

Prolaps und Inkontinenz chirurgisch effizient behandeln

Harninkontinenz bei Frauen entsteht meist infolge eines Prolaps, dessen Ursachen und Symptome völlig unterschiedlich ausfallen können. Chirurgische Eingriffe z.B. am Blasenhalsh führen oft zu unbefriedigenden Ergebnissen und sollten möglichst vermieden werden. Die Implantation eines suburethralen Bandes bei der Belastungsincontinenz hat die konventionellen Operationen abgelöst und sich als internationaler Standard mit sehr guten Ergebnissen etabliert, erläuterte in unserem Gespräch Dr. Bernhard Liedl, Chefarzt und Leiter des Zentrums für Rekonstruktive Urogenitalchirurgie der Urologischen Klinik in München-Planegg.

? Inkontinenz scheint ein massives Problem für Frauen zu sein, da ständig u.a. im TV für Einlagen geworben wird. Ist sie tatsächlich so verbreitet?

Dr. Liedl: Schätzungsweise 10 Millionen Deutsche leiden unter Inkontinenz, nicht nur Frauen, sondern auch Männer, von Harndranginkontinenz bis zur Stuhlinkontinenz. Der Beckenboden ist ein äußerst kompliziertes Gebilde. Und es existiert kein einheitliches Fachgebiet der Medizin, das sich mit all den Varianten beschäftigt.

? Die häufigste Ursache für die verschiedenen Formen der Inkontinenz bei Frauen ist ein vaginaler Prolaps. Welches sind die Ursachen für einen Prolaps?

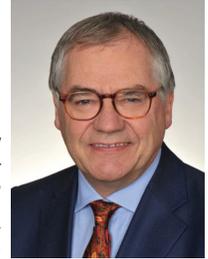
Dr. Liedl: Ursache des vaginalen Prolaps oder Descensus ist überwiegend gelockertes oder defektes Bindegewebe, das eine Stützfunktion im kleinen Becken aufweist. Mit zunehmendem Alter treten Kollagen- und Elastin-Veränderungen auf, es können angeborene Veränderungen des Bindegewebes vorliegen, die auch zu Hernien oder Krampfadern führen können. Auch eine Schwangerschaft führt zu meist reversiblen bindegewebigen Lockerungen, die jedoch persistieren können. Durch eine vaginale Geburt können bleibende Defekte entstehen. Übergewicht führt zu er-

höhten intraabdominalen Drücken und daher zu vermehrter Belastung des Beckenbodens und zu vermehrten Symptomen von Belastungsharninkontinenz und auch Harndrangsymptomen.

? Häufig wird den Patientinnen zu den viel-beworbenen Einlagen geraten oder zu Medikamenten. Was meist nur kurze Zeit hilft, wenn überhaupt. Operative Eingriffe führ(t)en oft zu unbefriedigenden Ergebnissen. Woran lag dies?

Dr. Liedl: Obwohl mittlerweile wissenschaftlich nachgewiesen, ist viel zu wenig bekannt, dass nicht nur Belastungsharninkontinenz, sondern auch Harndranginkontinenz, nächtliches Wasserlassen, aber auch Stuhlinkontinenz, Blasen- und Darm-entleerungsstörungen sowie Schmerzen im Beckenbereich von vaginalem Prolaps verursacht sein können. Diese vielen Symptome treten in unterschiedlicher Ausprägung und unterschiedlichen Kombinationen auf. Die Pathophysiologie der Symptomentstehung ist mittlerweile ausreichend bekannt. Die Komplexität ist ein Grund, warum diese Krankheitsbilder von vielen Ärzten noch nicht ausreichend verstanden werden. Die herkömmlichen chirurgischen Techniken waren oft nicht in der Lage, langfristig eine Symptomheilung zu erzielen. Erst durch den Einsatz alloplastischer Materialien an strategisch wichtigen Stellen des bindegewebigen Stützapparates (z.B. pubourethrales Ligament, zervikaler Ring, sakrouterines Ligament, Perinealkörper) konnte eine langfristige anatomiegerechte Rekonstruktion und damit langfristige Symptomheilung erzielt werden. So hat sich „Uphold“ (Boston Scientific) in der Rekonstruktion einer Zystozele mit apikalem Defekt gut bewährt. Medikamente werden immer noch häufig bei diesen prolapsbedingten Symptomen eingesetzt, allerdings unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen und geringer Ansprechrate.

? Die Urologische Klinik in München-Planegg mit seinem Zentrum für Re-



Dr. med. B. Liedl
Zentrum für
Rekonstruktive
Urogenitalchirurgie,
Urologische Klinik
(München-Planegg)

konstruktive Urogenitalchirurgie ist spezialisiert auf die Behandlung von Prolaps und Inkontinenz. Welche Patientinnen kommen zu Ihnen, wie werden sie evaluiert?

Dr. Liedl: Zu uns kommen Frauen, die oft schon einen langen Leidensweg hinter sich haben bei anhaltenden Symptomen einer Belastungsharninkontinenz, Harndranginkontinenz, nächtlichem Wasserlassen, aber auch nicht erklärbaren Blasenentleerungsstörungen, Stuhlinkontinenz, Stuhlentleerungsstörungen oder Schmerzen im Beckenbereich. Diagnostisch ist es zunächst wichtig, die Symptome und deren Schweregrad mit validierten Fragen zu erfassen. Durch eine genaue vaginale Untersuchung wird auf Senkungen der Vaginalwand in allen Kompartimenten untersucht, kombiniert mit ausführlicher urologischer, gynäkologischer und ggf. auch proktologischer Untersuchung. Durch sog. „simulierte Operationen“ kann geprüft werden, ob diese Symptome prolapsbedingt sind. Nach ausführlicher Untersuchung kann dann eine gezielte chirurgische Prolapskorrektur erwogen werden.

Es hat uns sehr überrascht, wie hoch die Heilungsraten nach einer anatomiegerechten Prolapskorrektur waren: Symptome einer Belastungsharninkontinenz, aber auch Harndranginkontinenz konnten bis zu 90% geheilt werden. Selbst andere Symptome wie Stuhlinkontinenz und auch Schmerzen konnten in hohen Prozentsätzen geheilt werden. In einer hochrangigen Multicenter-Studie, die wir zusammen mit 10 Zentren in USA und weiteren 5 Zentren in Europa durchführ-

ten, konnten wir anhaltende Symptomheilungen bis zu 2 Jahre postoperativ feststellen. Wir konnten sogar belegen, dass eine langfristig anatomisch gute Rekonstruktion signifikant bessere Ergebnisse lieferte als eine anatomisch weniger gute Rekonstruktion. Dies deutet darauf hin, dass nur bei guter Rekonstruktion hohe Symptomheilungsraten zu erwarten sind. Die Häufigkeit prolapsbedingter Funktionsstörungen und die Möglichkeit ihrer chirurgischen Therapiemöglichkeiten wurden bisher unterschätzt. In diesem Zusammenhang soll

auch darauf hingewiesen werden, dass die laparoskopische Sakrokolpopexie die Stuhlinkontinenz nicht verbessern, deren Rate sogar erhöhen kann.

? Sind die Patientinnen sofort nach dem Eingriff schmerz- und beschwerdefrei, wie sieht die Nachsorge aus?

Dr. Liedl: Der Eingriff dauert in der Regel 15 bis 45 Minuten, wird von vaginal durchgeführt und erfordert meistens einen stationären Aufenthalt von 2 bis 3 Tagen. Eine körperliche Schonung von

ca. 6 Wochen ist anzuraten, damit die rekonstruierten bindegewebigen Strukturen gut verheilen können. Nebenwirkungen dieser Operationen sind erfreulicherweise selten. Frühestens 6 Wochen nach der Operation kann mit Beckenbodentraining begonnen werden, um die Beckenbodenmuskulatur aufzutrainieren und ein Koordinationstraining durchzuführen. ◀

Herr Dr. Liedl, vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Frau Helga Vollmer, M.A., München.

Anzeige



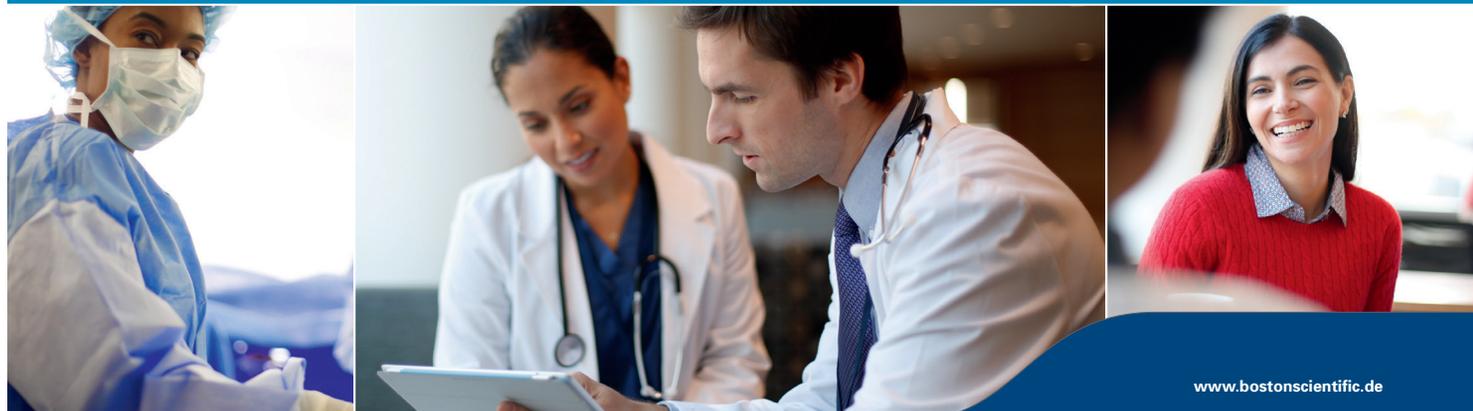
**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

**We are committed
to you and to
advancing the
quality of your
patient care.**

As the pelvic floor landscape continues to change, Boston Scientific remains committed to the treatment of pelvic floor disorders and is *here* for both physicians and patients. We are anchored in our guiding principle to provide innovative products that are supported with clinical data and offer robust professional programs to advance the quality of care. We stand by the quality of our products and our overall commitment to women's health.

To learn more get in touch with your local Boston Scientific sales representative or contact Customer Service at **CustomerService.Germany@bsci.com**

Here for you.



www.bostonscientific.de

All cited trademarks are the property of their respective owners. CAUTION: The law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device. Information for the use only in countries with applicable health authority product registrations. Material not intended for use in France.

WH-384106-AA © 2019 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.