionell keine Unterschiede in bezug auf das Zeitintervall Operation-Nachuntersuchung.

THT-Cystoswing™: Ergebnisse der 75 durchgeführten Operationen

*R. Chvatal, P. Půček
LKH Znaim, Tschechien*

Einleitung: Cystoswing™ ist ein Produkt der französischen Firma Textile-Hi-Tec. Das Material war zuerst ein PET (Polyethylen), seit einem Jahr besteht es aus Prolene. Die Indikation ist die Zystozelenkorrektur mit einer Stressharninkontinenz.

Material und Methoden: 75 Patientinnen zwischen 32 und 68 Jahren mit Stress-

harninkontinenz Grad II–III und Zystozelen (transversaler, paravaginaler, zentraler Defekt) wurden operiert. Ohne mittlere Kolpotomie nach der Präparation des Spatium vesicovaginale und den paravesikalischen Gruben wurde transobturatorisch (outside-in) ein Mesh eingeführt. Der suburethrale Teil ist zwar spannungsfrei, aber doch mit einem Elevationseffekt der Junction adjustiert. Dieser Eingriff ist meistens mit einer laparoskopischen Promontoriumfixation oder einer Levatorplastik kombiniert.

Resultate: Die ersten 75 Operationen sind mit 3,85 % Protrusionen belastet. Diese Komplikation wurde durch eine Teilresektion behandelt, einmal war eine komplette Exzision des Interponates notwendig. Von 62 stressinkontinenten Patientinnen sind 58 vollständig kontinent. Die kurzfristige De novo-Urge-Inkontinenz wurde in 21 Fällen konservativ behandelt. Eine Nachblutung wurde durch eine Pfannenstiellaparotomie gelöst.

Schlußfolgerung: Cystoswing™ stellt eine Methode dar, wo gleichzeitig ein Defekt des vorderen Kompartiments und eine Stressinkontinenz behandelt werden können. Die Zahl der Komplikationen (Erosionen) entspricht den anderen Mesh-Techniken. Zu den Vorteilen zählt die relativ einfache Operationstechnik sowie die Flexibilität der Einwendung.

Blasenperforation im Verlauf einer Prolift™-Operation

A. Dungal, P. Riss, T. Aigmüller, A. Brunner
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Landeskrankenhaus Thermenregion
Mödling

Einführung: Im Falle einer Rezidivzystozele kann der Patientin die Operation mit einem spannungsfrei eingebrachten Netz (Prolift™) empfohlen werden. Dieses gewährleistet eine verlässliche Unterstützung der vorderen Scheidenwand. Intraoperative Komplikationen sind selten, Blutungen und Blasenläsionen während der Prolift™-Implantation sind allerdings möglich.

Patientin: Wir berichten von einer Patientin mit St. p. abdominaler Hysterektomie, bei der es nach extensiver Aquadisektion zu einer Blasenläsion kam. Die Patientin klagte über Senkungsgefühl, Fremdkörper-

gefühl in der Scheide und Drangbeschwerden. Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine Zystozele 3. Grades. Der Apex vaginae war gut fixiert und es bestand keine Rektozele. Die Patientin wurde für eine vordere Prolift™-Operation terminisiert. Vor der Kolpotomie wurden jeweils 100 ml Kochsalzlösung beidseits paravaginal/subvaginal instilliert. Nach einer medianen Kolpotomie erfolgte eine scharfe Mobilisierung der Scheidenwandränder. Die Harnblase wurde stumpf von der Fascia vesicovaginalis abpräpariert. Dabei kam es zu einer Eröffnung der Blase (2 × 2 cm). Nach Identifikation der beiden Ureterostien konnten die Ränder der Blasenwand mit Allisklemmen gefaßt und die Läsion zweischichtig mit Vicryl 3/0 Einzelknopfnähten versorgt werden. Um das Einbringen von Fremdmaterial zu vermeiden, setzten wir den Eingriff mit einer Standard-Kolporrhaphie fort und verzichteten auf die geplante Prolift™-Operation. Der postoperative Verlauf war komplikationsfrei.

Diskussion: Eine mögliche Erklärung für die Blasenläsion könnte der exzessive Gebrauch von Kochsalzlösung sein. Die Identifikation der Gewebeschichten ist möglicherweise dadurch erschwert worden. Die stumpfe Präparation war eventuell ein zusätzlicher Risikofaktor. Fremdmaterial kann nach einer versorgten Blasenläsion vielleicht verwendet werden, wenn keinerlei Infektionsrisiken bestehen. Wir entschieden uns in diesem Fall, die geplante Prolift™-Operation nicht durchzuführen, sondern beendeten die Operation mit einer vorderen Plastik.

Oberschenkelabszeß nach TOT™ – ein Fallbericht

S. Hinterholzer, M. Wunderlich*, P. Riss,
I. Geiss
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Landeskrankenhaus Thermenregion
Mödling, und *Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien

Zusammenfassung: Bei einer 43-jährigen Patientin trat 9 Monate nach einer Inkontinenzoperation mit transobturatorischem Band eine schmerzhafte Schwellung an der Innenseite des rechten Oberschenkels auf, begleitet von Fluor, Dyspareunie und Rezidivstressinkontinenz. Die Speculumeinstellung zeigte eine Bänderosionsstelle von 1 cm Durchmesser im rechten Scheidenfornix.

In der MRT stellte sich eine weit nach kaudal ziehende Vaginalfistel bzw. ein Abszeß an der Innenseite des rechten Oberschenkels mit begleitendem Weichteilödem dar. Die operative Sanierung bestand in der Durchtrennung des TOT™-Bandes an seiner Erosionsstelle im rechten Scheidenfornix, der Entfernung der rechten Bandhälfte, und der großzügigen Exzision des Abszesses im Bereich der rechten Oberschenkelinnenseite. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, die Patientin ist zwei Monate nach der Operation beschwerdefrei. Die Rezidivstreßinkontinenz ist unverändert.

Schlußfolgerung: Bei unklaren Weichteilveränderungen ist die MRT ein hervorragendes diagnostisches Werkzeug. Chronische, wie auch akute Infektionen nach vaginalen Bandoperationen bedingen die großzügige Exzision des involvierten Gewebes, sowie die Entfernung des Bandes, wobei die Belassung der nicht infizierten Bandhälfte in Einzelfällen vertretbar erscheint.

Operative Therapie des Prolaps – Pro-Lift™-Beckenbodenrekonstruktion: Eine retrospektive Analyse an 32 Patientinnen der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Hanusch-Krankenhauses

H. Kittl, T. Kraus, T. Schuller,
A. Marczewski, A. Galid, M. Medl
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Hanusch-Krankenhaus, Wien

Einleitung: Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts finden die synthetischen Meshes immer mehr Eingang in die Beckenbodenchirurgie des Genitalprolaps. An der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Hanusch-Krankenhauses Wien wurden zwischen November 2005 und August 2006 32 Patientinnen mit einem Genitalprolaps mit der Pro-Lift™ Methode (Fa. Johnson & Johnson) operiert.

Material/Methode: 32 Patientinnen mit Genitalprolaps wurden mittels Pro-Lift™ an unserer Abteilung operativ saniert. Bei 24 Patientinnen wurde ein vorderes und hinteres Pro-Lift™, bei 6 Patientinnen ein vorderes Pro-Lift™ und bei 2 Patientinnen ein hinteres Pro-Lift™ durchgeführt.

Resultate: Wir können bei unserem Patientenkollektiv lediglich eine einzige Komplika-

kation, im Sinne einer Netzerosion, berichten. Diese wurde unmittelbar chirurgisch saniert. Bei kurzer Nachbeobachtungsdauer haben wir eine 100 % Erfolgsrate und bisher kein Rezidiv zu beschreiben.

Schlußfolgerung: Pro-Lift™ ist eine sichere, standardisierte und praktisch anwendbare Methode bei gegebener Indikation. Aus unserem Kollektiv ist eine hohe Patientenzufriedenheit bei sehr niedriger Komplikationsrate zu berichten. Langzeitergebnisse bleiben nach der kurzen Nachbeobachtungsdauer noch abzuwarten.

Perforation des Colon transversum als Komplikation einer TVT™-Operation

O. Preyer, J. Machan*, E. Gruber-Fröhlich*,
Ch. Schauer*, P. Lang*
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Medizinische Universität Wien, und
*Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Graz, Abteilung für Gynäkologie, Graz

Fallbericht: Eine 49-jährige, schlanke Patientin mit der Anamnese einer Appendektomie und einer Laparoskopie aufgrund einer Ovarialzyste mit gleichzeitig durchgeführter Sterilisatio wurde in unserer Ambulanz mit Symptomen einer Belastungsharninkontinenz ohne Prolaps vorgestellt. Die urodynamische Untersuchung ergab einen normalen Urethraverschlußdruck und keine Detrusorinstabilität. Nach der Unterzeichnung der Aufklärungsbögen wurde die Patientin in eine derzeit laufende randomisierte, kontrollierte Studie der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (TVT™ vs. TVT-O™) eingeschlossen. Die Patientin erhielt eine Vollnarkose, und es wurde eine TVT™-Operation durchgeführt. Perioperativ wurde per Zystoskopie eine Blasenläsion an der rechten Blasenwand bemerkt, die TVT™-Nadel herausgezogen und neu positioniert. Das Legen der TVT™-Nadel auf der linken Seite verlief intraoperativ unauffällig. Der erste postoperative Tag verlief normal, mit keinen bis moderaten Schmerzen im Bereich der Austrittsstellen. Am zweiten postoperativen Tag trat aus der linken suprapubischen Punktionsstelle ein eitriges Sekret aus und die Patientin entwickelte starke, generalisierte, abdominelle Schmerzen mit Fieber, Zeichen einer Peritonitis bei der klinischen Untersuchung, einem erhöhten CRP und erhöhten Leukozyten im

Labor. Ein Kontrastmittel-CT des Abdomens wurde durchgeführt. Es zeigte sich ein Pneumoperitoneum und führte damit zur Indikationsstellung einer akuten Laparotomie. Während dieses Eingriffes zeigte sich eine generalisierte Peritonitis und eine Perforation des Peritoneums im kleinen Becken durch den linken Bandanteil mit vollständiger Penetration des elongierten Colon transversum, welches bis ins kleine Becken reichte. Das TVT™-Band wurde durchtrennt, sein intraperitonealer Anteil vollständig durch die vaginale Inzisionsstelle entfernt. Im Anschluß wurde eine partielle Resektion des Colon transversum mit einer End-zu-End-Anastomose durch die Chirurgie durchgeführt. Postoperativ erholte sich die Patientin rasch unter antibiotischer Therapie und Analgesie und konnte am Tag 11 nach der Revisionslaparotomie in häusliche Pflege entlassen werden. Wie bereits bei der präoperativen Aufklärung, wurde die Patientin bei der Entlassung über mögliche chirurgische Alternativen wie TVT-O oder eine Kolposuspension nach Burch aufgeklärt. Wir empfehlen der Patientin, nach 6 Monaten für eine zweite Intervention vorstellig zu werden.

Schlußfolgerung: Das österreichische TVT-Register, das perioperative Komplikationen des genannten Eingriffes dokumentiert, registriert Blasenverletzungen und Darmverletzungen in 2,7 % und 0,04 % [1]. Abdominale Eingriffe können zu Adhäsionen von Darmschlingen im retropubischen Raum führen, dadurch bleibt die „blinde“ Passage der TVT-Nadel ein potentiell gefährlicher Teil des Eingriffes, der wie in diesem Fall zu einer Darmperforation führen kann [2–5]. Daher sollte während der Passage der TVT-Nadel peinlichst auf eine streng retrosymphysäre Führung der Nadel geachtet werden. Jegliche suspekte Sekretion aus einer Punktionsstelle postoperativ mit oder ohne Schmerzen sollte sorgfältigst abgeklärt werden. Eine notfallmäßige Laparotomie oder laparoskopische Exploration stellen das bevorzugte Management in solchen Fällen dar.

LITERATUR:

1. Tamussino KF et al. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 732–6.
2. Meschia M et al. *Int Urogynecol J* 2002; 13: 263–5.
3. Leboeuf L et al. *J Urol* 2003; 170: 1310–1.
4. Marouane BA et al. *J Urol* 2003; 170: 2387.
5. Octavio A et al. *J Urol* 2004; 172: 1364.

Magnetresonanztomographien (MRI) der Urethra bei kontinenten Primiparae

O. Preyer¹, T. Lam¹, P. Brugger²,
D. Prayer³, W. Umek¹

¹Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Medizinische Universität Wien,

²Zentrum für Anatomie und Zellbiologie,
Abteilung für systematische Anatomie,

Wien, ³Universitätsklinik für
Radiodiagnostik, Medizinische
Universität Wien

Studienziel: Harninkontinenz *post partum* ist eine häufige Erkrankung bei Frauen nach ihrer ersten Geburt. Inkontinenz während der Schwangerschaft prädisponiert dazu [1]. Das Ziel unserer Studie war der Einsatz von Magnetresonanztomographie (MRI), um die morphologischen Parameter der Urethra bei kontinenten Frauen während ihrer ersten Schwangerschaft zu untersuchen und in weiterer Folge Referenzwerte für künftige Vergleichswerte bei inkontinenten Frauen zu schaffen.

Methoden: Wir rekrutierten zehn schwangere Frauen im zweiten Trimester ihrer ersten Schwangerschaft (mittleres Alter 25 ± 5 Jahre; [19 bis 35 Jahre] / mittleres Gestationsalter 24 + 4 ± 2+2 Wochen; [15 + 6 bis 28+1 Wochen]) ohne klinisch evidente Inkontinenz, erhoben durch einen Fragebogen. In allen Frauen war eine suspeziierte, fetale Pathologie (Gastroschisis, renale Agenesie, Mikrognathie, Corpus callosum-Agenesie, lobuläre Holoprosenzephalie, kongenitale Diaphragmahernie) der Grund für eine multiplanare Becken-Magnetresonanztomographie als Teil der diagnostischen Routineuntersuchung. Die Untersuchungen wurden mit einem 1,5 Tesla-Philips-Scanner unter der Verwendung einer fünfteiligen Sender/Empfänger-MR-Spule durchgeführt. Alle Patientinnen gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Untersuchung. Eine T2-gewichtete Sequenz (time to repetition: 4000 ms, time to echo: 15 ms) wurde für ein multiplanares, zweidimensionales Bild der Urethra verwendet. Axiale und sagittale Schnitte wurden für die Analyse verwendet. Die Schichtdicke betrug 4 mm, mit einem Zwischenraum von 1 mm und ergab somit einen Bildabstand von 5 mm. Ein 230 × 230 mm Blickfeld und eine Bildmatrix von 256 × 256 mm wurden verwendet. Die Bildqualität wurde als adäquat eingestuft, wenn die Hauptstrukturen des Beckens (Blase, Urethra, Vagina)

identifiziert und unterschieden werden konnten. Die Definitionen der Strukturen der Harnröhre basierten auf vorangegangenen Studien der Harnröhrenanatomie [2, 3]. Auf der Höhe der mittleren Urethra konnten die drei Schichten auf den axialen MRI-Schnitten unterschieden werden: Das urethrale Lumen erschien hell. Die umgebende Submukosa erschien als dünner, dunkler Ring. Die Submukosa war von einem breiten, hellen Ring, der glatten Harnröhrenmuskulatur umgeben, die vom sie umgebenden quergestreiften Sphinkter unterschieden werden konnte. Dieser erschien auf den T2-gewichteten Schnitten als dunkler Ring. Die folgenden Werte der weiblichen Urethra konnten identifiziert und gemessen werden: der transversale Gesamtdurchmesser der Urethra, der anteriore-posteriore Durchmesser, der Durchmesser der glatten Muskulatur inklusive dem submukösen Gefäßplexus und Urothel sowie die Urethralänge auf einem midsagittalen Schnitt. Die quergestreifte Sphinktermuskeldicke wurde dann durch Subtraktion der Dicke der glatten Muskulatur, des submukösen Gefäßplexus und des Urothels vom gesamten transversalen Durchmesser der Urethra errechnet.

Ergebnisse: Die Analyse basiert auf den Daten von 9 Patientinnen. Eine Patientin wurde aufgrund schlecht definierter Strukturen ausgeschlossen. Der mittlere transversale urethrale Durchmesser (\pm Standardabweichung), der anteriore-posteriore Durchmesser, die unilaterale Dicke des quergestreiften Sphinktermuskels und die Länge der Urethra waren $14,8 \pm 2,3$ mm (11,7–18,7 mm), $14,5 \pm 1,8$ mm (11,3–16,9 mm), $2,1 \pm 0,5$ mm (1,5–2,6 mm), und $36,0 \pm 7,1$ mm (24,7–43,3 mm). Die Länge der quergestreiften Sphinkters wurde anstelle der Länge der Urethra verwendet, weil es nicht möglich war, den Meatus urethrae externus exakt zu identifizieren. Unsere Meßergebnisse stimmen mit Daten aus früheren Studien über die MRI bei der weiblichen Urethra überein [4, 5].

Schlußfolgerung: Morphologische Parameter der weiblichen Urethra können bei kontinenten Frauen im zweiten Trimester bestimmt werden. Diese Werte dienen als Referenz für künftige Vergleiche mit inkontinenten Schwangeren, mit dem Ziel mögliche Pathomechanismen der schwangerschaftsbezogenen Harninkontinenz zu identifizieren.

LITERATUR:

1. Thomason AD et al. ICS 33rd Annual Meeting, October 2003 (Abstract).
2. Strohbehn K et al. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 750–6.
3. Umek WH et al. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1039–45.
4. Hricak H et al. *Radiology* 1991; 178: 527–35.
5. Tan L et al. *MAGMA* 1997; 5: 59–62.

Haben Frauen mit Drangbeschwerden eine höhere Prävalenz an Sexualstörungen?

I. M. Geiss, W. H. Umek*, A. Dungal,

S. Hinterholzer, P. Riss

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, LTK Mödling, *Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Universität Wien

Einleitung: Die hohe Prävalenz an weiblichen Sexualstörungen wurde in den letzten Jahren in mehreren Studien bestätigt. Sexualstörungen werden dabei oft hinter anderen Symptomen versteckt. Unsere Hypothese war, daß Frauen mit Drangbeschwerden einen deutlich höheren Anteil an Sexualstörungen haben.

Methode: 159 Frauen der urogynäkologischen Ambulanzen der Landesthermenklinikums Mödling und des AKH Wien wurden mit einem anonymen Fragebogen befragt. Die Patientinnen wurden dabei über die sexuellen Aktivitäten während der letzten beiden Jahre befragt. Eine Sexualstörung wurde diagnostiziert, wenn die Frauen eine der Fragen über die verschiedenen Untergruppen der Sexualstörungen (Libido, Erregung, Orgasmus, Schmerz) bejahte und zusätzlich angab, darunter zu leiden. Patientinnen mit Drangbeschwerden (Gruppe A) wurden mit anderen Gruppen verglichen: Harninkontinenz (B), Senkungsbeschwerden (C) und Patientinnen der allgemeinen gynäkologischen Ambulanz (D). Fishers Exact-Test wurde zu statistischen Berechnung verwendet.

Resultate: Wir fanden in allen Gruppen eine sehr hohe Anzahl an Sexualstörungen. Gruppe A zeigte eine Prävalenz von 79 %, Gruppe B 75 %, Gruppe C 71 % und Gruppe D 64 %. Es wurden allerdings keine signifikanten Unterschiede gefunden. Interessant war die Tatsache, daß 96 % angaben, sich durch die Fragen nicht belästigt zu fühlen.

Zusammenfassung: Patientinnen mit Drangbeschwerden könnten eine etwas höhere

Prävalenz an Sexualstörungen aufweisen als andere Gruppen in der urogynäkologischen oder gynäkologischen Praxis. Der Unterschied in der Prävalenz zwischen den Gruppen erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

Einfaches Modell für den Unterricht des Pelvic Organ Prolapse Quantification Systems (POPQ)

I. M. Geiss, P. Riss, E. Hanzal, A. Dungal
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, LTK Mödling, *Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Universität Wien*

Einleitung: Das Pelvic Organ Prolapse Quantification Systems (POPQ) ist zur Zeit international das am häufigsten verwendete System. Trotzdem ist die Verwendung weltweit in der gynäkologischen Routine nur teilweise akzeptiert. So verwenden nur 44 % aller Mitglieder der Internationalen Urogynecologic Association (IUGA) das System routinemäßig für die Dokumentation. Ein Grund für die mangelnde Ausbreitung könnten Verständnisprobleme sein. Unser Ziel war es, ein einfaches Modell für den Unterricht des POPQ-Systems zu entwickeln, das die Möglichkeit der Simulation von verschiedenen Senkungszuständen zulässt.

Das Modell: Als Modell für eine mobile Scheide wurde eine Zipfelmütze verwendet, die in einem hölzernen Stickrahmen fixiert wurde. Dieser Rahmen stellte die Hymenalsaumbene dar und diente damit als Referenzebene für alle Meßpunkte. Die Quaste am Ende der Weihnachtszipfelmütze simulierte die Zervix. Die Punkte Aa und Ap als anatomische Fixpunkte wurden mit einem Knopf markiert.

Erfahrungen: Mit dem Modell wurden bereits Workshops der Österreichischen Urogynäkologischen Gesellschaft (AUB) in Geinberg und Exchange Meetings der IUGA in Südafrika und Indien gestaltet. Dabei zeigte sich, daß es mit diesem Modell sehr schnell gelingt, das Verständnis für die fixen Punkte Aa /Ap und die variablen Punkte Ba/Bp zu erarbeiten. Die Teilnehmer der POPQ-Workshops können selbst mit dem Modell Angaben im POPQ-Raster am Modell nachstellen. Ebenso kann eine Modellsimulation abgemessen werden und in das 3 × 3 POPQ-Raster eingetragen werden. Ein wesentlicher Zusatzfaktor war der Spaß beim Lernen, der durch die humorvolle Gestaltung des Modells zum Tragen kam. Das POPQ-Workshop der AUB wurde mit 1,3 (Schulnoten system 1–5) sehr gut benotet.

Zusammenfassung: Ein wichtiger Lernfaktor, um das komplexe POPQ-System zu verstehen, kann das Hands-on-Training mit einem mobilen Scheidenmodell sein.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)