



Management eines Deszensus mit begleitender (Harn-)Inkontinenz: einzeitig oder zweizeitig operieren?

Dr. Plamen LOZANO



Ätiologie

Inkontinenz und Senkungsbeschwerden zählen zu den häufigsten gynäkologischen Beschwerdebildern (vor allem bei Frauen über 50 Jahren)





Ätiologie

Roovers et al. 2007

40% der Patientinnen mit Deszensus leiden auch an Belastungsinkontinenz

Prävalenz nach Urodynamischer Untersuchung erhöht sich auf 70-75%

50% der Frauen ohne angegebenen Harnverlust weisen eine okkulte oder larvierte Belastungsinkontinenz auf



Deszensusklassifikation nach Baden-Walker Half way System

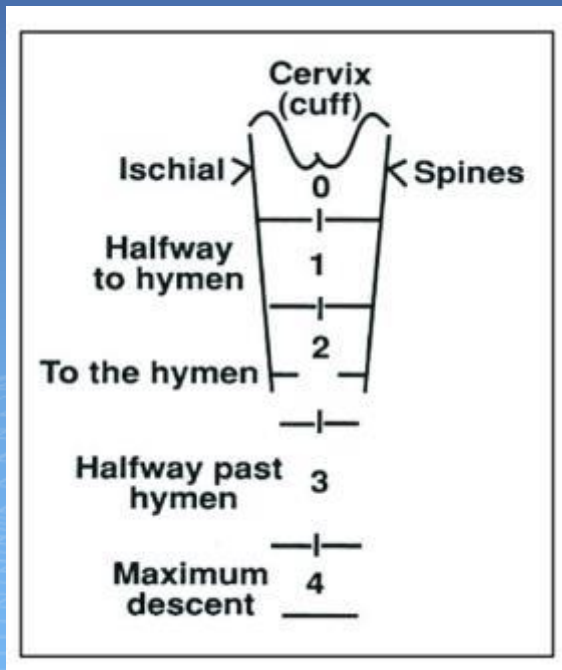
Grad 0 – kein Prolaps

Grad 1– Halber Weg bis zum Hymen

Grad 2 – bis Hymen

Grad 3 – Halber Weg unter dem Hymen

Grad 4 – Maximal deszendiert





Deszensus und Dranginkontinenz

Risikofaktoren:

1. Höheres Alter
2. Zentralnervös
3. Stoffwechselkrankheiten
4. Myogen
5. Restharnbildung
6. Rezidivierende HWIs



Therapie

Beseitigung des Deszensus

führt in den meisten Fällen zu einer Beseitigung oder

Besserung der Drangbeschwerden



Zystozele und Belastungsinkontinenz

Für Kontinenserhaltung bei abdomineller Druckerhöhung ist der Halteapparat des vorderen Kompartimentes verantwortlich

a) Urethra

b) M. Levator ani

c) Endopelvine Faszie

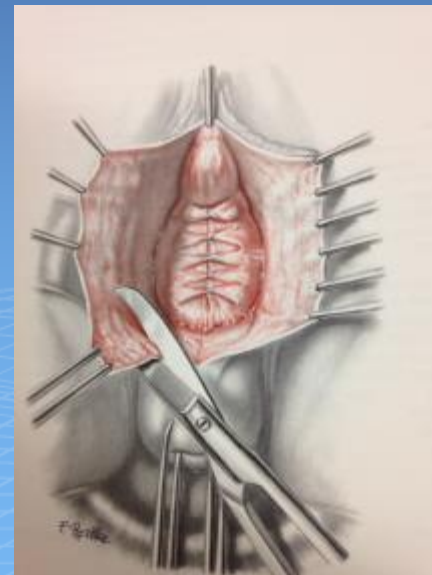


Pulsations-Zystozele und BIK

Durch primären zentralen Fasziendefekt
bedingt

OP: Vaginale Faszien-/Diaphragma-
Rekonstruktion durch quer gestellte
Faszien-Nähte unter Aussparung der
Urethra

(Erfolgsrate 78%, Baessler et al. 2008)





Traktions-Zystozele und BIK



Lateraldefekte mit sonographisch Hypermobilität von Urethra und Harnblase. Bei vaginaler Einstellung erhaltene Rugae vaginales

Operationstechnik:

Kolposuspension mit lateraler Rekonstruktion (eher bei jungen Patientinnen)

(Erfolgsrate: 70 % , Alcalay et al. 1995)



Abb. 21.8 Kolposuspension bei lateralem Aufhängerdefekt der vorderen Vaginalwand und Belastungsinkontinenz



Rezidiv-Zystozele

Laparoskopische Netzinterposition verbessert die **Erfolgsrate auf 94% (Baessler et al. 2008)** wobei zentraler und lateraler Defekt gleichermassen stabilisiert werden

Einsatz von alloplastischen, nicht resorbierbaren Polypropylen Netzen (grobporig, monofil, leichgewichtig)



Platzierung des hinteren Mesh



Platzierung des vorderen Mesh



Fixation in Höhe Promontorium,
Peritonealverschluss



Rectozele und anale Inkontinenz

(Meschia et al. 2002)

881 Frauen mit und ohne Deszensus

20% der Teilnehmerinnen **auch anale Inkontinenz**



Rectozele und anale Inkontinenz

Eva et al. 2003

je 1000 40-jährige und 1000 60-jährige Frauen verglichen

Inkontinenz von Winden 9-19%

- von flüssigem Stuhl 5-8%
- von festem Stuhl 0,3-1,7%

12% benötigen die Hilfe von Fingern in der Scheide oder Perineum zur Defäkation



Rectozele und anale Inkontinenz

Risikofaktoren

- a) Vorliegen einer Rectozele >II°
- b) St. n. Hämorrhoiden OP
- c) Harninkontinenz
- d) vaginale Geburt eines Kindes mit Geburtsgewicht > 3800g
- e) Reizdarmsyndrom



Studienlandschaft

Cochrane Review

56 randomisierte Studien mit 5954 Patientinnen

Patientinnen mit Deszensus und Belastungsinkontinenz profitieren von einem
einzeitigem Vorgehen

ABER:

12% entwickelten postoperativ **de novo Drangbeschwerden**

9% entwickelten **de novo Blasenentleerungsstörungen**

Gesichert erscheint, dass zur Verhinderung einer Rezidiv-Rectozele der transvaginale Weg bessere Ergebnisse erzielt als der transanale Weg (**Maher et al. 2013**)



Studienlandschaft

- 14 große Spitäler in den Niederlanden
- 231 Patientinnen mit symptomatischen Deszensus und Belastungsinkontinenz

Ergebnis:

Patientinnen mit konkomitanter Operation haben weniger Belastungsinkontinenz

- CAVE: mehr Komplikationen (Blutungen, Drangbeschwerden, Blasenentleerungsstörungen)
- Nur **17 %** in der Deszensus-only Gruppe mussten zweizeitig mit TVT versorgt werden

(Van der Ploeg et al. Int. Urogynecology Journal 2016)



Studienlandschaft

Eine larvierte Belastungsinkontinenz sollte möglichst zweizeitig behandelt werden.

In bis zu 30% einer präoperativ diagnostizierten larvierten Inkontinenz bleibt die Patientin durch die alleinige Deszensus-Rekonstruktion kontinent

simultane Kombinationseingriffen führten in bis zu 43% zu Blasentleerungsstörungen

(Reena et al. 2007)



Empfehlung KSSG- Beckenbodenzentrum

Nach Besprechung der Befunde mit der Patientin und Aufklärung über Vor- und Nachteile einer kombinierten Deszensus- und Inkontinenzoperation empfehlen wir in den meisten Fällen ein zweizeitiges Vorgehen.



Take Home Message

Die wichtigste Entwicklung in der Deszensuschirurgie und Inkontinenzbehandlung war die Einsicht , dass nicht das anatomische Resultat zählt, sondern dass die Erfolge daran gemessen werden, wie sehr sie die **Lebensqualität** der betroffenen Frauen **positiv** beeinflussen.



DANKE für Ihre Aufmerksamkeit



biologisch abbaubar: LACHSCHON.DE