

Leistungsschau Urogynäkologie

«Erfolg» definiert die Patientin

Etwa jede dritte Frau ist von Harninkontinenz betroffen. Obwohl ein Urinverlust zur Unzeit sehr häufig belastend ist, suchen längst nicht alle Betroffenen ärztliche Hilfe. Dabei kann mit den heutigen Therapieoptionen meistens Heilung oder zumindest eine deutliche Verbesserung der Inkontinenzsituation erreicht werden. Wie dies in speziellen urogynäkologischen Situationen am besten bewirkt werden kann, wurde an einem Symposium der Klinik für Gynäkologie am USZ diskutiert.

Innovation, Forschung und Wissenschaft haben in den letzten beiden Dekaden die Urogynäkologie zu einem spannenden Arbeitsfeld mit zahlreichen Optionen gemacht. Je mehr diagnostische und vor allem therapeutische Möglichkeiten entwickelt wurden, umso mehr Diskussionspunkte ergeben sich allerdings selbst für Experten, wie bei der Urogynäkologie-Veranstaltung des USZ an Beispielen wie der Belastungsinkontinenz, überaktiven Blase und Therapie bei Blasenentleerungsstörungen aufgezeigt wurde. Das Team von **Prof. Dr. med. Daniel Fink** trat an, um „einfache“ Fragen und Probleme, wie sie im urogynäkologischen Klinikalltag auftreten, mittels Evidence Based Medicine zu beantworten. Aber auch neueste Entwicklungen wurden aufgezeigt. Ob die 3D-Perinealsonographie echter Fortschritt oder doch nur ein Spielzeug sei, hinterfragte **Prof. Dr. med. Volker Viereck** aus Frauenfeld. Die Neuromodulation als Therapieoption stellte die Urologin **Dr. med. Stephanie Knüpfer** vom Unispital Balgrist vor.

Definitionen und Messparameter

Die International Continence Society (ICS) definiert Harninkontinenz als jeglichen unwillkürlichen Urinverlust. Von Belastungsinkontinenz spricht man bei unwillkürlichem Urinverlust, der zeitgleich zu körperlicher Aktivität wie Husten, Niesen oder Lachen auftritt (engl. «stress urinary incontinence», SUI). Als urodynamische Belastungsinkontinenz wird ein unwillkürlicher Harnverlust im Rahmen einer Füllzystometrie bei intraabdominellem Druckanstieg und in Abwesenheit von Detrusorkontraktionen definiert. Von latenter oder verborgener Belastungsinkontinenz wird im Zusammenhang mit einem Vaginalprolaps gesprochen, wenn bei der Reposition bei Durchführung eines klinischen Stresstests ein unwillkürlicher Harnabgang erfolgt. Eine überaktive Blase (OAB) liegt vor, wenn eine Patientin über einen häufigen, imperativen, schwer unterdrückbaren Harndrang klagt.

„In vielen einfachen Fällen ist eine ausführliche Anamnese selbst bei Mischformen meist ausreichend, um zu einer ersten Diagnose zu kommen“, führte **Dr. med. David Scheiner**, Leiter der urogynäkologischen Sprechstunde am USZ, aus (s. Abb. 1). Die Basisdiagnostik beginnt mit einem Ausschluss eines Harnwegsinfektes oder eines Genitaleszensus als Ursache. Zur Indikation der urodynamischen Untersuchung zitierte Dr. Scheiner Lord Kelvin: „Wenn man messen kann, worüber man spricht, und es in Zahlen ausdrücken kann, dann weiss man darüber

Bescheid.“ So erfolgt am USZ die urodynamische Untersuchung nicht nur als ausführliches Diagnostikum, sondern auch zur besseren Diskussionsgrundlage und Entscheidungsfindung mit der Patientin. Auch wenn die urodynamische Messung eine gewisse Variabilität von bis 15% beim selben Individuum aufweise und es noch keinen Goldstandard gibt, ist sie doch häufig unverzichtbar.

Anhand von fünf Beispielsituationen (neu aufgetretene Harninkontinenz, Inkontinenz bei Gartenarbeit, Urinverlust beim Aufstehen auf dem Weg zur Toilette, positiver Hustentest, ständiger Urinverlust) diskutierte Dr. Scheiner, wann am USZ die Indikation zur Urodynamik gesehen wird: Immer vor einer Botulinumtoxin-Therapie, vor invasiven Eingriffen (Deszensus- oder Inkontinenzoperation mit Frage nach Miktionsstörungen), bei Therapieversagen und bei komplizierter Situation. Damit gehen sie konform mit den entsprechenden Expertenbriefen der SGGG zu den Indikationen zur Urodynamik (Nr. 16 vor Schlingenoperation, Nr. 25 vor Botox) und zur internationalen Literatur.

Die präoperative urodynamische Abklärung ist für die Aufklärung der Patientin von grossem Wert. Die Information und Aufklärung über die Vor- und Nachteile einer Therapiemethode sei sehr wesentlich für den Outcome, betonte Dr. Scheiner. Patienten könnten schon mal vergessen, wie ihre Ausgangssituation war oder wüssten manchmal nicht mehr, dass sie bereits vor Jahren eine Operation hatten. 20% der Frauen mit reiner Belastungsinkontinenz zeigen zusätzliche Störungen, die das Operationsergebnis negativ beeinflussen könnten (Drangsymptome, Miktionsstörungen, Jeong 2012), diese gelte es zu finden und zu diskutieren. „Je besser die Operationsvorbereitung, umso höher ist die Zufriedenheit mit dem Ergebnis“, so der Experte.

Das gelte auch für die intravesikale Injektion von Botulinumneurotoxin als ein höchst wirksamer Therapiemodus bei der überaktiven Blase. Seit 2000 wird diese Methode am USZ mit guten Erfolgen angeboten. Allerdings sind manche Frauen auch skeptisch eingestellt, obwohl sich die Ergebnisse auch langfristig sehen lassen.



TAB. 1 Prophylaktische Salpingektomie	
Vorteile	Nachteile
Prävention des Ovarialkarzinoms	Beeinträchtigung der ovariellen Durchblutung
Einfache Technik	Gefahr eines chirurgisch induzierten Klimakterium präcox
Unwesentliche Verlängerung der OP-Zeit	Unnötig viele Salpingektomien um ein Ovarialkarzinom zu verhindern
Minimierung der Rate an Zweiteingriffen	

Reizblase oder Belastungsinkontinenz?

Most urgency occurred in combination with stress incontinence (stress incontinence). The urgency sensation seems to be more frequent with the frequency of stress incontinence episodes (P < 0.001) (Tanner 2004)

Symptom	Überwiegend Belastungsinkontinenz	Überwiegend Reizblase
Urgency	Ja	Nein
Frequenz mit Urgency (>4/24h)	Ja	Nein
Urinverlust bei körperlicher Belastung/Aktivität	Nein	Ja
Grösse des Urinverlustes	Gross (falls OAB weit)	Klein
Schafft es rechtzeitig auf Toilette bei Drang	Meist nicht	Ja
Erwacht nachts wegen Drang	Häufig	Selten

Abb. 1: Reizblase oder Belastungsinkontinenz

Hintergrund

Prophylaktische Salpingektomie

Vorteile:	Nachteile:
<ul style="list-style-type: none"> • Prävention des Ovarialkarzinoms • Einfache Technik • Unwesentliche Verlängerung der OP-Zeit • Minimierung der Rate an Zweitgriffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der ovarialen Durchblutung • Gefahr eines chirurgisch induzierten Klimakterium präcox • Unnötig viele Salpingektomien nötig, um ein Ovarialkarzinom zu verhindern

Abb. 2: Prophylaktische Salpingektomie

Vom Kind im Bade

Seit 1995 haben das TVT-Band (Tension-free Vaginal Tape) und weitere „Schlingen“ die Behandlung der reinen Belastungsinkontinenz revolutioniert. Um die Harnröhre geführt und hinter dem Schambein hochgezogen und fixiert kann die Urethra gestützt werden. Eine Erfolgsgeschichte. **Prof. Fink** verwies aber auch auf den wohl grössten Rückschlag in der Urogynäkologie. 2011 warnte die U.S. Food and Drug Administration FDA vor den Komplikationen beim Einsatz transvaginaler Netze (Meshes) in der Behandlung des Genitaleszenus. Als Folge dessen – und mit der Zunahme von Patientenklagen in den angelsächsischen Ländern – haben sich Gynäkologen und Spitäler von den Meshes abgewendet. Leider oft zur Gänze, eine Firma hat den Vertrieb von Meshes sogar eingestellt. „Womöglich haben wir damit das Kind mit dem Bade ausgeschüttet,“ sagte Prof. Fink. „Zuallererst wollen wir nicht schaden, das ist klar. Vielleicht hat jetzt die Phase der Konsolidierung unseres urogynäkologischen Wissens begonnen.“ Die Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG) hat im Expertenbrief 21 Stellung zu der Problematik der Netze in der Deszensuschirurgie bezogen, die weiterhin in ausgewählten Fällen eine Option bleiben.

„Was ein Erfolg ist, definiert letztlich die Patientin.“ Das sagte **Dr. med. Sonja Brandner** von der Urogynäkologie in Bern in ihren Ausführungen zum Thema fortgeschrittener Prolaps und Inkontinenz. Bei sehr alten Frauen bestimme der Ausgangsbefund, die Symptomatik, letztlich den Erfolg einer Massnahme. Werden Erwartungen und Ziele individuell mit der Patientin genau festgelegt, umso besser das Resultat. Sie seien in Bern extrem zurückhaltend mit Netzen und gleichzeitig mit der Deszensusoperation durchgeführten Schlingeneinlage und versuchen alle konservativen Massnahmen inklusive Oestrogenisierung und Pessarversorgung, bevor sie eine Operation durchführen.

Mirabegron Studiendaten

Neu und überlegenswert ist der B3-Adrenozeptor-Agonist Mirabegron (Betmiga®) der seit 1. Juli 2014 auch in der Schweiz zugelassen ist und den PD Dr. med. Daniele Perucchini vorstellte. Bei sehr guter Wirkung auf die Symptome der Reizblase zeigen die Daten aus mehr als 40 Studien, dass eine deutlich niedrigere Neben-

wirkungsrate zu verzeichnen ist als bei Anticholinergika (keine Mundtrockenheit, weniger Obstipation, bei Glaukom erlaubt). Es wird nicht postuliert, dass Mirabegron besser als zum Beispiel Tolterodin wirkt, aber das günstigere Nebenwirkungsprofil ist ein grosses Plus.

Werk- oder Spielzeug?

Die Sonographie hat im Rahmen der Diagnostik von Inkontinenz und Beckenbodenfunktionsstörungen einen festen Stellenwert erreicht und radiologische Techniken weitgehend abgelöst. Als nicht-invasive Untersuchungsmedthode ist die 2-D-Sonographie in der Urogynäkologie zur Restharnmessung schon lange unverzichtbar. Nun kommt die nächste Dimension dazu. **Prof. Dr. med. Volker Viereck**, Co-Chefarzt in Frauenfeld, zeigte auf, worin die Vorteile einer dreidimensionalen Darstellung bestehen.

Sonographisch dargestellt werden können Blase, Urethra, Symphyse, Vagina, Rektum und Uterus. Das 3-D-Volumen kann Zeit-, Orts- und Untersucher-unabhängig analysiert werden. Prof. Viereck hat gute Erfahrungen bei der Untersuchung des Beckenbodens, der Harnröhre und bei bestimmten postoperativen Fragestellungen. Als Beispiele zeigte er Bilder, die eine Differenzialdiagnose von Urethraldivertikel und suburethraler Zyste erlaubten. Bei der Belastungsinkontinenz ist ein sonographischen Nachweis einer Trichterbildung sowie der Blasenhalmmobilität möglich. Bei Deszensus korreliert der sonographische Befund meist mit dem klinischen.

Die vor Harninkontinenzoperationen durchgeführte Sonographie kann sog. „klinisch okkulte“ Risikofaktoren (hypermobile oder starre Urethra, sehr kurze oder lange Urethra, Urethradivertikel, Bandlage bei Rezidivoperation) erkennen, die unerkannt ursächlich zu postoperativen Komplikationen führen können. Die postoperative Darstellung synthetischer Schlingen und Netze sei derzeit genauer möglich mit 2D als in 3D. Die Untersuchung und Vermessung des Hiatus urogenitalis sei eine der Indikationen, wo in Frauenfeld der 3-D-Ultraschall zum Einsatz komme. Die Levatormuskulatur lasse sich gut verfolgen und zum Beispiel ein Abriss als Geburtsfolge sichtbar gemacht werden.

Fazit von Prof. Viereck: Die 3-D-Sonographie überwindet einige Limitierungen von 2D, sie ermöglicht eine Volumenaufzeichnung und frei wählbare Bildebenen. Zur Darstellung und

Vermessung komplexer, räumlicher Strukturen und Organbeziehungen ist sie vor allem präoperativ ein nützliches Werkzeug.

Physiotherapie und Neuromodulation

In Holland ist es Usus, dass Frauen parallel zur konservativen und vor und nach einer operativen Intervention bei Belastungsinkontinenz Beckenbodengymnastik ausüben (sollen). Die Drop-out Rate ist auch dort hoch. Physiotherapie verbessert die Symptome, die motorische Kontrolle, den Beckenorgansupport, die Muskelstärke und den vaginalen Ruhedruck. Der Trainingseffekt nimmt ohne weiteres Training bereits nach einer Woche um 5–10 % ab. Die Erfolge sind mit Heilungsraten von 41–85% und 80% weniger Drangepisoden überzeugend. Das berichtete Dr. Cornelia Betschart vom USZ. In einem Cochrane Review konnte gezeigt werden, dass alle Betroffenengruppen gleichermaßen Alters-unabhängig zu profitieren scheinen, Nebenwirkungen sind gering. Die Erfolge bei spezialisierten Physiotherapeuten sind dann gut, wenn die Compliance stimmt. „Die Drop-out Rate liegt allerdings mit 20–23% hoch und so wird doch primär oder sekundär letztlich nicht selten die Inkontinenzschlinge bevorzugt“, so die Erfahrungen Betscharts.

Bei der Entwicklung der Tiefenhirnstimulation für neurologische Indikationen fiel auf, dass ein Nebeneffekt eine Verbesserung der Blasenfunktion sein kann. Die genaue Wirkungsweise der zentralen aber auch der peripheren Neuromodulation ist bislang nicht genau bekannt. Bisherige Einsatzbereiche sind nach Dr. med. Stephanie Knüpfer, Fachärztin für Urologie am Uniklinikum

Balgrist Zürich, die TENS bei Kindern mit nächtlicher Inkontinenz, die Magnetstuhl Neuromodulation und die sakrale Neuromodulation S3–S4 bei Blasenentleerungsstörungen (Drangsymptomatik mit/ohne Inkontinenz, nicht-obstruktive chronische Harnverhaltung) und bei Darmdysfunktion. Werde bei der Testphase eine 50% Besserung erreicht, so könne der Neurostimulator dauerhaft implantiert werden. Mögliche Komplikationen sind Infektionen, Schmerzen, Elektrodenbruch und -verlagerung.

Neue Hypothesen zur Pathogenese des Ovarialkarzinoms legen nahe, dass eine erhebliche Zahl aus den Tubenenden stammt. Der Gedanke, bei einer Hysterektomie prophylaktisch auch gleich die Tuben mit rauszunehmen, um das Ovarialkarzinom-Risiko zu senken, scheint logisch. Die Literatur zu diesem aktuellen Thema hatte **Dr. med. Patrick Imesch** gesichtet und die Vorgehensweise am USZ vorgestellt (s. Tabelle). „Die Daten legen nahe, dass die Angst vor einer schlechteren Durchblutung der Ovarien postoperativ unberechtigt ist“, räumte Imesch diese Befürchtung aus. Auch eine vorzeitige Menopause konnte in Studien nicht signifikant häufiger nachgewiesen werden. Seine Empfehlung: Mit Frauen über 40 spricht er über eine prophylaktische Salpingektomie.

▼ SMS

Quelle: Kontroversen in der Urogynäkologie der Klinik für Gynäkologie am Universitätsspital Zürich am 12. Juni 2014.

ANKÜNDIGUNG



Vol. 4 – Ausgabe 5 – Oktober 2014

Was bietet Ihnen die kommende Ausgabe?

FORTBILDUNG ➔ Uterus myomatosus

Thrombozytopenie

Intrauterine Wachstumsretardierung

Botoxtherapie bei Harninkontinenz

KONGRESS

Zürcher Symposium „Knochengesundheit“