

## 16. Frauenfelder Symposium Urogynäkologie

## Standard und Trends

Am 23. Oktober fand das traditionelle 16. Frauenfelder Symposium, ein gemeinsames Symposium der Frauenkliniken Frauenfeld und Aarau und der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG) unter dem Motto Standards und Trends in der Karthause Ittingen statt. Der Organisator, Prof. Dr. med. Volker Viereck, Co-Chefarzt der Klinik und Leiter des Blasen- und Beckenboden Zentrums, welches gleichzeitig sein 10-jähriges Bestehen feiern konnte, durfte über 200 Teilnehmer zu dem Anlass willkommen heißen.

## Geburtshilfe und Urogynäkologie

## Beckenbodenprotektive Geburtshilfe – Welchen Stellenwert hat die primäre Sectio caesarea?

Zu den Strategien zur Reduktion von Dammriss (DR) mit Schweregrad III und IV und der Geburtsplanung nach DR III/IV referierte Frau **Dr. med. Gundula Hebisch**, Frauenklinik Frauenfeld. Höhergradige Dammrisse können nach allen vaginalen Geburten auftreten und die Lebensqualität der Frau dauerhaft beeinträchtigen, so die Referentin. Risikofaktoren sind neben höherem Alter bei Geburt und fetaler Makrosomie die vaginal-operative Entbindung, speziell Forcepsentbindung, verlängerte Austreibungsperiode und perinale Rissverletzungen (Sphinkterverletzungen). Diese Risikofaktoren treten häufig in Clustern auf und können synergistische Auswirkungen auf das Outcome haben. Es scheint unmöglich, zwischen den einzelnen Risikofaktoren zu unterscheiden. Randomisierte Studien zur Unterbrechung der einzelnen Variablen sind nicht durchführbar, wie die Referentin feststellte.



Dr. med.  
Gundula Hebisch

Stuhlinkontinenz ist häufiger als bisher angenommen. Die meisten Inkontinenzen sind aber intermittierend und nach ein bis zwei Jahren nicht mehr nachweisbar.

Derzeit kann nicht sicher gesagt werden, dass eine elektive Sectio caesarea zur Vermeidung eines potentiellen intrapartalen Beckenbodentraumas Aufwand, Kosten und potentielle Risiken der Sectio aufwiegt. Ein Langzeitbenefit besteht nicht. Das Wiederholungsrisiko für einen DR III liegt unter 5%; eine vaginale Geburt ist möglich. Frauen mit DR IV und kompletter Heilung darf in der Folgeschwangerschaft die Spontangeburt mit einem Wiederholungsrisiko von bis zu 5.5% gestattet werden; Frauen mit bleibender Stuhlinkontinenz wird die primäre Sectio großzügig angeboten, da weitere Funktionsverluste des Sphinkters auftreten können.

Eine manometrische und endoanale Ultraschalluntersuchung ist nicht erforderlich, die Risikoevaluation mit aktuellem klinischem Befund und individuellem Entscheid jedoch anzustreben.

## Primäre und sekundäre Versorgung komplexer Geburtsverletzungen und deren Nachbetreuung

Nach Vaginalgeburt zeigt ca. 1% der Frauen irgendeine Form von muskuloskelettaler Verletzung, stellte Frau **Prof. Dr. med. Annette Kuhn**, Bern, fest. Nach einem Jahr ist die Kontraktilität wieder physiologisch. Der Benefit der primären Sectio caesarea für den Beckenboden wiegt Aufwand, Kosten und potentielle Risiken der Sektio nicht sicher auf. Es zeigt sich kein Langzeitbenefit. Das Wiederholungsrisiko für DR III ist kleiner als 5%.



Prof. Dr. med.  
Annette Kuhn

Risikofaktoren für Stuhlinkontinenz sind Forceps, Kindsgewicht >4 kg, dritt- oder viertgradige Dammrisse (OR 1.95); die Stuhlinkontinenz ist für jede BMI-Erhöhung über normal um 6% erhöht.

Tipps und Tricks:

- ▶ Korrekte Klassifikation: DR IIIa, IIIb, IIIc, IV, im Zweifelsfall höher gradieren.
- ▶ Beste Sichtverhältnisse, Anästhesie
- ▶ Innerer Sphinkter: Overlap ist technisch oft schwierig und technisch nur möglich, wenn die ganze Länge des Risses identifiziert wird. Bei partiellem Abriss: End zu End. Sorgfältige Blutstillung.

Mit der Beckenbodenrehabilitation sollte sofort begonnen werden. Danach Stuhlregulation, Antibiotikaprophylaxe, klinische Kontrolle vor Austritt, ob Stuhlinkontinenz, Urininkontinenz oder anderes vorliegt. Eine Nachkontrolle (klinisch, Endoanalschall, Wexner-Score o.ä.) sollte nach 3 Monaten durchgeführt werden, so die Empfehlungen der Referentin.

## 3D-Darstellung geburtsbedingter Spätfolgen am Beckenboden – Korrelation von Klinik und Anatomie

Die Komplikationen bei Spontangeburt sind okkulte Defekte des Sphinkter ani (30%), symptomatische Defekte des Sphinkter ani (13%), Dyspareunie (14%). Dammriss III: 85% mit analen Strukturdefekten, 50% mit symptomatischen Strukturdefekten, stellte **Prof. Dr. med. Josef Wisser**, Zürich, fest. Er verwies auf die sonographische Untersuchung und die 3D-Evaluation des Beckenbodens und die Sonomorphologie des hinteren Kompartiments hin.



Prof. Dr. med.  
Josef Wisser

Mit zunehmendem Geburtsfortschritt kommt es zur Traumatisierung des Beckenbodens. Diese ist assoziiert mit dem Geburtsmodus sowie mit klinischen Symptomen von Harn- und Stuhlinkontinenz. Die elektive Schnittentbindung verhindert eine Traumatisierung des Beckenbodens. Aufgrund bislang vorliegender Daten kann der Kaiserschnitt die Prävalenz von Harn- und Stuhlinkontinenz nicht senken, so der Referent.

## Diagnostik

### Urodynamik: Untersuchungstechnik und Befundinterpretation

Wer viel misst, sollte sich überlegen, was er sucht, so **Dr. med. Joerg Humburg**, Basel. Urodynamik heisst Messung von Volumina und Druck (EMG), Interpretation der Messwerte und Korrelation zu den Symptomen, Artefakte, Plausibilität der Ergebnisse. Sie ist ein Baustein auf dem Weg zur Diagnostik



**Dr. med. Joerg Humburg**

Die Empfehlungen zur Urodynamik sind

- ▶ keine urodynamische Abklärung (UDA) vor konservativer Therapie (LOE 1a, Empfehlungsgrad D)
- ▶ begrenzte Evidenz, dass eine präoperative UDA den Therapieerfolg ändert (LOE3, Empfehlungsgrad B)
- ▶ Bei Vorliegen von Symptomen einer „overactive bladder“ (OAB), vor Eingriffen oder Hinweisen für eine Miktionsstörung (LOE3, Empfehlungsgrad B)
- ▶ Eine Beurteilung der Urethrafunktion sollte im Rahmen einer UDA erfolgen (LOE3, Empfehlungsgrad B)
- ▶ Eine UDA sollte präoperativ erfolgen, wenn die erhobenen Befunde die Wahl der Therapie beeinflussen (LOE3, Empfehlungsgrad B)
- ▶ Bei Patientinnen mit höhergradiger Senkung ohne Symptome einer Belastungsinkontinenz sollte ein Stresstest nach Reposition erfolgen. Zur Beurteilung einer larvierenden Belastungsinkontinenz u/o einer Detrusordysfunktion sollte eine UDA mit Prolapsreposition erfolgen (LOE3, Empfehlungsgrad B)
- ▶ Vor operativen Eingriffen (insbesondere bei Rezidiven) sollte eine UDA erfolgen, um mit grösster Sorgfalt die Patientin beraten und der richtigen Therapie zuführen zu können
- ▶ Miktionsbeurteilung erfolgt durch Uroflowmetrie
- ▶ Weiterführende Diagnostik: invasive Urodynamik, Zystometrie ggf. Provokationstest, Druckmessung

Empfehlungen zur Diagnostik können nur als Expertenmeinung mit einem Level 4 angegeben werden, da es keine prospektiv-randomisierten Studien gibt, welche die Notwendigkeit bestimmter diagnostischer Massnahmen belegen (Empfehlung offen).

### Vaginalsulcus – does it matter?

In der operativen Behandlung der Stressinkontinenz hat sich die Einlage von spannungsfreien suburethralen Vaginalschlingen als Goldstandard durchgesetzt – entweder mit retropubischem (TVT) oder mit transobturatorischem (TVT-O) Verlauf des Bandes. Bei vergleichbaren Heilungsraten bestehen jedoch bandspezifische Komplikationen. Retropubische Methoden führen häufiger zu Blasenverletzungen oder Entleerungsstörungen, während transobturatorische Bänder eher zu Leistenschmerzen, Dyspareunie und vaginalen Hautperforationen und Erosionen am Sulcus führen. Eine Bandwahl unter Berücksichtigung von individuellen Patientencharakteristika könnte helfen, diese Komplikation zu minimieren, so **Dr. med. Oliver Rautenberg**, Frauenfeld.



**Dr. med. Oliver Rautenberg**

Seine Empfehlungen lauten „look closer“, Methode für jede Patientin individuell auswählen. Urethralänge und Mobilität, Höhe

des Vaginalsulcus (klinisch nicht einfach, deshalb empfiehlt sich die zusätzliche sonographische Beurteilung). CAVE bei hohem Vaginalsulcus: Intraoperative/Long-term-Komplikationen durch horizontalen Bandverlauf (Arrosionen von innen, Dyspareunie).

## Reizblase und rezidivierende Harnwegsinfekte

### Neue Methoden zur Therapie der Dranginkontinenz: von Betmiga® bis CESA/VASA

Bei der hyperaktiven Blase handelt es sich um ein chronisches Leiden mit fluktuierendem Verlauf. Der Leidensdruck ist erheblich, wie **PD Dr. med. Daniele Perucchini**, Zürich, feststellte. Wege zum Erfolg der Therapie sind zum einen die Verhaltenstherapie, dazu gehört die Trinkmenge. Die „modernen“ Trinkgewohnheiten sollten im Hinblick auf eine Dranginkontinenz hinterfragt werden.



**PD Dr. med. Daniele Perucchini**

Zum zweiten steht eine Reihe von medikamentösen Therapien zur Verfügung. Darunter die  $\beta$ 3-Adrenorezeptoragonisten, die Neuromodulation, die periphere Neuromodulation und CESA/VASA. Die  $\beta$ 3-Adrenorezeptoren regulieren die Harnspeicherung durch Detrusorrelaxation.

In der Blasenentleerungsphase stimuliert der Parasympathikus durch Acetylcholin die cholinergen M2- und M3-Rezeptoren und löst eine Harnblasenkontraktion durch Kontraktion des Detrusors aus. Anticholinergika verhindern die unfreiwillige Blasenkontraktion durch Blockade dieser Rezeptoren im Detrusor. In der Blasenfüllungsphase aktiviert der Sympathikus die  $\beta$ 3-Adrenorezeptoren durch Noradrenalin und löst die Entspannung des Detrusors aus. Die Stimulation der  $\alpha$ 1-Adrenorezeptoren löst parallel die Kontraktion des inneren Sphinkters aus.

Mirabegron (Betmiga®) aktiviert die  $\beta$ 3-Adrenorezeptoren und löst die folgenden Reaktionen aus: Förderung der Entspannung des Detrusors während der Blasenfüllung und Erhöhung der Blasenkapazität sowie des Intervalls zwischen den Blasenentleerungen. Mirabegron beeinträchtigt die Blasenentleerung nicht. Die Wirksamkeit von Mirabegron wurde in mehreren randomisierten Placebo-kontrollierten doppelblinden Phase-III-Studien nachgewiesen. Die Wirksamkeit von Mirabegron ist sowohl für Patientinnen in der primären medikamentösen Therapie als auch nach erfolglosem Versuch mit Anticholinergika nachgewiesen. Ein Head-to-Head-Vergleich zu den Anticholinergika steht aber noch aus.

Weitere therapeutische Möglichkeiten sind die Neuromodulation (periphere Neuromodulation). Gängige Arten sind dabei die Perkutane Tibiale Nervenstimulation (PTNS), die Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS) und die Sakrale Neuromodulation.

Cervico-Sakropexie (CESA) und Vagino-Sakropexie (VASA): Es handelt sich um ein modifiziertes Verfahren der Sakroholpexie, wobei die Sacrouterin-Ligamente durch ein Implantat verstärkt/ersetzt werden. Damit soll eine begleitende Drangsymptomatik/Dranginkontinenz geheilt werden. Die Datenlage ist bezüglich der Dranginkontinenz und Drangsymptomatik noch gering.

### Botox in Urethra und Blase – Neues und Bewährtes

Onabotulinumtoxin A hat sich in der Behandlung der therapie-refraktären idiopathischen überaktiven Blase bewährt, was sich

sowohl im klinischen Alltag als auch an der Datenlage aus verschiedenen randomisiert-kontrollierten und teils plazebokontrollierten Studien zeigt, so **Dr. med. David A. Scheiner**, Zürich.

Die Therapie ist sehr effektiv. Die Wirkung hält ein bis zwei Jahre an. Typische Nebenwirkungen sind – auch bei niedriger Dosierung – Blasenentleerungsstörungen bis zum kompletten Harnverhalt, was den passageren (Selbst-) Katheterismus erforderlich machen kann. Seit Dezember 2013 ist die Behandlung in der Schweiz zugelassen, es muss aber noch eine Kostengutsprache bei der Krankenkasse eingeholt werden.



**Dr. med.  
David A. Scheiner**

### **Impfungen gegen chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte**

Es gibt oder gab eine ganze Reihe von Vakzinen, meistens inaktivierte Keime (*E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* u.a.m.). In der Schweiz ist seit 1957 Urovaxom (OM-89), ein Lysat mit Membranproteinen aus 18 *E. coli*-Stämmen (*E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterococcus*) erhältlich, wie Frau **Dr. med. Julia Münst**, Frauenfeld, eingangs erwähnte.



**Dr. med.  
Julia Münst**

Rezidivierende Harnwegsinfekte werden meist durch Antibiotika behandelt. Mit einer multimodalen Therapie und einem Prophylaxe-konzept können gute Resultate erreicht werden. Mit Hilfe von Vakzinen mit inaktivierten Bakterienstämmen kann die Harnwegsinfekt-Rate gesenkt werden. Die Referentin stellte einen neuen Impfstoffkandidaten gegen uropathogene *E. coli* vor, der von LimmaTech Biologics (ehemals GlycoVaxyn) entwickelt wurde und in Frauenfeld getestet wurde. Der Impfstoff zeigte dabei gute Sicherheit und gute Immunantwort, die Analyse zur Effektivität läuft noch. Der Impfstoff wird in einer zweiten Phase-II-Studie in den USA weitergetestet.

### **Harninkontinenzchirurgie und Prolaps-chirurgie**

#### **Aktuelle Konzepte in der Inkontinenzchirurgie**

Wer ist der beste Bond-Darsteller?, so die Frage von **Prof. Dr. med. Volker Viereck** zur Eröffnung seines Referats. Die allgemeinen Entscheidungskriterien sind Erfolg (Langzeitdaten, Komplikationen (Früh-/Spät-, Quantität und Qualität), ob es eine einfache, anspruchsvolle, invasive Operation ist und wie die Kosten sind. Er verglich Schlingenverlauf und -typ, welche Zugrichtung (kurz, mittel, lang; Inside-out oder outside-in). Weitere wichtige Komponenten sind das Schlingenmaterial und der Operateur („there is no condition or disease that cannot be made worse by surgery“, U. Umsten). Welche Schlingenmethode ist die beste? Wenn nur eine Schlinge zur Auswahl steht, dann TVT, da diese effektiver ist. TOT ist empfohlen nach Radikaloperation (Neoblase), Zystozele I-II, Adipositas, Mini- und Mischschlingen: Denkmodelle sind gut, langfristige Daten fehlen.



**Prof. Dr. med.  
Volker Viereck**

#### **Rezidiv-Harninkontinenz: was ist wann sinnvoll?**

##### **Zweites Band/Bulking Agents**

Die operative Standardtherapie der Belastungsinkontinenz ist die Einlage einer suburethralen Schlinge, wie beispielsweise die TVT-Schlinge (Tension Free Vaginal Tape), ein spannungsfreies, synthetisches Band, das die Harnröhre im funktionell relevanten, mittleren Bereich unterstützt. Eine Alternative ist die minimalst invasive Umspritzung der Harnröhre mit Bulking Agents (Füllstoff der Urethra), so Frau **Dr. med. Irena Zivanovic**, Frauenfeld. Bulkamid ist ein geruchloses und transparentes Hydrogel aus 2.5% Polacrylamid und 97.5% Wasser. Es ist biokompatibel, nicht biologisch abbaubar, nicht resorbierbar und nicht migrationsfähig, nicht toxisch sowie nicht allergen. Für eine primäre Injektionstherapie mit Bulkamid kommen Patientinnen infrage mit komplizierenden Zusatzkriterien wie ausgeprägter Adipositas, Polymorbidität mit eingeschränkter Narkosefähigkeit, ausgedehnter Varicosis im kleinen Becken, St. n. Radikal-Operationen eines Zervix- oder Endometriumkarzinoms oder St. n. Radiotherapie sowie bei bestehendem Kinderwunsch oder Wunsch nach minimal invasivem Vorgehen.



**Dr. med.  
Irena Zivanovic**

In einer Rezidiv-Belastungsinkontinenz nach Band-Versagen gibt es keine eindeutigen Therapieempfehlungen. Eine mögliche Option ist eine zweite Schlingen-Einlage. Bei Rezidivbelastungsinkontinenz nach TVT-Einlage sollten die Risiken individuell abgewogen werden und beim Vorliegen entsprechender Risikofaktoren eine Bulkamidinjektion offeriert werden.

##### **Therapievielfalt in der Deszensuschirurgie – vaginal, laparoskopisch oder kombiniert**

Die operative Versorgung des genitalen Deszensus hat sich in den letzten 20 Jahren stark gewandelt. Bis zum Millenniumwechsel dominierte die vaginale Chirurgie mit körpereigenem Gewebe das Operationskonzept, so **Prof. Dr. med. Gabriel Schär**, Aarau. Die abdominale Sakrokolpopexie war einigen wenigen Indikationen vorbehalten. Die Erfahrungen mit Netzmaterial zur Behebung der Belastungsinkontinenz hatten zur Einführung von Netzen auch für die Deszensuschirurgie geführt. Die Rezidivrate konnte damit reduziert werden, randomisierte Studien zeigten allerdings, dass lediglich die objektiven Resultate deutliche Verbesserungen brachten, während die subjektiven Resultate deutlich geringere Verbesserungen aufwiesen. Dies hat zur Entwicklung eines Konzepts im zertifizierten Beckenbodenzentrum des Kantonsospitals Aarau geführt.



**Prof. Dr. med.  
Gabriel Schär**

Das Indikationskonzept von Deszensusoperationen ist in Tabelle 1 vorgestellt. Es zeigt die Bedeutung der Sakrokolpopexie, nicht nur für den apikalen Deszensus, sondern auch für die Zystozele bei paravaginalem Defekt.

Das vorgestellte Konzept basiert auf eigenen, publizierten Langzeitdaten und den Daten aus der Literatur. Erwartungen zu Erfolgs- und Rezidivraten, aber auch funktionelle und anatomische Aspekte sind in das Konzept eingeflossen. Es fordert vom Spezialisten eine differenzierte Kenntnis der Resultate urogynäkologischer Operationen sowie das Beherrschen verschiedener Operationstechniken.

TAB. 1 Indikationskonzept von Deszensusoperationen						
Prolaps Apex	Prolaps Apex	Zystozele	Zystozele	Rektozele	Rektozele	Zusätzliche Risiken im Primärfall
Lange Lebenserwartung Aktive Lebensführung Sexuelle Aktivität Rezidiv Kurze Vagina	Kurze Lebenserwartung Niedrige Aktivität Keine sexuelle Aktivität Prim. Situation Normale Vaginallänge	Zentr. Defekt in Primärfall	Paravaginaler Defekt	Prim. Situation	Rezidiv	Chron. Bronchitis Adipositas Obstipation Hohe körperliche Belastung
Sakrokolpopexie (laparoskopisch, DaVinci, offen)	Sakrospinale Fixation von Scheidengewölbe oder Cervix  ohne Netz	Diaphragmaplastik  ohne Netz	Netz mit lateraler Fixation	Kolpoperineoplastik  ohne Netz	Kolpoperineoplastik inkl Netz oder Netzkitt	Laparoskopische oder offene Sakrokolpopexie oder vaginale Operation mit Netz

### Deszensuschirurgie bei der Hochbetagten

Bei der Indikationsstellung für den OP-Zugang und die OP-Methode sollten bei der hochbetagten Frau der Allgemeinzustand, die spezifischen Beckenbodendefekte, der Wunsch nach Kohabitationsfähigkeit und die Erfahrung des Operateurs berücksichtigt werden, stellte Frau **Prof. Dr. med. Christl Reisenauer**, Tübingen fest. Das Ziel der Deszensus-Operation sollte das Erreichen eines dauerhaften Therapieerfolgs mit einer wenig invasiven und risikoarmen OP-Methode sein.



Prof. Dr. med. Christl Reisenauer

Wichtig für die Praxis ist

- Polypharmazie, Benzodiazepine und vor allem Anticholinergika vermeiden, möglichst kurze Nüchternzeiten, suffiziente Schmerztherapie sicherstellen, Orientierungshilfen wie Brille, Hörgeräte etc. nur so kurz wie möglich entziehen, Tag-Nacht-Rhythmus erhalten, Unruhe und Schlafentzug unbedingt vermeiden, Entzugsentwicklung vermeiden.
- Die rein anästhesiologische Versorgung zielt neben der Stressabschirmung narkosetechnisch auf die Erhaltung der patientenbezogenen Normotonie, Normovolämie, Normothermie, Normokapnie.

### Laparoskopische Sakrokolpopexie: Eine standardisierte Operation?

Die Laparoskopische Sakrokolpopexie ist Goldstandard des apikalen Defektes. Die Operationstechnik ist gegenwärtig nur teilweise standardisiert, so Frau **Dr. med. Corina Christmann**, Luzern. Die Referentin stellte die 9 Schritte der Sakrokolpopexie vor: 1. Freilegen des präsakralen Raumes/Promotorium Höhe S1, 2. Das Eröffnen des Peritoneums bis zum Apex medial des sakrouterinen Ligamentes, 3. Dissektion des vesiko-vaginalen Raumes bis zur Höhe des Blasenhalses, 4. Dissektion des rektovaginalen Raumes, 5. Netz-Implantation, 6. Fixation des Netzes im vesiko-vaginalen Raum, 7. Netz-Spannung – Ja/Nein?, 8. Fixation des Netzes am Promontorium bzw. anterioren Ligamentum sacrale longitudinale, 9. Verschluss des Peritoneums.



Dr. med. Corina Christmann

Streitpunkte sind:

- Auswirkungen der Fixationsarten auf die objektive und subjektive Erfolgsrate? Erfolgsrate 90–95% gleichbleibend. Reoperation in nur 1.75%
- Welches Fixationsverfahren (Naht vs Tacker) führt zu mehr Komplikationen (Osteomyelitis und Diszitis)? Fazit aus Studie: keine signifikanten Unterschiede.
- Wie lassen sich die genannten Komplikationen am ehesten vermeiden? SWK 1 sauber darstellen, sichere Fixation an SWK 1 oder am Promotorium, CAVE: Fixation an LWK 5 vermeiden (Risiko einer Diszitis L5/S1), Periost-Läsion vermeiden bei Naht am Ligament.

### Master of Disaster

In einem weiteren Block wurden die folgenden Themen behandelt:

- Management nach Inkontinenzoperationen (Prof. Dr. Dr. h.c. Eckhard Petri, Greifswald)
- Management nach unerwarteten intraoperativen Problemen (Univ. Prof. Dr. med. Jörg Keckstein, Villach)
- Management nach Deszensusoperationen: welchen Vorteil bringt der laparoskopische, welchen der vaginale Zugang? (PD Dr. med. Dimitri Sarlos, Aarau)

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: 16. Frauenfelder Symposium Urogynäkologie, Frauenfeld, 23. Oktober 2015