

ABSTRACTS

34. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

95. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik
und Urologie der Frau

28. Seminar des Arbeitskreises Benignes Prostatasyndrom

FOKUS LEBENSQUALITÄT: WISSEN. AUSTAUSCH. KOOPERATION.

KONGRESSPRÄSIDENT*INNEN

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Prof. Dr. Christoph Domschke
Prof. Dr. Stefan Beckert

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK FUNKTIONELLE UROLOGIE

Prof. Dr. Stefan Schumacher
Prof. Dr. Hagen Loertzer

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK BENIGNES PROSTATATA- SYNDROM

PD Dr. Dominik Abt
PD Dr. Johannes Salem

www.kontinenzkongress.de



| | | |
|-----------|-------|--|
| 04 | ..... | Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. |
| 06 | ..... | AK Funktionelle Urologie, AK BPS |
| 08 | ..... | Übersicht der Abstracts |
| 12 | ..... | Sitzung Inkontinenz und Beckenbodenfunktionsstörung nach Schwangerschaft und Geburt |
| 22 | ..... | Sitzung Funktionelle Störungen im Alter bei Mann und Frau |
| 29 | ..... | Sitzung Harnbelastungsinkontinenz der Frau – von Prävention bis Operation |
| 33 | ..... | Sitzung Zu wenig beachtet: Lebensqualität, Sexualität und Lifestyle |
| 39 | ..... | Sitzung Stuhlinkontinenz und andere Stuhlprobleme |
| 45 | ..... | Sitzung Deszensus aller Kompartimente |
| 53 | ..... | Sitzung OAB / NDO |
| 63 | ..... | Sitzung Physiotherapie und Reha |
| 66 | ..... | Sitzung Interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderungen |
| 68 | ..... | Präsentierende Autoren |

Die in diesem Referateband veröffentlichten Artikel unterliegen dem Copyright der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. Jede Art der Vervielfältigung (außer zum privaten Gebrauch) ist nur mit Zustimmung der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. und der AutorInnen gestattet.

Vorstand

1. VORSITZENDER

Univ.-Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Chefarzt der Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH
Pferdebachstr. 27, 58455 Witten

2. VORSITZENDE

Prof. Dr. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitätsfrauenklinik Tübingen
Calwerstr. 7, 72076 Tübingen

SCHATZMEISTER

Univ.-Prof. Dr. Werner Kneist
Klinikdirektor der Chirurgischen Klinik I –
Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
Klinikum Darmstadt
Grafenstr. 9, 64283 Darmstadt

Expertenrat

CHIRURGIE/ KOLOPROKTOLOGIE

Dr. Gerd Kolbert
Chirurg, Koloproktologe, End- und Dickdarmzentrum
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover

Prof. Dr. Oliver Schwandner
Leitender Arzt Abteilung Proktologie
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Prüfeningstr. 86, 93049 Regensburg

GERIATRIE

Dr. Klaus Friedrich Becher
Chefarzt Allgemeine und Geriatrische Rehabilitation,
Klinik Wartenberg, Professor Dr. Selmaier GmbH & Co. KG
Badstr. 43, 85456 Wartenberg

GYNÄKOLOGIE

Prof. Dr. Ursula Peschers
Bayerisches Beckenboden Zentrum
Direktorin der Klinik für Gynäkologie, Isarklinikum
Sonnenstr. 24–26, 80331 München

Ehrenpräsidenten

Prof. Dr. Hansjörg Melchior, Kassel
Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann, Kiel

Ehrenmitglieder

Prof. Dr. Ingo Füsgen, Heiligenhaus
Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp, Mainz
Prof. Dr. Dr. Heinz Kölbl, Wien, Österreich
Hofrat Prof. Dr. Helmut Madersbacher,
Innsbruck, Österreich
PD Dr. Michael Probst (†), Lemgo
Dr. Franz Raulf, Münster
Prof. Dr. Friedhelm Schreiter, Hamburg
Christa Thiel, Kassel
Prof. Dr. Boye Weisner, Hamburg

Prof. Dr. Christine Skala
Leitung der Urogynäkologie, Klinik und Poliklinik für
Geburtshilfe und Frauengesundheit
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

HEIL- UND HILFSMITTEL

Juliane Pohl
Leiterin Referat Ambulante Gesundheitsversorgung
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

PD Dr. Annette Schröder, PhD, FEAPU
Leitung Kinderurologie
Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

NEURO-UROLOGIE

Prof. Dr. Jürgen Pannek
Chefarzt, Abteilung Neuro-Urologie
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido-A.-Zäch-Str. 1, 6207 Nottwil, Schweiz

PFLEGE

Angelika Sonnenberg
Fachkraft zur Kontinenzförderung und Pflegetrainerin
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH
Werthmannstr. 1, 50935 Köln

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

Prof. Dr. Birgit Schulte-Frei
Hochschule Fresenius Köln
Dekanin Fachbereich Gesundheit & Soziales
Im Mediapark 4D, 50670 Köln

PHYSIOTHERAPIE

Christiane Rothe
Staatl. exam. Physiotherapeutin
Physio Pelvica Therapeutin, Lehrphysiotherapeutin
Waldstr. 9, 85457 Wörth-Hofsingelding

UROLOGIE

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Direktorin der Klinik, Kontinenzentrum Südwest
Schwarzwald-Baar Klinikum
Klinikstr. 11, 78052 Villingen-Schwenningen

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer
Leiterin Kontinenzzentrum, Urologische Klinik und
Poliklinik, LMU Klinikum der Universität
Marchioninstr. 15, 81377 München

FÜR DIE APOTHEKEN

Thomas Wierig
Kur-Apotheke, Frankfurter Str. 28, 53572 Unkel

FÜR DEN FÖRDERKREIS

Dr. Sandra Murgas
Medizinische Fachreferentin Urologie
APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Kyffhäuserstr. 27, 01309 Dresden

FÜR DIE MEDIZINISCHE KONTINENZ-GESELLSCHAFT ÖSTERREICH

Dr. Michaela Lechner
Vizepräsidentin MKÖ
Schwarzspanierstr. 15/3/1, 1090 Wien, Österreich

Premium Mitglieder des Förderkreises

Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH
96052 Bamberg, www.dr-pfleger.de

Förderkreis

AbbVie GmbH & Co. KG
65189 Wiesbaden, www.abbvie.de

ACTICORE AG
4051 Basel, Schweiz, www.acticore.com

APOGEPHA Arzneimittel GmbH
01309 Dresden, www.apogepha.de

Aristo Pharma GmbH
13435 Berlin, www.aristo-pharma.de

Attends GmbH
65824 Schwabach, www.attends.de

bene-Arzneimittel GmbH
81479 München, www.bene-arzneimittel.de

B. Braun Melsungen AG
34212 Melsungen, www.bbBraun.de

Boston Scientific GmbH
40880 Ratingen, www.bostonscientific.com

Coloplast Deutschland GmbH
22045 Hamburg, www.coloplast.de

Essity Germany GmbH
68305 Mannheim, www.essity.de, www.tena.de

FARCO-Pharma GmbH
50670 Köln, www.farco.de

GHD Gesundheits GmbH Deutschland
22926 Ahrensburg, www.gesundheitsgmbh.de

Hollister Incorporated
80992 München, www.hollister.de

inomed Medizintechnik GmbH
79312 Emmendingen, www.inomed.de

Manfred Sauer GmbH
74931 Lobbach, www.manfred-sauer.com

Medtronic GmbH
40670 Meerbusch, www.medtronic.de

PAUL HARTMANN AG
89522 Heidenheim/Brenz, www.hartmann.de

PublicCare GmbH
50829 Köln, www.publiccare-gmbh.de

Teleflex Medical GmbH
70736 Fellbach, www.teleflexurology.de

UROMED Kurt Drews KG
22113 Oststeinbek, www.uromed.de

Wellspect HealthCare
65604 Elz, www.wellspect.de

AK Funktionelle Urologie

Vorstand

VORSITZENDE

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Kontinenzzentrum Südwest,
Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen

STELLVERTRETER

Prof. Dr. Christian Hampel
Marien-Hospital Erwitte

SCHRIFTFÜHRERIN

PD Dr. Dr. Stephanie Knüpfer
Universitätsklinikum Bonn

SCHATZMEISTER

Dr. Saladin Helmut Mahmud Alloussi
Gemeinschaftspraxis
Jurkat/Bewermeier/Schäfer/Alloussi
Saarbrücken

Mitglieder

PD Dr. Bastian Amend, Tübingen
Prof. Dr. Ricarda M. Bauer, München
Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Bschiepfer, Coburg
PD Dr. Markus Grabbert, Freiburg im Breisgau
Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp, Mainz
Prof. Dr. Klaus Höfner, Oberhausen
Dr. Albert Kaufmann, Nottwil, Schweiz
Univ.-Prof. Dr. Ruth Kirschner-Herrmanns, Bonn
PD Dr. Jennifer Kranz, Aachen
Prof. Dr. Michael Linnebank, Gelsenkirchen
Prof. Dr. Hagen Loertzer, Kaiserslautern
Prof. Dr. Martin C. Michel, Mainz
Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke, Gronau
Prof. Dr. Jürgen Pannek, Nottwil, Schweiz
Prof. Dr. André Reitz, Zürich, Schweiz
Dr. Michael Rutkowski, Korneuburg, Österreich
Prof. Werner Schäfer, Sarasota, USA
Prof. Dr. Stefan Schumacher, Abu Dhabi, VAE

AK BPS

Vorstand

VORSITZENDER

Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Bschiepfer
Regiomed Klinikum Coburg

STELLVERTRETERIN/SCHATZMEISTERIN

PD Dr. Sandra Schönburg
Universitätsklinikum Halle/Saale

SCHATZMEISTER

PD Dr. Johannes Salem
CUROS Urologisches Zentrum, Köln

SCHRIFTFÜHRER

Dr. Klaus Friedrich Becher
Klinik Wartenberg, Professor Dr. Selmair GmbH & Co. KG
Wartenberg

Mitglieder

PD Dr. Dominik Abt, Biel, Schweiz
Prof. Dr. Kurt Dreikorn, Bremen
Prof. Dr. Christian Gratzke, Freiburg im Breisgau
Prof. Dr. Klaus Höfner, Oberhausen
Prim. Univ.-Prof. Dr. Stephan Madersbacher,
Wien, Österreich
PD Dr. Giuseppe Magistro, München
Prof. Dr. Martin C. Michel, Mainz
Prof. Dr. Rolf Muschter, Bielefeld
Prof. Dr. Dr. phil. Matthias Oelke, Gronau
Prof. Dr. Oliver Reich, München
PD Dr. Malte Rieken, Basel, Schweiz

 Deutsche
Kontinenz Gesellschaft

GEMEINSAM FÜR KONTINENZ

save the date

22.–23. November 2024
Congress Center Essen



35. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

97. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik
und Urologie der Frau

29. Seminar des Arbeitskreises Benignes Prostatasyndrom

www.kontinenzkongress.de

KONGRESSPRÄSIDENTEN

Dr. Albert Kaufmann
Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil, Schweiz

Dr. Wolfgang Theurer
Stuttgart

Prof. Dr. Andreas Kirschniak
Klinikum Maria Hilf, Mönchengladbach



| Seite | Inkontinenz und Beckenbodenfunktionsstörung nach Schwangerschaft und Geburt |
|-------|---|
| 12 | Quantitative Analyse über die Wirksamkeit des Online-Rückbildungskurses der digitalen Plattform Keleya |
| 14 | Ärztlich- und selbstinduzierte Interventionen bei postpartaler Inkontinenz – Ergebnisse einer Befragung von 2.930 Müttern |
| 16 | Inkontinenz in der Schwangerschaft und die Effekte von Beckenbodentraining |
| 18 | Prospektive Analyse postpartaler Harninkontinenzbeschwerden – weitere Ergebnisse der E-PAD Studie |
| 20 | Prospektive Analyse postpartaler Senkungsbeschwerden – weitere Ergebnisse der E-PAD Studie |

| Seite | Funktionelle Störungen im Alter bei Mann und Frau |
|-------|--|
| 22 | Gibt es einen Zusammenhang zwischen Schlafapnoe und überaktiver Blase? |
| 23 | Komplikationen der 180-Watt-XPS™-GreenLight-Laserung – Ergebnisse bei 1.283 Prozeduren |
| 27 | Applikator für Urinalkondome |

| Seite | Harnbelastungsinkontinenz der Frau – von Prävention bis Operation |
|-------|---|
| 29 | INKA-App bei überaktiver Blase und Mischharninkontinenz: erste Studienergebnisse |
| 31 | The effect of biofeedback pelvic floor training with ACTICORE1 on urinary incontinence: A multicenter randomized clinical pilot trial |
| 32 | Needleless – ein innovatives Single Incision TOT |

| Seite | Zu wenig beachtet: Lebensqualität, Sexualität und Lifestyle |
|-------|---|
| 33 | Prospektive Analyse sexueller Dysfunktion nach Geburt – erste Zwischenanalyse der E-PAD Studie |
| 34 | Incontinence or sexual functioning: which has a greater impact on maternal well-being up to 5 years postpartum |
| 36 | Spezialisierte Physiotherapie in der Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und Proktologie – die psychosomatische Ebene ist Teil der Behandlungsstrategie |
| 38 | Chronisches Beckenbodenschmerzsyndrom |

| Seite | Stuhlinkontinenz und andere Stuhlprobleme |
|-------|---|
| 39 | Die rissige Realität – eine Zerreiβprobe am Hintertürchen |
| 40 | Stuhlinkontinenz – Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik |
| 41 | Interdisziplinärer operativer Therapieansatz – laparoskopische Resektions-Rektopexie kombiniert mit Sakrokolpopexie bei obstruktivem Defäkationssyndrom und Beckenbodensenkung der Frau: eine Pilotstudie |
| 43 | Robotisch assistierte Netzpexie bei externen Neorektumprolaps nach TaTME |

| Seite | Deszensus aller Kompartimente |
|-------|---|
| 45 | Das SRS-Implant-Netz – ein neuer Ansatz in der Therapie von Beckenbodendefekten im vorderen und mittleren Kompartiment |
| 46 | Langzeit Follow-up von 258 Patientinnen nach laparoskopischer, Roboter-assistierter (DaVinci) Sakrokolpopexie. Single Center Studie |
| 47 | Level I Difference with and without Prior Hysterectomy: Findings in prolapse and normal support |
| 49 | Laparoscopic sacrocolpoproctopexy – an option to correct concomitant pelvic organ- and rectal-prolapse. A surgical video |
| 50 | Re-sacrocolpopexy – an option to correct recurrence after sacrocolpopexy. A surgical video |
| 51 | Sacrouterine Kolpofixation per v-NOTES im Rahmen der vaginalen Deszensuschirurgie |
| 52 | Non-titanized polypropylene meshes induce an immune response in vivo and in vitro after covering with fibroblasts in opposite to titanized meshes |

| Seite | OAB / NDO |
|-------|---|
| 53 | Stellenwert der Urodynamik in der urologischen Versorgungsrealität |
| 55 | Ein neues Dokumentationsinstrument in der Neuro-Urologie – hybrid für Forschung und Klinik |
| 57 | Urologische Versorgungssituation von Patienten/Patientinnen mit MS |
| 58 | Comparison of adverse events (AE) of different treatments for neurogenic detrusor overactivity (NDO) |
| 59 | Efficacy and safety data from real life treatment of first in Germany registered intravesical oxybutynin for patients with neurogenic detrusor overactivity (NDO) |
| 61 | Streptozotocin-induced diabetes has no major effects on the role of sphingosine kinase and sphingosine 1 phosphate in rat bladder |

| Seite | Physiotherapie und Reha |
|-------|---|
| 63 | Einsatz des Ganzkörpervibrationstrainings in der postpartalen Rehabilitation des weiblichen Beckenbodens – eine qualitative Studie zur Analyse der zeitlichen und inhaltlichen Struktur des Trainings |
| 64 | Eine quantitative Analyse zur Veränderung der Ansprechbarkeit der Beckenbodenmuskulatur während der Phasen der Menstruation |

| Seite | Interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderungen |
|-------|---|
| 66 | Sacrospinous ligament fixation of the cervix as a rescue option after failed sacrocolpopexy |

Quantitative Analyse über die Wirksamkeit des Online-Rückbildungskurses der digitalen Plattform Keleya

Reva Müller¹, Sonja Soeder²

¹ Alice Salomon Hochschule, Berlin, Deutschland

² Physiotherapie am Deutschen Beckenbodenzentrum, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Analyse des digitalen Rückbildungskurses der Gesundheitsplattform Keleya. Es wurde in einer Pilotstudie erforscht, inwiefern sich dieser Kurs auf die Harninkontinenz und inkontinenzbezogene Lebensqualität bei Frauen nach einer Geburt auswirkt.

Methode:

In dieser quantitativen Längsschnittstudie wurden Primärdaten in einem Quasi-Experiment mittels eines Fragebogens erhoben. Aufgeteilt in einer Interventionsgruppe und Kontrollgruppe wurde der Fragebogen zu Studienbeginn und nach achtwöchiger Studienlaufzeit ausgefüllt. Dieser beinhaltete den King's Health Questionnaire und ergänzende Fragen. Anschließend wurden die Daten über Excel und SPSS ausgewertet. Die Stichprobe bestand aus 48 Proband*innen in der Interventionsgruppe und 31 Proband*innen in der Kontrollgruppe.

Ergebnisse:

Durch die achtwöchige Teilnahme am digitalen Rückbildungskurs der Gesundheitsplattform Keleya reduzierte sich der Score des King's Health Questionnaires in allen Dimensionen in der Interventionsgruppe. In den Dimensionen Inkontinenzbelastung sowie Subjektive Symptomstärke konnten durch die Kursteilnahme signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Bei Proband*innen mit bestimmten Risikofaktoren für eine Harninkontinenz, wie beispielsweise ein Alter über 35 Jahren der Mutter, eine vaginale Entbindung und Geburtsverletzungen, wirkt der Online-Rückbildungskurs vor allem den körperlichen Einschränkungen, die durch eine Inkontinenz entstehen, entgegen.

Schlussfolgerung:

Der digitale Kurs der Gesundheitsplattform Keleya bietet ein wirksames Rückbildungsangebot für Personen nach einer Geburt zur Linderung postpartaler Harninkontinenz und zur Verbesserung der inkontinenzbezogenen Lebensqualität.

Interessenkonflikte:

Die Bachelorarbeit wurde im Rahmen des primärqualifizierenden Studiengangs Physiotherapie an der Alice Salomon Hochschule in Kooperation mit der Gesundheitsbehörde durchgeführt. Die Gesundheit APP hat im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Datenschutzes die Proband*innen bei der Nutzung der App über die Teilnahme informiert und die Zustimmung eingeholt. Die Daten wurden von Frau Müller selbstständig ausgewertet. Es bestehen keinerlei finanziellen Verknüpfungen.

Soeder: Lehrbeauftragte an der Alice Salomon Hochschule und Zweitgutachterin, Mitarbeit inhaltlich am Rückbildungskurs Keleya 2020/21, Durchführung von Studien mit der Acticore AG und Atlantic Therapeutics, sowie Vorstand der AG Elektrotherapie Physio Deutschland, Review Tätigkeit, Autorin

Literatur

1. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *Int Urogynecol J.* 2021 Mar;32(3):695-701. DOI: 10.1007/s00192-020-04566-0
2. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. IT-Sicherheit auf dem digitalen Verbrauchermarkt 2020: Fokus Gesundheits-Apps. 2021. Verfügbar unter: <https://www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSI/Publikationen/DVS-Berichte/gesundheitsapps.html>
3. Gießelmann K. Keleya: Mit Fitnessübungen und Hebammenwissen durch die Schwangerschaft. *Dt. Arztebl.* 2020;117(42):A-1993.

Ärztlich- und selbstinduzierte Interventionen bei postpartaler Inkontinenz – Ergebnisse einer Befragung von 2.930 Müttern

Nadine Scholten¹, Carsten Hagenbeck², Johannes Soff¹, Fabinsky Thangarajah³

¹Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

²Uniklinik Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

³Uniklinik Essen, Essen, Deutschland

Einleitung:

Je nach Studie liegt der Anteil an Frauen, die postpartal unter Beckenbodenbeschwerden, wie auch von Inkontinenz betroffen sind zwischen 10 und über 60 Prozent (Mittelwert 31 Prozent) [1]. Als präventive Maßnahme wird in Deutschland durch die gesetzlichen Krankenkassen die Teilnahme an Rückbildungskursen postpartal erstattet. Weitere evidenzbasierte Maßnahmen sind die spezielle Physiotherapie, aber auch der Einsatz von Pessaren die bereits vielversprechende Ergebnisse zeigen konnten [2], [3]. Darüber hinaus kommen auch immer mehr Hilfsmittel, wie z.B. elektrische Beckenbodentrainingsgeräte, oder auch Kegel-Kugeln auf den Markt, welche die Frauen dabei unterstützen sollen ihre Beckenbodenmuskulatur zu stärken [4]. Ziel unserer Umfrage war es daher u.a. zu erfassen, welche Maßnahmen bei vorhandener Inkontinenz von Frau postpartal selbst induziert werden und welche Interventionen von ärztlicher Seite initiiert werden.

Methode:

Hierzu durchgeführt wurde im September 2022 eine anonyme Online-Befragung (LimeSurvey) über Social Media (Instagram und Facebook). Die Umfrage richtete sich explizit an Mütter mit und ohne Beckenbodenbeschwerden in den ersten 5 fünf Jahren postpartum (Einschlusskriterien). Abgefragt wurde die Inkontinenz über den ICIQ-UI-SF. In Anspruch genommene Therapie und Präventionsmaßnahmen wurden unterschieden nach: selbst- vs. durch den Gynäkologen initiiert.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden die Daten von 2.930 Frauen ausgewertet. Im Mittel betrug das Alter 32,9 Jahre (18-49, SD 4,2) und im Mittel wurden 1,5 Kinder geboren (1-6, SD 0,7). Eine Urininkontinenz (unterschiedlicher Ausprägung) lag bei 48 % (n=1.384) der Befragten vor, wobei der ICIQ-UI-SF im Durchschnitt bei 3,0 (SD 3,8) lag. Die Teilnehmerinnen wurden befragt welche Maßnahmen die/der niedergelassene Gynäkolog-in/e eingeleitet hat. 27.9 % gaben an, dass eine Beckenbodentherapie, 1.4 % eine Pessartherapie und 12 % eine Physiotherapie eingeleitet wurde. 3.7 % erhielten eine Überweisung zum Spezialisten. Von 1.881 Frauen wären 63 % gerne von Ihrem Gynäkologen aktiv auf mögliche Beschwerden angesprochen worden.

Die Teilnehmerinnen wurden ebenfalls befragt welche Maßnahmen sie selbst eingeleitet haben. 11.2 % gaben an elektrische Stimulatoren verwendet zu haben. 26.8 % gaben an Informationen aus Büchern/ dem Internet zur Selbstanleitung zur Beckenbodentherapie bezogen zu haben. Von einer Anwendung von vaginalen Kugeln berichteten 18.3 % während 53.2 % Videos zur Beckenbodentherapie genutzt haben.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass über die Maßnahmen der niedergelassenen Kolleginnen/Kollegen hinaus eine Bandbreite an Maßnahmen von den betroffenen Frauen selbst induziert werden, was möglicherweise einen Hinweis für eine Versorgungslücke und nicht erfüllte Bedürfnisse in der postpartalen Betreuung aufzeigt. Der hohe Anteil an selbst induzierten Maßnahmen zeigt den hohen Leidensdruck einerseits und eine hohe Bereitschaft andererseits, die Beschwerden proaktiv anzugehen.

Literatur

1. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and 1 year post-partum: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2021 Jul;32(7):1675-1693. DOI: 10.1007/s00192-021-04877-w
2. Beilecke K, Tunn R. Ein neues Konzept in der postpartalen Pessartherapie. *gynäkologie + geburtshilfe.* 2017;22(Suppl 1):30-32. DOI: 10.1007/s15013-017-1244-6
3. Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women—prevention and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2023;120:71-80. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0406
4. Thomas HS, Lee AW, Nabavizadeh B, Martin-Tuite P, Namiri NK, Hakam N, Rios N, Enriquez A, Mmonu NA, Breyer BN. Evaluating the primary use, strengths and weaknesses of pelvic floor muscle training devices available online. *Neurourol Urodyn.* 2021 Jan;40(1):310-318. DOI: 10.1002/nau.24560

Inkontinenz in der Schwangerschaft und die Effekte von Beckenbodentraining

Lucia Sollik¹, Agnes Wand²

1AG GGUP, Bayreuth, Deutschland
2AG GGUP, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Harninkontinenz nach der Geburt oder zu einem späteren Lebenszeitpunkt, ist bei Frauen, die während der Schwangerschaft bereits Symptome hatten, deutlich erhöht. Die Wirkung von Beckenbodentraining für postpartal Betroffene ist gut belegt und es stellt sich die Frage, inwiefern funktionelle Beckenbodentherapie, durchgeführt während der Schwangerschaft, Inkontinenzsymptome und die Geburt beeinflusst.

Methode:

Narratives Review mit den Suchbegriffen und Booleschen Operatoren: „pregnancy“ oder „birth“ oder „incontinence“ und „pelvic floor muscle training“ oder „pelvic floor physiotherapy“.

Ergebnisse:

Funktionelle Beckenbodentherapie beinhaltet nicht nur Übungen zum Kraftaufbau, sondern zudem Übungen, um die neuromuskuläre und synergistische Integration zu verbessern. Auch Übungen zur Verbesserung der aktiven Entspannungsfähigkeit sind Teil der Therapie und in der Schwangerschaft wichtig. Die aktuell verfügbare Studienlage ist sehr heterogen bezüglich konkreter Therapie- und Übungsparameter, aber es gibt bereits erste Hinweise, dass Beckenboden-therapeutische Interventionen postpartale Inkontinenz reduzieren können. Ebenfalls kann funktionelle Beckenbodentherapie sich positiv auf den Geburtsverlauf und Geburtsverletzungen auswirken.

Schlussfolgerung:

Gezielte Beckenbodentherapie während der Schwangerschaft stellt eine Ressource dar, mit der Häufigkeit und Ausprägung von Harninkontinenz postpartal reduziert werden kann. Dementsprechend könnte medizinisches Fachpersonal bereits in der Schwangerschaft Betroffene an spezialisiertes Fachpersonal überweisen. Auch in Geburtsvorbereitungskursen könnte funktionelle Beckenbodenarbeit flächendeckend und damit präventiv implementiert werden. Weitere Studien zur physiotherapeutischen Behandlung des Beckenbodens während der Schwangerschaft sind noch nötig, um höhere Evidenzgrade für diese Intervention zu ermöglichen.

Literatur

1. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 6;5(5):CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4
2. Soave I, Scarani S, Mallozzi M, Nobili F, Marci R, Caserta D. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Mar;299(3):609-623. DOI: 10.1007/s00404-018-5036-6
3. Romeikienė KE, Bartkevičienė D. Pelvic-Floor Dysfunction Prevention in Prepartum and Postpartum Periods. *Medicina (Kaunas).* 2021 Apr 16;57(4):387. DOI: 10.3390/medicina57040387
4. Moossdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2021 Jul;32(7):1633-1652. DOI: 10.1007/s00192-020-04636-3
5. Johannessen HH, Frøshaug BE, Lysåker PJG, Salvesen KÅ, Lukasse M, Mørkved S, Stafne SN. Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021 Feb;100(2):294-301. DOI: 10.1111/aogs.14010
6. Moossdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *Int Urogynecol J.* 2021 Mar;32(3):695-701. DOI: 10.1007/s00192-020-04566-0
7. Wang X, Jin Y, Xu P, Feng S. Urinary incontinence in pregnant women and its impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2022 Jan 21;20(1):13. DOI: 10.1186/s12955-022-01920-2

Prospektive Analyse postpartaler Harninkontinenzbeschwerden – weitere Ergebnisse der E-PAD Studie

Constanze Amir-Kabirian, Janice Jeschke, Peter Mallmann, Fabinsky Thangarajah, Sebastian Ludwig

Frauenklinik der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Einleitung:

Harninkontinenz betrifft jüngere gleichermaßen wie ältere Frauen. Im ersten Jahr nach einer Entbindung treten bei 45 % der Frauen Urininkontinenzbeschwerden auf [1]. Diese gehen mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität und der täglichen Aktivität einher [2]. Als wesentliche Risikofaktoren gelten Schwangerschaft und vaginale Geburt, nach einer Sectio Caesarea tritt Urininkontinenz signifikant seltener auf [3].

Methode:

Um die peripartalen Inkontinenzbeschwerden zu quantifizieren und weitere Risikofaktoren zu erfassen, wurden seit Oktober 2021 volljährige Mütter, die in der Frauenklinik der Uniklinik Köln entbunden wurden, in die EPAD-Studie („early intervention of pelvic floor disorder after delivery“) eingeschlossen. Die Betreuung der Patientinnen wurde bzw. wird für ein Jahr postpartal durchgeführt und erfasst zu vier Zeitpunkten den validierten deutschen Beckenbodenfragebogen. Es werden Blasen-, Darm- und Sexualfunktion sowie Senkungsbeschwerden erfasst und mögliche Einflussfaktoren auf diese Parameter untersucht.

Ergebnisse:

Insgesamt konnten 408 Patientinnen rekrutiert werden, bei 100 Patientinnen wurden bereits 3 Follow-ups erhoben und die Studie somit beendet. Weitere Patientinnen werden kontinuierlich bis November 2023 im zweiten und dritten Follow-up befragt, hierzu liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch keine endgültigen Ergebnisse vor.

In unserem Kollektiv wurden 51,7 % vaginal entbunden. Wiederum 87 % dieser Patientinnen erlitten eine Geburtsverletzung. Vor der erfassten Schwangerschaft gaben 80 % der Befragten an, niemals an Dranginkontinenz zu leiden. 72 % der Befragten beschrieben niemals Stressinkontinenzsymptome erlebt zu haben. Während Dranginkontinenzsymptome im Kollektiv 12 Monate post partum nicht signifikant häufiger angegeben wurden, erhöhte sich der Anteil der Patientinnen mit einer Belastungsinkontinenz um 5 %. Vor der erfassten Schwangerschaft berichteten lediglich 5 % über einen häufigen unwillkürlichen Urinverlust bei Belastung. Dieser Anteil erhöhte sich auf 13 % 12 Monate postpartal. Zu Beginn der Studie klagte keine Patientin über ständigen Urinabgang, im 3. Follow-up sind 2 % der Befragten betroffen. Multipara geben zu allen vier Zeitpunkten häufiger als Primipara Belastungsinkontinenzsymptome an. In ersten Korrelationsanalysen zeigen sich Zusammenhänge zwischen Inkontinenzsymptomatik und geburtshilflichen Parametern.

Schlussfolgerung:

Die Entwicklung von Harninkontinenzbeschwerden wird durch Schwangerschaft, Geburtsmodus, Parität und kindliche Parameter beeinflusst. Der Bedarf an weiteren Versorgungsstrukturen ist hoch.

Literatur

1. Åhlund S, Rothstein E, Rådestad I, Zwedberg S, Lindgren H. Urinary incontinence after uncomplicated spontaneous vaginal birth in primiparous women during the first year after birth. *Int Urogynecol J.* 2020;31(7):1409.
2. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The „costs“ of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):908-16.
3. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2013;120(12):1548-55.

Prospektive Analyse postpartaler Senkungsbeschwerden – weitere Ergebnisse der E-PAD Studie

Janice K. Jeschke¹, Constanze Amir-Kabirian¹, Imke Flintrop¹, Paul Sartorius¹, Sabine Wenning¹, Peter Mallmann¹, Sebastian Ludwig¹, Fabinsky Thangarajah

1 Frauenklinik der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

2 Frauenklinik des Universitätsklinikums Essen, Essen, Deutschland

Einleitung:

Senkungsbeschwerden gehören zu den häufigsten funktionellen Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Während 51,9 % der 70- bis 74-jährigen Frauen Deszensus-Symptome angeben, leiden ebenso auch jüngere Frauen an der gleichen Problematik [1]. Wesentliche Risikofaktoren für die Symptomatik sind Schwangerschaft und Geburt [2]. In dieser Studie wird die Häufigkeit der Pathologien des Beckenbodens nach Entbindung quantifiziert und der Einfluss von unterschiedlichen Geburtsparametern und Risikofaktoren auf postpartale Senkungsbeschwerden erforscht.

Methode:

Um die peripartalen Inkontinenzbeschwerden zu quantifizieren und weitere Risikofaktoren zu erfassen, wurden seit Oktober 2021 volljährige Mütter, die in der Frauenklinik der Uniklinik Köln entbunden wurden, in die EPAD-Studie („early intervention of pelvic floor disorder after delivery“) eingeschlossen. Die Betreuung der Patientinnen wurde bzw. wird für ein Jahr postpartal durchgeführt und erfasst zu vier Zeitpunkten den validierten deutschen Beckenbodenfragebogen [3]. Es werden Blasen-, Darm- und Sexualfunktion sowie Senkungsbeschwerden erfasst und mögliche Einflussfaktoren auf diese Parameter untersucht. Im Rahmen dieser Analyse wird die Domäne der Prolapsbeschwerden zu drei Zeitpunkten analysiert.

Ergebnisse:

Es wurden 408 Patientinnen rekrutiert. In diesem Kollektiv wurden 51,7% vaginal entbunden. Wiederum 87% erlitten eine Geburtsverletzung. Insgesamt gaben 5,7% der Befragten nach subjektiver Einschätzung Senkungsbeschwerden vor der erfassten Schwangerschaft an, während drei Monate nach der Entbindung der Anteil auf 12,1 % und nach sechs Monaten auf 18,4% anstieg. Vor der erfassten Schwangerschaft berichteten 3,8% über einen subjektive Leidensdruck durch die Senkungsbeschwerden. Dieser Anteil erhöhte sich auf 15,9% sechs Monate postpartal. Korrelationsanalysen zeigen Zusammenhänge zwischen Faktoren, wie vaginaler Geburtsmodus, unwillkürlicher Urinverlust in der Schwangerschaft sowie Nikotinabusus, und die Entwicklung von postpartalen Prolapsbeschwerden.

Schlussfolgerung:

Verschiedene Faktoren, wie geburtshilfliche Parameter, bestehende Risikofaktoren und Lebensstil, haben einen Einfluss auf die Entwicklung von Prolapsbeschwerden.

Literatur

1. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG. 2000;107(12):1460-1470. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11669.x
2. Van Geelen H, Ostergard D, Sand P. A review of the impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor function as assessed by objective measurement techniques. Int Urogynecol J. 2018;29(3):327-338. DOI: 10.1007/s00192-017-3540-z
3. Baeßler K, Junginger B. Beckenboden-Fragebogen für Frauen. Aktuelle Urologie. 2011;42(5):316-322. DOI: 10.1055/s-0031-1271544

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Schlafapnoe und überaktiver Blase?

Andreas Wiedemann^{1,2}, Djalal Rouzitalab³

- 1 Urolog. Klinik, Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland
- 2 Lehrstuhl Geriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland
- 3 Urologische Klinik, Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland

Einleitung:

Untersucht werden sollte der Zusammenhang zwischen dem obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS) und der Überaktiven Blase (ÜAB), der sich aus theoretischen Überlegungen (adrenerge Stressreaktion, gleiche Risikofaktoren und Co-Morbiditäten) ergeben könnte.

Methode:

Es wurden 208 konsekutive Patienten mit einer polysomnographischen Untersuchung bei V. a. OSAS rekrutiert und mit dem OAB-Symptom-Score nach Homma [1], OABSS befragt. Ein OSAS wurde bei einem Apnoe-Hypopnoe-Index AHI ≥ 10 (Anzahl der Apnoe- und Hypopnoe-Ereignisse : Gesamtschlafzeit in Stunden) und eine ÜAB bei einem OABSS ≥ 4 angenommen. 17 der so charakterisierten Patienten erhielten eine Zystomanometrie.

Ergebnisse:

Bei 73% der Patienten lag ein polysomnographisch bestätigtes Schlafapnoesyndrom vor. 31 % dieser Patienten wiesen Symptome einer ÜAB im OABSS auf. Dieser Anteil liegt höher als die Prävalenz der ÜAB bei nicht selektionierten Bevölkerungsgruppen, war jedoch nicht signifikant unterschiedlich im Vergleich mit Patienten ohne OSAS ($p = 0,867$). Zystomanometrisch unterschieden sich die Messgrößen VEH, MBK und MDD signifikant zwischen Patienten mit einem AHI ≥ 10 und < 10 ($p = 0,02$, $p = 0,007$, $p = 0,001$). Der maximale Detrusordruck zeigte als einzige Messgröße eine Zunahme bei zunehmendem Schweregrad des OSAS.

Schlussfolgerung:

Nach den vorliegenden Daten kommt eine ÜAB bei Patienten mit OSAS häufiger vor als in der Normalbevölkerung [2]. Dies konnte die urodynamische Messung mit einer typischen Befundkonstellation bestätigen. Schlafapnoe-Patienten sollten daher als Risikogruppe für eine OAB mit den Folgeerkrankungen begriffen, gescreent und ggf. funktionsurologisch untersucht werden.

Interessenkonflikte:

Beratungstätigkeit: Acticore, Astellas, Dr. Pflieger, Pfizer, Omega Pharma, MEC-Abc, Merck, MIP Pharma
Vortragstätigkeit: Allergan, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Boston-Scientific, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Medac, Medice, MIP Pharma, Dr. Pflieger, Pfizer Pharma, Das Fortbildungskolleg, med-update, derCampus
Forschungsförderung: AMS Deutschland, Dr. Pflieger, Paul-Kuth-Stiftung

Literatur

1. Homma Y, Yoshida M, Seki N, Yokoyama O, Kakizaki H, Gotoh M, Yamanishi T, Yamaguchi O, Takeda M, Nishizawa O. Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome – overactive bladder symptom score. Urology. 2006 Aug;68(2):318-23. DOI: 10.1016/j.urology.2006.02.042
2. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Artibani W, Herschorn S. Prevalence, severity, and symptom bother of lower urinary tract symptoms among men in the EPIC study: impact of overactive bladder. Eur Urol. 2009 Jul;56(1):14-20. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.02.026

Komplikationen der 180-Watt-XPS™-GreenLight-Laserung – Ergebnisse bei 1.283 Prozeduren

Farmis Fallahi¹, Andreas Wiedemann^{1,2}, Mehrdad Fallahi³

- 1 Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland
- 2 EVK Witten, Witten, Deutschland
- 3 Urologische Praxisklinik Aachen, Aachen, Deutschland

Einleitung:

Die 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung (GLL) der Prostata hat ihren festen Stellenwert in der modernen Urologie weltweit. Im Zeitraum 2012-2019 wurden in der Urologie des Evangelischen Krankenhauses in Witten 1.283 Patienten mit der GLL der Prostata behandelt. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Komplikationsrate des Verfahrens in einer neuen Methodik unter real-life-Bedingungen. Es wurden in dieser Untersuchung alle Patienten, die innerhalb von 3 Monaten erneut stationär aufgenommen wurden, erfasst. In der S2e-Leitlinie zur Therapie des benignen Prostata-syndroms (BPS) sind stadienangepasste Behandlungsmöglichkeiten von medikamentösen Konzepten, dem kontrollierten Zuwarten, bis hin zu operativen Eingriffen genannt. Hierzu gehören die als Goldstandard bekannte Transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) und die offene-operative Adenomektomie [1], [2]. Daneben kommen verschiedene Lasersysteme, darunter die 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung zum Einsatz.

Internationale, multizentrische Studien bestätigten die Gleichwertigkeit hinsichtlich der Sicherheit und Effizienz des 180-Watt-XPSR-Greenlight-Lasers gegenüber der transurethralen Resektion der Prostata (TURP). Ebenfalls bezüglich operativer Einflussfaktoren wie Komplikationen, Nebenwirkungen und Rezidiven sowie patientenbezogener Parameter wie Einfluss auf die Symptomatik, Veränderungen von Prostata-volumen, maximalem Harnfluss und Restharnvolumen war die Greenlight-Laserung gegenüber der TURP nicht unterlegen [3]. Patienten, die mit der Greenlight-XPSR-Lasertherapie behandelt wurden, erlebten eine deutlich verkürzte Verweildauer, kürzere Katheterliegezeiten und eine schnellere Genesung. Außerdem ist das Verfahren unter Berücksichtigung dieser Faktoren die kostengünstigere Behandlungsoption gegenüber einer TURP [4], [3], [5]. Die Komplikations- bzw. Reinterventionsrate des Verfahrens bedarf einer besonderen Einordnung, weil mit der 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung der Prostata häufig multimorbide, „geriatrische“ Patienten behandelt werden. Aufgrund des hohen Anteils dieser gebrechlichen Patienten, welche unter Blutverdünnung wie z. B. mit Cumarinen, mit neuen oralen Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern stehen [6], aber auch wegen des höheren Patientenkomforts hinsichtlich Faktoren wie Schmerz und Spülintensität und des geringeren Personaleinsatzes [7] hat sich das Verfahren in der Abteilung des Ev. Krankenhauses Witten zu dem hausinternen Standard als primäres Verfahren bei der endourologischen operativen Behandlung des benignen Prostata Syndroms entwickelt. Seit 2012 wurden insgesamt 1671 Patienten mit der 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung der Prostata behandelt.

Methoden:

In dieser Studie wurden retrospektiv 1283 Patienten untersucht, die sich im Zeitraum von 2012 bis 2019 im Ev. Krankenhaus Witten einer operativen Behandlung aufgrund ihrer symptomatischen Prostatavergrößerung mittels einer 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung unterzogen. Alle Patienten, die innerhalb von 3 Monaten erneut in die Urologie des evangelischen Krankenhauses Witten aufgenommen wurden, wurden als sogenannte „Komplikationspatienten“ erfasst. Dabei erfolgte ein Ausschluss der Patienten, die wegen eingriffsunabhängiger Erkrankungen in diesem Zeitraum hospitalisiert wurden. Die so ermittelten Patienten mit Wiederaufnahme wegen einer Komplikation wurden in ihren demographischen und klinischen Daten denen ohne Wiederaufnahme gegenübergestellt. Erfasste Parameter bei allen Patienten waren das Alter, der ASA-Score und der Umfang der 180-Watt-XPSR-Greenlight-Laserung der Prostata (gemessen mit der Gesamt-Energieabgabe in Joule). Nur bei den Komplikationspatienten wurden die Wiederaufnahmegründe in die Kategorien Hämaturie (Patienten mit/ohne Blut-verdünner in der Einordnung Marcumar, Heparin, NOAK, TAH), Harnverhalt, Inkontinenz (Dranginkontinenz, Belastungsinkontinenz, Mischinkontinenz), Infektgeschehen und andere Aufnahmegründe erfasst. Patienten mit einem Infektgeschehen wurden separat in den Zeiträumen von 2012 bis 2018 und denen aus 2019 gegenübergestellt. Dies hatte seinen Grund in einer geänderten Antibiotika-Prophylaxe-Strategie: Anfang 2019 war die perioperative Antibiotika-Therapie von Ciprofloxacin 2 x 250 mg beginnend ab dem OP-Zeitpunkt bis zum 5. postoperativen Tag auf eine reine single-shot-Prophylaxe mit Cefuroxim 1,5 Gramm iv. verändert worden. Es sollte überprüft werden, ob sich eine Tendenz bei der Inzidenz entzündlicher Komplikationen nach dem Eingriff erkennen lässt.

Für die stetigen Merkmale wurde der Mittelwert und Median berechnet und zur Beurteilung der Streuungswerte wurde die Interquartilsspanne bzw. die Standardabweichung angegeben. Um die Unterschiede der Patientengruppen zu beurteilen, wurden der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test und der exakte Fisher-Test sowie logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Der p-Wert der Tests wurde jeweils deskriptiv zum lokalen 5% Signifikanzniveau beurteilt.

Ergebnisse:

Es ergab sich eine Wiederaufnahmequote von 13,25%. Der Aufnahmegrund war am häufigsten ein Harnverhalt mit 50,6% und eine Hämaturie mit 49,4% aller Patienten. Von den Patienten mit einer auftretenden Hämaturie standen 86,75% unter blutverdünnender Medikation. Das mittlere Alter der Patienten betrug 74,3 Jahre. 54,8% der Patienten erhielten präoperativ einen ASA-Score von 3 und 39,6% vertreten einen ASA-Score von 2. Aus der Regressionsanalyse ergibt sich eine 5,17fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, von einer oder mehreren Komplikationen betroffen zu sein, für einen Patienten mit einem ASA-Score von 2 Punkten gegenüber einem Patienten mit einer ASA-1-Klassifikation und analog eine 24fach erhöhte Wahrscheinlichkeit bei einem ASA-Score von 3 vs. 1. Der Mittelwert der Laser-Energieabgabe als Surrogatparameter für die Eingriffsdauer bzw. dem Umfang des Eingriffs lag bei 216189 Joule. Der errechnete p-Wert für die Energieabgabe des Lasers in der Gegenüberstellung der Komplikationspatienten und Patienten ohne Komplikationen lag bei 0,475. Somit existiert kein signifikanter Unterschied in diesem Punkt. Die gerinnungsaktiven Medikamente lassen sich in Thrombozytenaggregationshemmern (TAH/ Plättchenhemmern) mit Acetylsalicylsäure (ASS® oder Aspirin®) und Clopidogrel (Iscover®), in Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon (Marcumar®)), sowie in die neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs)

einteilen. Zu diesen NOAKs gehören Xarelto®, Eliquis® und Lixiana®. Von den 83 Patienten, die wegen einer Hämaturie wiederaufgenommen werden mussten, nahmen alle bis auf 11 (13,25%) eines der betrachteten Medikamente.

Schlussfolgerung:

Im Vergleich mit der Referenz-Zulassungsstudie („Goliath-Trial“), die 135 multizentrische Patienten umfasste, von welchen 14,07% mindestens eine nach Clavien-Dindo- Grad II-Komplikation erlitten, zeigte sich eine vergleichbare Komplikationsrate. Dies ist umso erstaunlicher, da die mit der GLL in der vorliegenden Untersuchung behandelten Patienten sowohl im Alter als auch mit ihrer in der ASA-Klassifizierung ablesbaren Multimorbidität und damit nachfolgenden Polypharmazie Charakteristika geriatrischer Patienten aufweisen. Diese werden mit Komplikationen unter Umgehung der bei mobilen, selbstbestimmten Patienten üblichen „Filterstationen“ Hausarzt oder Urologe meist direkt stationär behandelt. Es zeigte sich erwartungsgemäß das Auftreten eines Harnverhaltes sowie einer Hämaturie unter gerinnungsaktiver Medikation. Ein höheres Alter, sowie ein ASA-Score von 2 Punkten oder mehr steigern das Risiko, an einer/mehreren Komplikationen zu erleiden. Um Erfolge langfristig postoperativ für diese Patienten sicher stellen zu können, sollte die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors noch optimiert werden.

Fazit für die Praxis:

1. Bilaterale Kommunikation zwischen Urologen und Hausarzt über Art und Umfang der stattgehabten Operation und ihrer speziellen Risiken
2. Organisation von Kontrollen des Urins auf Infektfreiheit postoperativ bzw. einer eventuellen Therapie einer detektierten Harnwegsinfektion auch bei Patienten in ambulanter oder stationärer Pflege
3. Gemeinsame Absprache der Dauer einer NOAK- oder Phenprocoumon-Pause
4. Organisation eines „Notfallplans“ für den Fall des Auftretens einer möglichen Komplikation
5. Information bzw. Schulung von Betreuungspersonen

Interessenkonflikte:

F. Fallahi gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

A. Wiedemann: Berater- bzw. Gutachtertätigkeit: Bene Arzneimittel, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Omega Pharma. Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (Advisory Board): Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Omega Pharma. Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit: AMS Deutschland, Astellas, Berlin Chemie, Boston Scientific, Dr. Pfleger, Ipsen, Jansen, Meda, Medice, Merck, Omega Pharma, Acticor, Aristo. Uroinnovation. Urovision, Das Fortbildungskolleg.

Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien: Boston Scientific, Dr. Pfleger, Paul-Kuth-Stiftung Deutsche Bank. Indirekte Interessen: DGU, DGG, DKG, NRW-GU.

M. Fallahi: Berater- bzw. Gutachtertätigkeit: Dr. Pfleger, Ipsen Pharma, Ärztekammer NRW, Sozialgericht. Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit: Dr. Pfleger, Ipsen. Indirekte Interessen: DGU, DKG, NRW-GU, AUA, EAU, IAU.

Literatur

1. Arbeitskreis Benignes Prostata-syndrom (AK BPS) der Akademie der Deutschen Urologen; Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.; Berufsverband der Deutschen Urologen e. V., Hrsg. Leitlinien zur Therapie des Benigen Prostata-syndrom der Qualität S2e. 2014 [Zugriff am 01.05.2017]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_sleitlinien/043-035l_S2e_Therapie_benignes_Prostata-syndrom_2014_11-abgelaufen.pdf
2. Berges R, Dreikorn K, Höfner K, Madersbacher S, Michel MC, Muschter R, Oelke M, Reich O, Rulf W, Tschuschke C, Tunn U; Society of German Urologists. Therapie des benignen Prostata-syndroms (BPS): Leitlinien der Deutschen Urologen [Therapy of benign prostate syndrome (BPS): guidelines of the German Urologists (DGU)]. Urologe A. 2009 Dec;48(12):1503-16.
3. Bachmann A, Tubaro A, Barber N, et al. A European Multicenter Randomized Noninferiority Trial Comparing 180 W GreenLight-XPS Laser Vaporization and Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction: 12-Month Results of the GOLIATH Study. J Urol. 2015 Feb;193(2):570-8.
4. Bachmann A, Tubaro A, Barber N, et al. 180W XPS GreenLight Laser Vaporization Versus Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction: 6-Month Safety and Efficacy Results of a European Multicentre Randomized Trial – The GOLIATH Study. Euro Urol. 2014 May;65(5):931-942.
5. Bachmann A, Thomas JA, Tubaro A, Barber N, et al. A Multicenter Randomized Noninferiority Trial Comparing GreenLight-XPS Laser Vaporization of the Prostate and Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction: Two-yr Outcomes of the GOLIATH Study. Eur Urol. 2016 Jan;69(1):94-102
6. Knoblauch M, Wiedemann A, Heppner HJ. Lässt sich eine dauerhafte Katheterversorgung bei geriatrischen Patienten mit Harnverhalt oder chronischer Harnretention durch eine 180-W-XPS-Greenlight-Lasertherapie der Prostata vermeiden? [Is it possible to avoid a life-long suprapubic catheter in geriatric patients with urinary retention or overflow incontinence by a simultaneous GreenLight laser procedure?]. Aktuelle Urol. 2020;51(01):42-47
7. Lichtenberg T, Wiedemann A, Heppner H. Vergleich von 180-Watt-XPS-Greenlight-Laserung und transurethraler Elektroresektion der Prostata: Patienten und Personalkomfort in der klinischen Routine [Comparison of 180 W Greenlight-XPS laser vaporisation and transurethral resection of the prostate: comfort for patients and healthcare staff in clinical routine practice]. Aktuelle Urol. 2020 Feb;51(1):59-64

Applikator für Urinalkondome

Samuel Ehrensperger

urisan®, Düsseldorf, Deutschland

Einleitung:

Applikationsvorrichtung für Kondomurinale bei männlicher Inkontinenz

Ableitende Hilfsmittel (Kondomurinale)

Das Kondom-Urinal ist ein Hilfsmittel, welches von männlichen Patienten bei einer Harninkontinenz verwendet werden kann. Es hat die Form eines Kondoms mit einer Anschlussmöglichkeit für einen Schlauch.

Für die Versorgung der männlichen Harninkontinenz stellen Kondom-Urinalen die mit Abstand beste Alternative sowohl zu aufsaugenden Hilfsmitteln wie Vorlagen oder Windeln als auch zum Dauerkatheterismus dar. Gegenüber einem Dauerkatheter besteht ein weiterer Vorteil, dass ganz normale Urinbeutel verwendet werden und nicht die sterilen Urinbeutel, welche bei einem Dauerkatheter unbedingt nötig sind. Auch ist den Bakterien nicht – wie bei einem Dauerkatheter – der direkte Weg in die Blase geöffnet.

Die durch transurethrale Blasenverweilkatheter – als mögliche Folge von Verletzungen der Harnröhre und aufsteigenden Infektionen – ausgelösten Harnröhrenfisteln und andere Erkrankungen werden bei der Verwendung von Kondom-Urinalen vollständig vermieden.

Bisherige Nachteile:

Voraussetzung für die Nutzung von Kondom-Urinalen sind bislang eine ausreichende Penislänge und ein ausreichender Umfang. Außerdem muss der Penis erektionsfähig sein. Bei eingeschränkter Fingerfertigkeit muss die Anlage durch eine Fremdperson erfolgen.

Auch kommt es häufig vor, dass das Pflegepersonal erst eine Erektion hervorrufen muss, um das Kondom anzulegen. Dies wird oftmals verweigert. Für Patienten mit retardierendem Penis, die keine Erektion haben können, können Kondomurinale bislang gar nicht angewendet werden. Häufig geht eine Inkontinenz mit einer Impotenz einher.

Ausnahmslos alle Nachteile werden durch die Applikationsvorrichtung für Kondomurinale aufgehoben.

Die patentierte Lösung:

Applikationsvorrichtung für Kondomurinale

Die Applikationsvorrichtung für Kondomurinale ermöglicht es nahezu allen Männern, mit beinahe keinem Handgriff ein Kondomurinal anzulegen.

Das gilt für

- Motorisch stark eingeschränkte Personen (inkl. Tetraplegiker)
- Personen mit retrahiertem Penis
- Personen mit extrem kleinem, schmalen Penis
- Personen mit Erektionsstörungen bzw. keinerlei Erektion
- Pflegepersonal, das beim Anlegen des Kondomurinals keinerlei direkten Kontakt mehr mit dem Penis hat

Schlussfolgerung:

Die Applikationsvorrichtung besteht aus einer Vakuumpumpe, deren oberer Teil so ausgestaltet ist, dass sich der Rollring eines Kondoms passgenau in einer Mulde einlegen lässt.

Die Mulde des oberen Teils hat den exakten Durchmesser und die exakte Dicke der jeweiligen Kondomgröße. Der obere Teil ist entweder lösbar oder fest mit der Pumpe verbunden. Vorteil: das Kondom muss nicht über eine lösbare Verbindungseinheit gespannt werden. Der Unterdruck wird elektrisch, oder batteriebetrieben erzeugt.

Interessenkonflikt:

Der Autor ist Gründer und Inhaber der Firma urisan®.

INKA-App bei Überaktiver Blase und Mischharninkontinenz: Erste Studienergebnisse

Andreas Wiedemann^{1,2}, Claudia Neumeister³, Lukas Schramm³, Heike Wolf³, Rudolf Götz³

1 Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland

2 Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

3 Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, Bamberg, Deutschland

Einleitung:

Im Rahmen der DiGA-Zulassung der INKA-App ist im gesetzgeberischen Prozess eine Validierungsstudie gefragt, die die Wirksamkeit der Patienten-App messen soll.

Methode:

Vorgelegt werden erste Ergebnisse der zweiarmigen, open-label, kontrollierten, multizentrischen Studie. Eingeschlossen werden in einem 2:1 – Verhältnis 120 Patienten mit einer Überaktiven Blase in der nassen Form und 60 Patienten mit einer Überaktiven Blase in der trockenen Form (ggf. mit einer additiven Belastungskomponente), die in der jeweiligen Gruppe 1 : 1 in eine Interventionsgruppe und eine Kontroll-Gruppe randomisiert werden. Die eingeschlossenen Patienten sollen unter einer stabilen Inkontinenzmedikation ohne Neuverordnung oder Dosisanpassung in den letzten 3 Monaten stehen. Letztendlich sollen die Daten von 216 Patienten unter Berücksichtigung einer drop-out-Rate von 20 % zur Auswertung kommen. In der Therapiegruppe erhalten Patienten Zugang zur kompletten App, im Kontroll-Arm lediglich zu einer dezimierten Version, die ausschließlich eine Erinnerungsfunktion an die Studierhebungen, wie Miktionsprotokoll, PAD-Test und krankheitsspezifische Fragebögen, enthält. Den primären Endpunkt stellen die Veränderungen der Miktionen pro Tag (ermittelt im 3-Tages-Miktionsprotokoll) nach 12 Wochen INKA-Nutzung dar. Sekundäre Endpunkte sind die Veränderungen der Zahl der Vorlagen, die Veränderungen des Urinverlusts im PAD-Test, der Urgency-Score, die Veränderungen in der Gesamtpunktzahl ICIQ-SF (Fragebogen der International Consultation on Incontinence), die Anzahl der Miktionen am Tag und in der Nacht, die mittlere Anzahl der Inkontinenzepisoden und das mittlere Miktionsvolumen in ml nach 4 und 12 Wochen im Vergleich zum Ausgangswert.

Ergebnisse:

Es werden erste Wirksamkeitsdaten der zum Zeitpunkt der Abstract-Entstehung laufenden Untersuchung vorgestellt.

Schlussfolgerung:

Ein Effekt der INKA-App vorausgesetzt, könnte dieses neuartige Tool vor allem in der Basisdiagnostik und Primäreinstellung eines Patienten mit Inkontinenz helfen, die Strukturqualität zu optimieren und die Effekte der Standardtherapie durch Verbesserung „weicher“ Faktoren wie Motivation, Adhärenz und Selbstmanagement zu verbessern.

Interessenkonflikt:

Wiedemann:

Beratungstätigkeit: Acticore, Apogepha, Astellas, bene Arzneimittel, Dr. Pflieger, Pfizer, Omega Pharma, MEC-Abc, MIP Arzneimittel, Merck

Vortragstätigkeit: Allergan, Apogepha, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Boston-Scientific, bene Arzneimittel, Jansen, Karo Pharma, Lilly Deutschland, Meda, Medac, Medice, MIP Pharma, Dr. Pflieger, Pfizer Pharma, Das Fortbildungskolleg, med-update, uro-update

Forschungsförderung: Paul-Kuth-Stiftung, Dr. Robert-Pflieger-Stiftung, AMS Deutschland, Boston Scientific, Omega Pharma

Mitgliedschaften: DGU, DGG, DKG, NRW-GU

The effect of biofeedback pelvic floor training with ACTICORE1 on urinary incontinence: A multicenter randomized clinical pilot trial

Christoph Paasch¹, Sonja Soeder², Eric Lorenz², Hendrik Borgmann¹, René Mantke¹

¹ Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel, Germany

² Deutsches Beckenbodenzentrum, Berlin, Germany

Introduction:

A pelvic floor training using biofeedback has been shown to significantly reduce symptoms of urinary incontinence. The study at hand aimed to evaluate the efficacy of the pelvic floor training with the biofeedback device ACTICORE1.

Methods:

A multicenter randomized controlled clinical pilot study in Germany was and conducted between October 2021 and January 2022. The intervention group was instructed to use ACTICORE1 for 6 minutes daily to train the pelvic floor. The control group expected ACTICORE1 training for 12 weeks and was instructed not to do any other training. Over 18-year-old men and women with urinary incontinence and an ICIQ score of ≥ 5 were included in the study. The primary endpoint was the The International Consultation on Incontinence Questionnaires (ICIQ) score 12 weeks after enrollment. The secondary endpoints were the ICIQ score and quality of life using the EG-5D-3L questionnaire 4, 8 and 12 weeks after patients enrollment.

Results:

A total of 40 individuals with urinary incontinence was recruited for the present study (35 females; 40% Lost to follow-up). In terms of biometric data both groups did not differ. At 4, 8, and 12 weeks, the ICIQ score of those in the ACTICORE1 group decreased from 12.9 to 7.5. The ICIQ score in the control group decreased from 11.0 to 10.5. The intraindividual improvement of patients in the ACTICORE1 group was statistically significant.

Conclusion:

Biofeedback training with ACTICORE1 significantly reduces symptoms of urinary incontinence after 12 weeks.

Conflict of interest:

Christoph Paasch und Sonja Soeder, erhielten eine Vergütung für die Durchführung der Studie von der ACTICORE AG.

Harnbelastungsinkontinenz der Frau – von Prävention bis Operation

Needleless – ein innovatives Single Incision TOT

Torsten Brosche

Frauenklinik DRK Krankenhaus Chemnitz Rabenstein, Chemnitz, Deutschland

Einleitung:

Der „Goldstandard“ zur Behandlung der weiblichen Belastungsharninkontinenz ist seit vielen Jahren der Einsatz von spannungsfreien suburethralen Bändern. Single Incision Bänder (Minischlingen) wurden entwickelt, um die Invasivität der Operation zu verringern und typische Komplikationen wie Blasenverletzung, Hämatombildung und Schmerzen zu vermeiden. Des Weiteren wird durch die Verwendung von Minischlingen die Menge des Fremdkörpermaterials verringert.

Methode:

Die bisherigen Minischlingen hatten eine Länge von 6,6 cm und wurden mit einem Anker aus festem Polypropylen im Gewebe fixiert. Mit Needleless steht ein neues innovative Single Incision TOT zur Verfügung, das eine Länge von 11,5 cm hat und aus einem monofilen Polypropylennetz ohne Führungsnadel besteht. Die beiden ankerlosen Enden sind verbreitert, was als T-Tasche bezeichnet wird.

Ergebnisse:

Obwohl wir erst im Februar 2023 mit dieser Operationsmethode begonnen haben, kann man sagen, dass die Durchführung eine relativ geringe Lernkurve (insbesondere für Operateure, die schon Schlingen durchführen) hat. Bei unseren ersten Operationen kam es zu keiner intraoperativen Komplikation. Insbesondere die Operationsdauer und der Blutverlust waren sehr gering. Auch postoperativ traten keine Komplikationen auf. Alle Patientinnen konnten am ersten postoperativen Tag schmerzfrei, kontinent und mit physiologischen Restharnmengen entlassen werden. Erste 6 Monatsdaten werden wir ab September 2023 haben.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Needleless in den bisherigen Studien vergleichbare Kurzzeit-Ergebnisse wie die klassischen Schlingen bringt. Des Weiteren zeigt sich in den Studien eine kürzere Operationszeit, ein geringerer Blutverlust sowie geringere Schmerzen. Weitere groß angelegte und gut konzipierte prospektive Studien sind erforderlich, um die langfristige Wirksamkeit und Sicherheit zu bestätigen.

Zu wenig beachtet: Lebensqualität, Sexualität und Lifestyle

Prospektive Analyse sexueller Dysfunktion nach Geburt – erste Zwischenanalyse der E-PAD-Studie

Caroline Lenz¹, Janice Jeschke¹, Constanze Amir-Kabirian¹, Fabinyshy Thangarajah², Sebastian Ludwig¹

¹ Universität zu Köln, Medizinische Fakultät und Universitätsklinik Köln, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Köln, Deutschland

² Medizinische Fakultät, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universität Essen, Essen, Deutschland

Einleitung:

Sexuelle Gesundheit kann als multidimensionales Phänomen durch Schwangerschaft und Geburt erheblich beeinflusst werden. Während präpartal 38% der Frauen von sexueller Dysfunktion betroffen sind, wird die Prävalenz drei Monate postpartal auf 41 bis 83% geschätzt [1]. So können typische Symptome wie Harninkontinenz, Dyspareunie und abnehmende Libido die Sexualität und damit die Lebensqualität der Frau maßgeblich beeinträchtigen [2], [3].

Methode:

Mittels des Projektes „Frühzeitige Intervention bei Beckenbodenschwäche nach Geburt“ sollen die Häufigkeiten der Pathologien des Beckenbodens nach Entbindung sowie mögliche Risikofaktoren für postpartale Beschwerden analysiert werden. Seit Oktober 2021 werden volljährige Mütter, die in der Frauenklinik der Uniklinik Köln entbunden wurden, in die Studie eingeschlossen. Zu verschiedenen Zeitpunkten wird die Symptomatik anhand des validierten Deutschen Beckenboden-fragebogens präpartal und innerhalb der ersten 12 Monate (also nach 3, 6 und 12 Monaten) postpartum erfasst.

Ergebnisse:

Bisher sind 183 Patientinnen eingeschlossen und 56 Wöchnerinnen haben das erste Follow-up nach 3 Monaten postpartum abgeschlossen. Während vorgeburtlich 84% der Patientinnen angegeben haben, sexuell aktiv gewesen zu sein, sinkt der Anteil drei Monate postpartal auf 34%. Des Weiteren stieg der Anteil der Frauen, die ihre sexuellen Beschwerden als störend einschätzten, von 20 auf 43%. Die Wahrscheinlichkeit beim Geschlechtsverkehr (GV) drei Monate postpartal schmerzfrei zu sein, ist bei Primipara signifikant geringer als bei Multipara ($p = 0,033$). Während 20,5% der Primipara angaben, keine Schmerzen beim GV zu haben, sind es bei Multipara 46,9%. Geburtsverletzungen zeigten in dieser Auswertung einen klaren Zusammenhang mit postpartaler sexueller Aktivität.

Schlussfolgerung:

Schwangerschaft und Geburt ist für die sexuelle Gesundheit der Frau von großer Bedeutung und kann negative Auswirkungen auf die sexuelle Aktivität und das Wohlbefinden der Betroffenen haben. Die sexuelle Zufriedenheit der Frauen hat 6 Monate postpartal deutlich abgenommen. Erstgebärende können postpartal von einer intensiveren Betreuung profitieren, da diese signifikant häufiger 3 Monate postpartal unter Dyspareunie leiden. Eine bestehende Versorgungslücke bezüglich pathologischer Geburten und sexueller Gesundheit sollte thematisiert werden. Entsprechende Hilfe kann in einer speziellen Beckenbodensprechstunde bereits Schwangeren aber auch Wöchnerinnen angeboten werden.

Literatur

1. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2000 Feb;107(2):186-95.
2. Serati M, Salvatore S, Sisto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med. 2010 Aug;7(8):2782-90.

Incontinence or sexual functioning: which has a greater impact on maternal well-being up to 5 years postpartum

Nadine Scholten¹, Carsten Hagenbeck², Johannes Soff¹, Thangarajah Fabinshy³

¹ Uniklinik Köln, Köln, Germany

² Uniklinik Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

³ Uniklinik Essen, Essen, Germany

Introduction:

Sexual health and functioning and the associated well-being of women after childbirth is an area that hitherto far has not been addressed enough scientifically. Limitations in sexual functioning (SF) can be attributed to birth injuries. Concurrently, women may suffer from postpartum pelvic floor disorders, which can be accompanied by urinary or fecal incontinence. The aim of the study was to explore the complexity of the relationships between mode of delivery, birth injuries, pelvic floor disorders, and the occurrence of SF and its impact on well-being from the perspective of women within the first five years postpartum (PP).

Methods:

An anonymous online survey (via LimeSurvey) was conducted, which was distributed via social media (Instagram and Facebook). When possible, validated instruments were employed to assess SF (PISQ-IR), incontinence (ICIQ), and general well-being (WHQ5).

Population Studied: The survey explicitly addressed mothers with and without pelvic floor disorders five years PP (inclusion criteria).

Results:

Principal Findings: In total, the data of 2.930 women were analyzed. The mean age was 32.9 years (18–49, SD 4.2) and on average 1.5 children have been delivered (1–6, SD 0.7). Twenty-five percent of women surveyed reported that they were not sexually active (neither with partner nor alone), with the mean time PP being 13.3 months (SD 11.5) for sexually inactive women and 17.2 months (SD 13.2) for sexually active women ($p < 0.0001$, sig. diff. Wilcoxon rank-sum test). Reasons given for lack of sexual activity were "no interest" by 83.6 percent, "pain" by 36.8 percent, "health problems" by 24.8 percent, and "fear of urinary or fecal leakage, lowering of the pelvic floor" by 12.5 percent. Pain during sexual intercourse (Dyspareunia) was reported "sometimes" by 22.9 percent, "often" by 9.8 percent, and "always" by 2.9 percent. According to the Pearson correlation coefficient, SF is significantly correlated with the frequency of reported pain during intercourse ($\text{Chi}^2 = -0.47$; $p = 0.000$). Overall, nearly 64 percent have a critical WHO-5 score below 51 points. Maternal well-being is significantly associated with SF (coef: 12.37, $p = 0.000$), incontinence (coef: -0.33, $p = 0.003$), as well as number of births (coef: -2.321, $p = 0.000$) in the multivariate linear model. A total of 11.59 percent of the adjusted variance is being explained by the model, with 10.2 percent of the variance being explained alone by SF. Therefore, a higher impairment of SF (lower score) is associated with significantly lower well-being.

Conclusion:

Beside lack of interest in sexual activities, pain during sexual intercourse seems to be the principal issue for mothers in the first five years PP, which is associated with general well-being.

Implications for Practice:

The topic of maternal health, and here explicitly the topic of SF, is relevant. Target points here could be, for example, education on measures, such as pelvic floor training or the utilization of lubricants to avoid pain during sexual intercourse.

Spezialisierte Physiotherapie in der Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe und Proktologie – die psychosomatische Ebene ist Teil der Behandlungsstrategie

Christiane Rothe¹, Agnes Wand²

1 AG GGUP, Würth, Deutschland

2 AG GGUP, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Dysfunktionen des Beckenbodens sind korreliert mit psychischen Einschränkungen wie Depressionen oder Ängsten. Demzufolge kann der Blick auf die psychosomatischen Zusammenhänge eine Ressource bei der Behandlung von Problemen wie Inkontinenz darstellen. In der spezialisierten Physiotherapie erfolgt die Behandlung im bio-psycho-sozialen Modell. Der Blick wird zunächst auf Struktur- und Funktionsveränderungen gelenkt und es wird eine Patient:innen-Therapeut:innen-Beziehung aufgebaut. Im Behandlungsprozess werden urogenitale-anale Funktionen wahrgenommen und verbessert. Die individuellen Ebenen von Verhalten und Erleben spielen dabei eine große Rolle und werden beeinflusst von der psychischen Funktionsfähigkeit der Betroffenen

Methode:

Literatur-Analyse mit Suchbegriffen: bio-psycho-social, physiotherapy, pelvic floor dysfunction, incontinence, psychosomatic, patient-centered-physiotherapy

Ergebnisse:

Salutogenese und eine selbstreflexive Grundhaltung sind Grundlagen physiotherapeutischen Arbeitens und schaffen einen Raum für die psychosomatischen Ebenen von Beckenbodenproblemen. Funktionelle Verbesserungen bedürfen oftmals einer Verhaltensmodifikation seitens der Patient:innen und dafür müssen Motivation und Adhärenz sichergestellt und gestärkt werden. Assessments, die einen Behandlungsfortschritt sichtbar machen sind förderlich und eine transparente, realistische und patient:innenzentrierte Zielsetzung wirkt unterstützend. Kommunikationstechniken, wie beispielsweise die personenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers fördern die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und stärken individuelle Ressourcen. Durch positiv bestärkende Kommunikation können Betroffene ein Verständnis für Entstehungsmechanismen und Chronifizierung von Problemen entwickeln. Bewegungsverhalten kann angstfrei erweitert werden und Copingmechanismen entwickelt. Je stärker psychische Komponenten auf die Symptomatik zurückzuführen sind, umso wichtiger ist ein multidisziplinärer Behandlungsansatz, wie die Studienlage zu chronischen Beckenschmerzen zeigt.

Schlussfolgerung:

Spezialisierte Physiotherapie stellt in der Gynäkologie, Urologie, Proktologie und Geburtshilfe eine effektive Therapiemaßnahme dar und sie erreicht neben funktioneller Verbesserung der Symptomatik auch eine Stärkung der Ressourcen Betroffener und hilft die Tabuisierung der Probleme zu verringern. Die Bedeutung des psychosomatischen Grundverständnisses sollte vermehrt bei medizinischem Fachpersonal bekannt sein, um Betroffenen bestmögliche Hilfe zu ermöglichen. Weitere Studien zu den gezielteren therapeutischen Einflussnahmen auf psychosomatische Zusammenhänge sind notwendig.

Literatur

1. Krasovsky T. Cognition, Emotion, and Movement in the Context of Rehabilitation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 5; 19(21):14532. DOI: 10.3390/ijerph192114532
2. Klotz SGR, Schön M, Ketels G, Löwe B, Brünahl CA. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2019 Jun;35(6):516-532. DOI: 10.1080/09593985.2018.1455251
3. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Dec;255:222-230. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.038
4. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer D, Nijs J, Van Wilgen CP. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract*. 2017 Nov;33(11):825-840. DOI: 10.1080/09593985.2017.1357151

Chronisches Beckenbodenschmerzsyndrom

Katrin Franke

fit again – Praxis für Physiotherapie, Köln, Deutschland

Einleitung:

Unter dem chronischen Beckenbodenschmerzsyndrom (Chronicle Pelvic Pain Syndrome, CPPS) versteht man anhaltende, wiederkehrende Schmerzen bzw. Funktionsstörungen in der Beckenregion, die durch einen spezifischen uro-, gynäkolo-, proktologischen, orthopädischen oder internistischen Befund nicht zu erklären sind. 5-15% der Bevölkerung sind davon betroffen, ähnlich wie der chronische Rückenschmerz. Das typische Alter bei der Manifestation des CPPS liegt zwischen 20 und 50 Jahren.

Ausgelöst werden diese oft starken Beschwerden von muskulären Triggerpunkten, die zu unterschiedlichen Schmerzen führen können, von Coccygodynie bis zu Vulvodynie, aber auch oft mit Funktionsstörungen von Darm, Blase und Sexualfunktion einhergehen. Es ist ein fachübergreifendes Krankheitsbild, für das sich keine Fachgruppe verantwortlich fühlt, so dass Patienten oft einen jahrelangen Leidensweg hinter sich haben. Weiterhin ist dieses Thema für die meisten Menschen in unserer Gesellschaft ein Tabubereich und schambehaftet. Bei fortgeschrittenen Symptomen sind Lebensqualität und soziale Teilhabe massiv eingeschränkt. Sozialer Abstieg und Erwerbsunfähigkeit sind oft die Folge.

Methode:

Behandlungsansatz ist das multimodale Behandlungskonzept, der Goldstandard in der Schmerztherapie. Die Therapie besteht aus:

- gezielter Triggerpunktbehandlung extern oder rektal/vaginal
- Erlernen eines täglich durchzuführenden Eigenübungsprogramms
- Entspannungstechniken zur Sympathicus- und Parasympathicusregulation

Die Eigenreflexion des Patienten ist mitentscheidend für die Rekonvaleszenz. Verhaltens- und Denkmuster müssen als erhaltende Faktoren verändert oder abgestellt werden.

Schlussfolgerung:

Die Genesung erstreckt sich über Monate bis zu einigen Jahren incl. Behandlungspausen. Nicht immer kommt es zur vollständigen Genesung. Das CPPS benötigt einen multimodalen Behandlungsansatz in Zusammenarbeit von Fachärzten, Therapeuten und Psychologen. Eine frühzeitige Diagnose kann Patienten zeitnah helfen, Manifestationen vorbeugen und unserem Gesundheitssystem Kosten ersparen.

Literatur

1. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician. 2014 Mar-Apr;17(2):E141-7.
2. Butler DS, Moseley LG, et al. Schmerzen verstehen. Springer; 2016.
3. Merkle W. Der chronische Beckenbodenschmerz: CPPS. 2013.

Die rissige Realität – eine Zerreißprobe am Hintertürchen

Christina Weidhofer, Michaela Lechner

Krankenhaus Göttlicher Heiland, Wien, Österreich

Einleitung:

Eine Analfissur ist eine schmerzhafte Verletzung der Schleimhaut im Analkanal mit einem Lebenszeitrisko von 7,8% [1]. Im Vergleich ist das Lebenszeitrisko einer Appendizitis 8,6% bei Männern und 6,7% bei Frauen [2]. Aufgrund der schambehafteten Erkrankung sowie milder Verläufe mit Spontanheilung ist die Dunkelziffer vermutlich höher.

Neben konservativen Therapieansätzen wie einer ballaststoffreichen Ernährung, Stuhlregulation sowie Zäpfchen und Salben mit Lokalanästhetika, Kortikosteroiden, Nitroglycerin und Calciumkanalblockern kann bei chronischen Analfissuren eine chirurgische Intervention erforderlich sein.

Gibbons und Read haben bereits 1986 einen erhöhten Sphinktertonus als Ursache oder Folge einer Analfissur und dementsprechend erschwerte Wundheilung untersucht [3]. Auf Basis dieser Erkenntnis wird seit vielen Jahren Botulinumtoxin in der Therapie chronischer Analfissuren eingesetzt. Eine eindeutige Empfehlung der Dosierung und Injektionsstelle existiert bis dato nicht. Auch die S3-Leitlinie [4] kann diese Fragestellungen nicht beantworten.

Ein aktueller Review aus dem Jahr 2022 von Vitoopinyoparb et al. fasste die bisherigen Erkenntnisse zusammen [5]. Die Ergebnisse zeigen moderate Evidenz wobei niedrigere Dosierungen und fissurferne Injektionen ein besseres Kurzzeit-Outcome zeigen dürften, hingegen fissurnahe Injektionen die Rezidivrate womöglich vermindern.

Schlussfolgerung:

Ziel unserer Arbeit ist es eine Empfehlung anhand der aktuellsten Studien zu formulieren. Die Literatur zeigt aber, dass auch in diesem Gebiet der Proktologie große randomisierte Studien fehlen und jede Behandlung eine Individualentscheidung des behandelnden Arztes, der behandelnden Ärztin, entgegen der angestrebten evidenzbasierten Medizin, darstellt.

Literatur

1. Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. BMC Gastroenterol. 2014 Jul 16;14:129.
2. Körner H, Söndena K, Söreide JA, Andersen E, Nysted A, Lende TH, Kjellevoid KH. Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. World J Surg. 1997 Mar-Apr;21(3):313-7.
3. Gibbons CP, Read NW. Anal hypertonia in fissures: cause or effect? Br J Surg. 1986 Jun;73(6):443-5.
4. Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie e.V. (DGK), et al. S3-Leitlinie Analfissur. Registernummer 081 - 010. 2019. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/081-010>
5. Vitoopinyoparb K, Insin P, Thadanipon K, Rattanasiri S, Attia J, McKay G, Thakkinian A. Comparison of doses and injection sites of botulinum toxin for chronic anal fissure: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2022 Aug;104:106798.

Stuhlinkontinenz – Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik

Wolf-Dieter Michel¹, Thomas Martin²

¹ Spezialpraxis für Enddarmliden, Dresden, Deutschland

² Diakonissenhaus Dresden, Dresden, Deutschland

Einleitung:

Der Vortrag stellt die Zusammenarbeit zwischen proktologischer Spezialpraxis und spezialisierter Klinik bei Diagnostik und Therapie bei Stuhlinkontinenz im Sinne der Betroffenen dar.

Methode:

Die Problematik von Betroffenen mit analer Inkontinenz nimmt in der spezialisierten Enddarmpraxis einen breiten Raum ein. Die Basis einer gezielten Therapie ist eine gute Diagnostik. Die meisten Formen der Stuhlinkontinenz können mittels der Basisdiagnostik (ausführliche Anamnese, Inspektion, Palpation, Proktoskopie und Rektoskopie) diagnostiziert werden. Je nach Fragestellung sind weiterführende Untersuchungen wie Koloskopie, Endosonographie, Defäkographie, colon-transit-Zeit Bestimmung etc. angezeigt. Die meisten Formen der Stuhlinkontinenz können mittels konservativer Therapie behandelt werden können. Hier sind beispielsweise zu nennen das Beckenbodentraining, die Biofeedback- und Schwellstromtherapie, die gezielte Kostberatung, die Beratung der Umstellung der Lebensweise und medikamentöse Therapien wie zur Stuhleindickung und Motilitätshemmung oder Entleerungshilfen. Für die operative Therapie gibt es Indikationen. Wann sind operative Verfahren hilfreich? Das „Herausfiltern“ der Patienten, wo Verbesserungen mit den operativen Methoden erreicht werden können, ist wichtig. Die Vorstellung zur Kontrolle und Beratung der Betroffenen erfolgen in der spezialisierten Klinik. Bei der Klinikvorstellung liegen die Befunde der Patienten vor. In der Sprechstunde der kooperierenden Klinik wird anhand der ambulant erfolgten Diagnostik und konservativen Therapie die Indikation für eine operative Therapie der Stuhlinkontinenz geprüft. Sollte die Diagnostik eine chirurgisch behebbare Ursache ergeben, wie einen Rektumprolaps entfallen konservative Therapieversuche. Ältere Sphinkterläsionen sind keine Kontraindikation für konservative Therapieversuche. Die operative Therapie der Klinik umfasst in selteneren Fällen die laparoskopische Anlage eines Anus praeter. In erster Linie umfasst die operative Therapie die sakrale Neuromodulation.

Ergebnisse:

Die Beschränkung auf diese Verfahren ergibt sich aus den guten Erfolgen der SNM und der Seltenheit der Indikation, die wiederum durch den Erfolg der konservativen Therapie bedingt ist. Andere Verfahren wurden durch schlechtere Ergebnisse und oder höherer Komplikationsraten verdrängt. Die SNM hat wegen niedriger Komplikationsraten ein hohes ambulantes Potential. Noch ist das Verfahren nur im DRG-System abrechenbar. Sowohl Diagnostik als auch Therapie der der Stuhlinkontinenz werden in Zukunft in Ausnahmefällen stationäre Leistungen erfordern.

Schlussfolgerung:

Die gute vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der proktologischen Spezialpraxis und spezialisierter Klinik in Diagnostik und Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil der Hilfe für die Betroffenen mit Stuhlinkontinenz.

Interdisziplinärer operativer Therapieansatz – laparoskopische Resektions-Rektopexie kombiniert mit Sakrokolpopexie bei obstruktivem Defäkationssyndrom und Beckenbodensenkung der Frau: eine Pilotstudie

Sebastian Ludwig¹, Joshy Madukkakuzhy², Leonidas Karapanos³, Claudia Rudroff²

¹ Frauenklinik der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

² Viszeralchirurgie des Evang. Krankenhaus Köln-Weyertal, Köln, Deutschland

³ Urologie der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Einleitung:

Beim obstruktiven Defäkationssyndrom (ODS) handelt es sich um einen gestörten Defäkationsvorgang aufgrund einer Vorwölbung des unteren Enddarms oder einer Darminvagination, der häufig mit chronischer Obstipation und Deszensus genitalis (POP) bei Frauen einhergeht. Die Lebensqualität der betroffenen Patienten ist erheblich beeinträchtigt, insbesondere bei jüngeren Patienten. Konservative Behandlungsmöglichkeiten beschränken sich oft auf eine leichte Verbesserung der Symptome und führen nicht zur Heilung. Chirurgische Eingriffe zielen auf die anatomische Rekonstruktion des Darm- und Beckenhalteapparates ab. Bislang sind diese chirurgischen Eingriffe von individuellen Ansätzen und Methoden der einzelnen Fachabteilungen geprägt und es fehlen ausreichende Daten zu standardisierten interdisziplinären Behandlungsmöglichkeiten. Die Studie untersucht die Machbarkeit einer standardisierten laparoskopischen Resektionsrektopexie in Kombination mit einer Netz-Sakrokolpopexie (entweder biologisches/resorbierbares Netz oder synthetisches Netz) in einem interdisziplinären Setting. Bislang gibt es keinen interdisziplinären Ansatz für ODS bei Frauen und die Verwendung eines biologischen/resorbierbaren Netzes in Kombination mit einer Resektionsrektopexie. Dies ist erstmals eine vielversprechende neue Behandlungsalternative in einem interdisziplinären Setting, insbesondere bei prämenopausalen Frauen.

Methode:

Frauen, die sich mit einem ODS in Kombination mit einer POP vorstellten, wurden in einem interdisziplinären Ansatz operiert. Bei allen Patientinnen wurde eine laparoskopische Resektionsrektopexie mit Netz-Sakrokolpopexie durchgeführt, wobei entweder ein synthetisches oder ein biologisches Netz verwendet wurde. Primärer Endpunkt ist die postoperative Morbidität und Mortalität, gemessen anhand der Clavien-Dindo-Klassifikation (CDC) 12 Monate nach dem Eingriff. Weitere Endpunkte sind das Rezidiv des Prolapses und die Verbesserung der Darmentleerung auf der Grundlage von Scores (Altomare, modifizierter Longo, Rektaltoxizitäts-Score; Lebensqualität gemäß SF 312 und PHQ 9-Score), die Kontrollbildgebung mit MRT-Defäkographie und die Behandlungskosten zwischen den beiden Gruppen, die anhand der zeitlich abgeleiteten Basiskosten (TDBC) bewertet werden.

Ergebnisse:

Zwischen 2020 und 2022 wurden 36 Patienten nach diesem interdisziplinären Ansatz operiert, mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von 18 Monaten (12-28 Monate). In 8 Fällen wurde ein biologisches Netz verwendet (5 auf Wunsch der Patientinnen und 3 aufgrund einer geplanten Schwangerschaft). Der Grad der Komplikationen nach CDC und die Häufigkeit postoperativer Komplikationen waren gering. Die anatomischen Ergebnisse waren ausgezeichnet. Der kombinierte Ansatz ist sicher, durchführbar und wirksam bei der Behandlung der Erkrankung.

Schlussfolgerung:

Zum ersten Mal wird das Krankheitsbild der betroffenen Patienten mit einem interdisziplinären chirurgischen Ansatz angegangen, anstelle einer Vielzahl von einzelnen Behandlungsansätzen, die nur selten zwischen den Disziplinen diskutiert und angesprochen werden. Zusätzlich wird ein biologisches Netz als Alternative zum standardisierten Kunststoffnetz für die Sakrokolpopexie angeboten. Die Verwendung eines biologischen Netzes in Kombination mit einer Resektionsrektopexie ist sicher und durchführbar und bietet eine zusätzliche Behandlungsoption, insbesondere für jüngere und fruchtbare Frauen.

Interessenkonflikt:

Honorartätigkeit FEG Textiltechnik mbH, Aachen

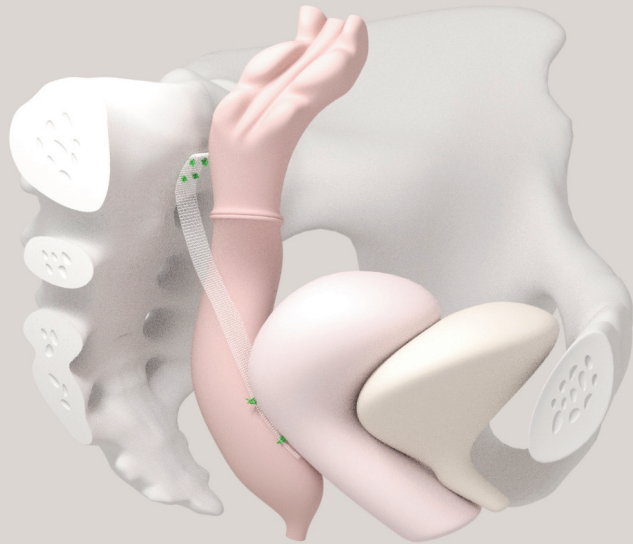


Abbildung 1

Robotisch assistierte Netzpexie bei externen Neorektumprolaps nach TaTME

Vladimir Martínez Hernández, Stefan Bischleb, Gabriele Beck

Klinikum Coburg, Coburg, Deutschland

Einleitung:

Der Prolaps eines Neorektems nach ultratiefer Rektumresektion mit koloanaler Anastomose ist eine seltene Komplikation, welche nur in Fall-Berichten [1], [2] oder kleinen Fallserien [3] in der Literatur zu finden ist. Laut einer Kohorte-Studie ist die Inzidenz nach konventionelle Resektion 2,2 %, nach MIC-Resektion 6,7 % [4]. Die Methode der Wahl zur Behandlung dieses Zustandes ist die transanale Korrektur. Ein transabdominelle Netzpexie ist aufgrund der Verwachsungen und Angst vor Netzkomplikationen nur selten beschrieben.

Methoden und Ergebnisse:

Bei dem Patienten, 1960 geborenen, BMI 30, wurde 8/2020 ein supraanales Rektumkarzinom diagnostiziert. cT3N+M0. Nach Empfehlung der Tumorkonferenz wurde eine multimodale neoadjuvante Radiochemotherapie empfohlen. Nach Abschluss der Therapie und Re-Staging wurde am 05.04.2022 eine laparoskopische ultratiefe Rektumresektion mit Kolonpouch – anale Anastomose – transanal unterstützt (TaTME), hier zeigte sich eine Tumorfomel yPT3, pN1b(2/27), L1, V0, Pn0, R0. Postoperativ wurde eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt. Nach Abschluss dieser Therapie stellte sich der Patient in unserer Sprechstunde mit erheblichen Beschwerden aufgrund eines Prolapses des Neorektems vor. Klinisch zeigte sich ein extremer Prolaps von knapp 7 cm mit deutlichem perianalen Ekzem. Es wurde die Indikation zur transanal Korrektur nach Rehn-Delorme gestellt, diese erfolgte am 05.09.2022. Bei einer klinischen Kontrolle 5 Wochen postoperativ zeigte sich leider ein erneuter Prolaps, dieses Mal fast 8 cm lang. Nach einem langen Gespräch über die therapeutischen Möglichkeiten haben wir doch eine Netzpexie indiziert und zwar robotisch assistiert. Am 02.02.2023 führten wir eine robotisch assistierte ventrale Netz-Neo-Rektopexie. Intraoperativ waren sehr wenige Adhäsionen, die Präparation zwischen Kolonpouch, Samenbläschen und Prostata war überraschenderweise einfach, die Netzfixation erfolgte analog zur Rektopexie, das Netz wurde mit der Omentumfalte abgedeckt um einen Kontakt, bzw. Fistulierung mit den Dünndarm zu vermeiden. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, der Patient wurde am 5. postoperativen Tag entlassen. Bei regelmäßigen ambulanten Kontrollen konnte man ein exzellentes klinisches und funktionelles Ergebnis feststellen ohne Hinweis auf weiteren Rezidiv.

Schlussfolgerung:

Ein Neorektumprolaps stellt zwar eine seltene Komplikation der ultratiefen Rektumresektion dar, allerdings bedeutet diese für die betroffenen Patienten durch die Schleimsekretion und Stuhlinkontinenzstörung eine enorme Verschlechterung der Lebensqualität. Die minimalinvasive Netzpexie scheint eine sichere und gut machbare Möglichkeit bei der Behandlung dieser seltenen Komplikation zu sein. Die Vorteile der robotischen Chirurgie (stabile Kameraführung in engen Räumen, ergonomische Instrumentenbewegungen, erhebliche Bildvergrößerung, einfaches Nähen) bringt in dieser außergewöhnlichen Situation eine deutliche Erleichterung. In der Zukunft wird in unserer Klinik eine transabdominelle Korrektur als Methode der ersten Wahl in Erwägung gezogen.

Literatur

1. Shapiro J, de Graaf JJ, Doornebosch PG, Vermaas M, de Graaf EJ. Laparoscopic Rectovaginopexy for Neorectal Prolapse After Transanal Total Mesorectal Excision. *Dis Colon Rectum*. 2018 Feb;61(2):260.
2. Balaphas A, Dumont C, Faes S, Scarpa CR, Roche B, Ris F, Buchs NC, Hahnloser D. Colonic conduit prolapse after transanal total mesorectal excision (taTME). *Tech Coloproctol*. 2018 Jun;22(6):475-477.
3. Chau A, Frasson M, Debove C, Maggiori L, Panis Y. Colonic prolapse after intersphincteric resection for very low rectal cancer: a report of 12 cases. *Tech Coloproctol*. 2016 Oct;20(10):701-5.
4. Guraieb-Trueba M, Helber AR, Marks JH. Full-thickness neorectal prolapse after transanal transabdominal proctosigmoidectomy for low rectal cancer: a cohort study. *Colorectal Dis*. 2018 Jul;20(7):593-596.

Das SRS-Implant-Netz – ein neuer Ansatz in der Therapie von Beckenbodendefekten im vorderen und mittleren Kompartiment

Mathias Mengel

Frauenklinik Zittau, Zittau, Deutschland

Einleitung:

Im Bereich der vaginalen Deszensuschirurgie finden neben den bekannten konventionellen OP-Techniken zahlreiche netzgestützte Methoden zur Beckenbodenrekonstruktion ihre Anwendung. Dabei werden üblicherweise Netzarme an stabilen Strukturen im Beckenbodenbereich, wie beispielsweise dem Ligamentum sacrospinale, fixiert. Im Gegensatz dazu handelt es sich beim SRS-Implant-Netz um ein selbsthaltendes System auf Basis eines form- und stabilitätsgebenden Kunststoffrahmens. Der Vortrag widmet sich den bisherigen Studien und eigenen Erfahrungen zu dieser Technik. Darüber hinaus wird die aktuell an verschiedenen Kompetenzzentren in Deutschland laufende „PMCF-Studie SRS-Implantat“ vorgestellt.

Methode:

Es werden neben den vorliegenden Studienergebnissen die OP-Technik, Vorteile und mögliche Komplikationsmöglichkeiten des Netzes beschrieben. Desweiteren wird im Vortrag auf die Struktur und die Endpunkte der aktuell laufenden nationalen Studie eingegangen.

Ergebnisse:

Die Einlage eines SRS-Netzes führt zu anatomisch hervorragenden Ergebnissen im Bereich des vorderen und mittleren Kompartimentes, verbunden mit einer sehr kurzen OP-Dauer und geringem intraoperativen Komplikationspotential aufgrund des deutlich reduzierten Präparations- und Fixationsaufwandes. Die Wahrscheinlichkeit einer Netzarrosion ist vergleichbar zu anderen Netzen, in diesen Fällen bedarf es jedoch eines speziellen Komplikationsmanagements.

Schlussfolgerung:

Mit der Einführung des SRS-Netzes steht der Beckenbodenchirurgie ein weiteres suffizientes Instrument zur Verfügung, welches insbesondere durch postoperativ hervorragende und anhaltende Beckenbodenstabilität bei sehr kurzer OP-Dauer besticht. Mit ersten auswertbaren Ergebnissen der auf 24 Monate Nachbeobachtungszeit angelegten nationalen Studie ist Ende 2023 bzw. 2024 zu rechnen.

Interessenkonflikt:

pfm medical – Beratervertrag

Literatur

1. Surgical treatment of advanced anterior wall and apical vaginal prolapse using the anchorless self-retaining support implant: long-term follow-up. Levy G, Padoa A, Marcus N, Beck A, Fekete Z, Cervigni M. *Int Urogynecol J*. 2022 Nov;33(11):3067-3075. DOI: 10.1007/s00192-021-05045-w

Langzeit Follow-up von 258 Patientinnen nach laparoskopischer, Roboter-assistierter (DaVinci) Sakrokolpopexie. Single Center Studie

Philipp Christian Hofmann, Karoline Hoppe, Stephan Buse

Alfried Krupp Krankenhaus, Essen, Deutschland

Einleitung:

Ein Pelvic Organ Prolaps (POP) stellt ein großes Problem der Urogynäkologie dar. In Routinekontrollen konnte bei fast jeder dritten Frau zwischen 20-59 Jahren ein Prolaps in der Untersuchung festgestellt werden. Das Risiko, sich einer Prolaps Operation unterziehen zu müssen, liegt lebenslang bei ca. 11 %. Symptome eines Organ Prolaps sind Fremdkörpergefühl, Inkontinenz, Blasenentleerungsstörung, sowie rezidivierende Harnwegsinfekte. Dies führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität. Goldstandard in der Therapie des Prolapses ist die Sakrokolpopexie. In unserer Klinik wird diese als laparoskopische, Roboter-assistiert mit dem DaVinci System durchgeführt.

Wir führen eine Single-Center-Studie durch um Langzeit-Follow-up-Daten der Patientinnen zu erheben, die wir in den Jahren 2009 bis einschließlich 2022 in unserer Klinik mit oben genannter operativer Therapie behandelt haben. Untersucht wird das funktionelle Outcome im langen postoperativen Verlauf, sowie die Wirksamkeit der Therapie.

Methode:

Es wurden 258 Patientinnen im KIS identifiziert. Die Patientinnen haben eine Einverständniserklärung in die Datenerhebung, den „Deutschen Beckenbodenfragebogen“ als validierten Fragebogen, sowie einen frankierten Rückumschlag erhalten. Die erhaltenen Antworten werden mit den operativen Daten korreliert und statistisch ausgewertet.

Ergebnisse:

Das positive Ethikvotum zur Studie wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein erteilt. Die Patientinnenbefragung ist gestartet, die Ergebnisse werden vor Beginn des Kongresses erwartet.

Schlussfolgerung:

Da die Studie gerade gestartet ist, können Schlussfolgerungen erst auf dem Kongress präsentiert werden.

Level I Difference with and without Prior Hysterectomy: Findings in prolapse and normal support

Wenjin Cheng¹, Markus Hübner², Nina Albers², John DeLancey³

¹ Beaumont Dearborn, Dearborn, MI, United States

² Klinik für Frauenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Germany

³ University of Michigan, Dept. OB/GYN, Ann Arbor, MI, United States

Introduction:

Compare Level I apical support structures with and without prior hysterectomy in women with 1) anterior prolapse, 2) posterior prolapse and 3) normal support.

Methods:

We performed a secondary analysis of resting MRIs from women in the following groups: anterior prolapse (AW) with prior hysterectomy (h) and with a uterus (u), n=12h/15u; posterior prolapse (PW), n=14h/19u; normal support controls (CTR), n=18h/22u. Women with supracervical hysterectomy or hysterectomy for prolapse were excluded. Cardinal ligament (CL) (Figure 1) and uterosacral ligament (USL) insertion into cervix and vagina were marked and measured in women with normal support. The S3 to vaginal cuff/cervico-vaginal junction distance was measured to reflect the uterosacral ligament line-of-action (Figure 2). The angle between sacrum-apex line and horizontal (Pelvic Inclination Correction System [PICS] line) was measured. Left and right sides were similar so averaged. CL lengths from origin to cervical and vaginal insertion were marked and measured (Figure 1).

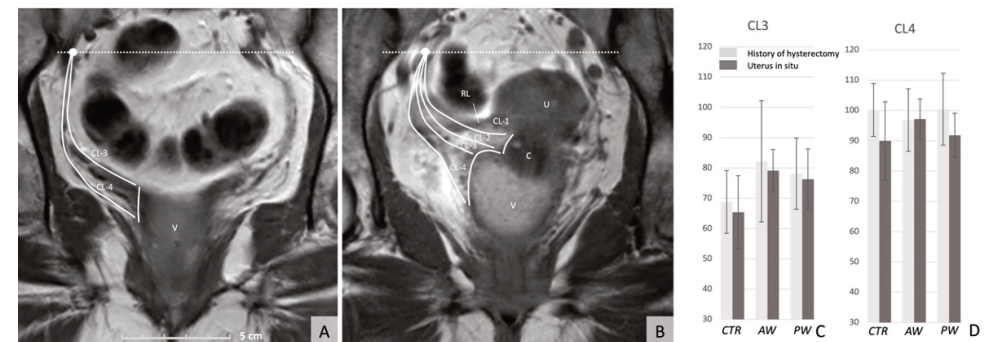


Figure 1. Tracing of right cardinal ligament in coronal plane in women with (A) and without a history of hysterectomy (B) at rest. White dashed line through greater sciatic foramen (white dot). Solid line: cardinal ligament length, cardinal ligament insertion length to cervix and vagina were exhibited. Cardinal ligament length CL3 (C) and CL4 (D) measured at rest in women with normal support, anterior vaginal prolapse and posterior vaginal prolapse were exhibited in mean value with standardized deviation. CL: cardinal ligament, U: uterus, C: cervix, RL, round ligament, V: vagina, CTR: normal control, AW: anterior vaginal prolapse, PW: posterior vaginal prolapse.

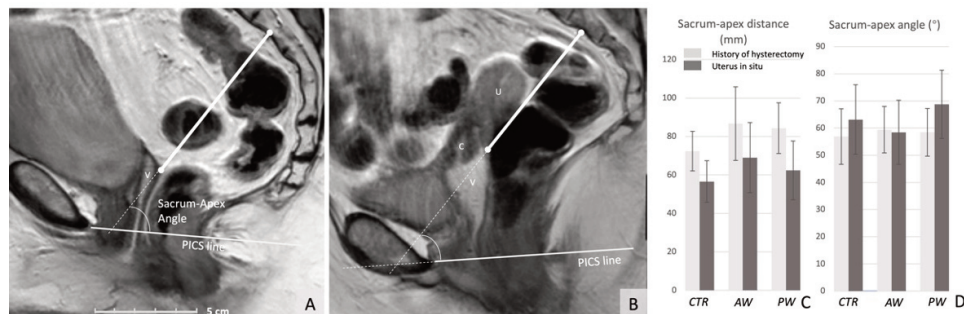


Figure 2. Tracing of the sacrum-apex distance (solid line with dots) in sagittal plane in women with (A) and without a history of hysterectomy (B). The sacrum-apex distance (C) and angle (D) measured at rest in women with normal support, anterior vaginal prolapse and posterior vaginal prolapse were exhibited in mean value with standardized deviation. The Pelvic Inclination Correction System (PICS) line is drawn 34° below the SacroCoccygeal Inferior Pubic Point (SCIPP) line and passing through the inferior pubic point. The angle between sacrum-apex line and PICS line was measured (D). U: uterus, C: cervix, V: vagina, CTR: normal control, AW: anterior vaginal prolapse, PW: posterior vaginal prolapse.

Results:

Age, height, and BMI are similar between the six groups. Among patients with anterior vaginal prolapse, women without a uterus have larger prolapse size (Ba: 3 ± 2 vs 1 ± 1 , $p=.005$; C: -2 ± 4 vs -6 ± 1 , $p=.002$) and genital hiatus at Valsalva (6 ± 2 vs 5 ± 1 , $p=.029$) on POP-Q. For women with a uterus and normal support, CL attachment length was 21 ± 5 mm to the cervix (36%), and 38 ± 6 mm to the vagina (64%). With prior hysterectomy, vaginal CLs attachment was 34 ± 6 mm. For women with a uterus, USLs attached to the cervix for 12 ± 5 mm (44%), and 15 ± 7 mm (56%) to the vagina. With prior hysterectomy, the USLs attachment length to the vagina was 12 ± 4 mm. The sacrum-apex distances are 26%, 35% and 29% longer in women with history of hysterectomy than those with a uterus in AW ($p=.021$), PW ($p=.000$) and CTR ($p=.000$) groups respectively (Figure 2). The angles between the sacrum-apex line and horizontal were more vertical in women with a uterus in PW 18% ($p=.013$) groups, but similar in AW and CTR groups. Cardinal ligament lengths at the lowest location (CL4) were 11% and 9% longer in women without a uterus compared to women with a uterus in PW ($p=.024$) and CT ($p=.008$) groups. Other lengths were similar (Figure 1).

Conclusion:

Apical support changes after hysterectomy. Apex location is 29% further from the sacrum in women who have had hysterectomy for non-prolapse indication in women with normal support. One third to half of the apical supports attach to the cervix and are lost with hysterectomy while the portion attached to the vagina is similar in women with or without a uterus. Comment: These observations are relevant to discussions of ligament re-attachment or culdoplasty at the time of hysterectomy.

Conflicts of interest:

Wenjin Cheng & Nina Albers: none

Markus Hübner: PROMEDON GmbH, Consultant; Aesculap AG, Consultant; Dahlhausen & Co. GmbH, Consultant
KLS Martin GmbH & Co. KG, Consultant; Coma UroGyn GmbH, Speaker

John DeLancey: Hologic (Research Contract through my Institution); Inspire Medical (Anatomical consultant); Materna Medical (Research through my Institution); Proctor and Gamble (Research Contract through my Institution)

Laparoscopic sacrocolporectopexy – an option to correct concomitant pelvic organ- and rectal-prolapse. A surgical video

Evgenia Bousouni, Dimitri Sarlos

Gynäkologie und Gyn. Onkologie, Kantonsspital Aarau, Aarau, Switzerland

Introduction:

Laparoscopic sacrocolporectopexy has been demonstrated to be the gold standard of prolapse surgery in cases with apical defect. According to our data, we have a result in a subjective cure rate of 95% after laparoscopic sacrocolporectopexy. By patients with concomitant pelvic organ- and rectal-prolapse, we offer the option to combine laparoscopic sacrocolporectopexy with rectopexy in order to solve the combined problem.

Methods:

The video demonstrates the case of a 63 years old patient undergoing laparoscopic sacrocolporectopexy because of vaginal prolapse II° and rectal prolapse III°. The anterior dissection is started by opening the vesico-vaginal space. Lateral dissection is performed by opening the paravaginal space and exposing the lateral edge of the vagina. The distal part of both ureters is dissected from the anterior parametrium to the bladder to avoid ureteral damage. The transient fixation of sigma after loosening of adhesions to the pelvic wall with T-Lifts helps to have more space and a much better view of structures in the posterior compartment and gives an optimal approach to the rectovaginal space. We dissect the rectum gradually from the posterior wall of the vagina until the muscles of the pelvic floor for deep attachment of the mesh in the posterior compartment. The exposing of rectum is important in order to fix the mesh on it and to remove it in the right position. Posterior mesh is sutured on the levator ani muscle and additionally on the rectum with four non-absorbable sutures. Both meshes are fixed at the longitudinal ligament of the promontory. At the end a fully peritonealization is performed. The preparation is anatomically not much difficult comparing with sacrocolporectopexy but the experience of gynecologist is decisive.

Results:

The outcome of laparoscopic sacrocolporectopexy in our patient group is excellent. We made in the last 2 years five cases of recurrence after laparoscopic sacrocolporectopexy. As we are following all our patients after laparoscopic sacrocolporectopexy, we have very good results at least in the short-term follow up.

Conclusion:

Laparoscopic sacrocolporectopexy seem to be feasible and safe and is an option to correct laparoscopically concomitant pelvic organ- and rectal- prolapse in order to avoid laparotomy. This method can be performed by experienced gynecologists. Prospective anatomical and functional evaluation and data analysis must be done to scientifically verify these promising initial results.

Re-sacrocolpopexy – an option to correct recurrence after sacrocolpopexy. A surgical video

Evgenia Bousouni, Dimitri Sarlos

Gynäkologie und Gyn. Onkologie, Kantonsspital Aarau, Aarau, Switzerland

Introduction:

Laparoscopic sacrocolpopexy has been demonstrated to be the gold standard of prolapse surgery in cases with apical defect. According to our data, we have a result in a subjective cure rate of 95% after laparoscopic sacrocolpopexy. Although recurrence can occur in up to 10% of cases and additional surgery is needed in about 6%. Recurrence of apex is very rare but recurrence of anterior compartment is about 6%. Isolated anterior compartment failure can occur especially if paravaginal defect has initially been present. A recurrence in anterior compartment is difficult to correct: an option is a vaginal anterior Mesh with high rates of dyspareunia and pain. In the last 2.5 years, we went in recurrences after laparoscopic through re-sacrocolpopexy and the first results are very encouraging.

Methods:

The Video demonstrates the cases of 3 patients between 45 and 75 years old undergoing laparoscopic re-sacrocolpopexy because of combined re-prolapse after laparoscopic sacrocolpopexy. The main problem is a recurrence of anterior compartment with paravaginal defect, the apex descends just a little. The old mesh will be left; trying to remove has risks without benefits. The preparation is anatomically more difficult but the old mesh does not bother the placement of the new one. The anterior dissection is started by opening the vesico-vaginal space. Lateral dissection is performed by opening the paravaginal space and exposing the lateral edge of the vagina. The distal part of both ureters is dissected from the anterior parametrium to the bladder to avoid ureteral damage. The posterior mesh is sutured to the levator ani or the posterior vagina and the cervix. Both meshes are fixed at the longitudinal ligament. This can be challenging after sacrocolpopexy because of the anatomical restriction and scarring by previous mesh fixation.

Results:

The outcome of laparoscopic re-sacrocolpopexy in our patient group is excellent. We made in the last 2.5 years about twelve cases of recurrence after laparoscopic sacrocolpopexy. As we are following all our patients after laparoscopic re-sacrocolpopexy, we have very good results at least in the short-term follow up.

Conclusion:

Laparoscopic re-sacrocolpopexy seem to be feasible and safe and is an option to correct laparoscopically prolapse-recurrences in order to avoid vaginal surgery after primary laparoscopic sacrocolpopexy. Prospective anatomical and functional evaluation and data analysis must be done to scientifically verify these promising initial results.

Sacroterine Kolpofixation per v-NOTES im Rahmen der vaginalen Deszensuschirurgie

Torsten Brosche, Franziska Elßner, Jens Schnabel

Frauenklinik, DRK Krankenhaus Chemnitz Rabenstein, Chemnitz, Deutschland

Einleitung:

Für die operative Therapie des Deszensus steht heute eine Vielzahl von verschiedenen Möglichkeiten zur Verfügung. Diskutiert werden der Zugangsweg (vaginal, abdominal, laparoskopisch oder Roboter-assistiert), aber auch die Verwendung von Fremdmaterial sowie der Organerhalt. Mit der Einführung der v-NOTES Technik steht uns eine weitere Option zur individuellen Therapie des Deszensus zur Verfügung. Bei der v-NOTES Technik erfolgt die sacroterine Kolpofixation unter vaginal-laparoskopischer Sicht ohne Fremdmaterial.

Methode:

Wir begannen im Mai 2022 die v-NOTES Technik im Rahmen der der vaginalen Uterusexstirpation routinemäßig einzusetzen. Bis jetzt wurden an unserer Klinik über 300 Frauen mit dieser Methode operiert. Im Dezember 2022 entschlossen wir uns diese Technik zu erweitern und auch im Rahmen der Descensuschirurgie anzuwenden. Nach erfolgter Uterusexstirpation per v-NOTES wurden unter vaginale-laparoskopischer Sicht sacroterine Fixationsfäden gelegt, die am Ende der Operation im Bereich des Scheidenapex eingenäht worden. Eine Kombination mit einer anterioren und/oder posterioren Kolporrhaphie ist problemlos möglich.

Ergebnisse:

In den ersten 3 Monaten 2023 operierten wir über 30 Frauen mit symptomatischen Descensus mit dieser OP-Methode. Dabei erfolgte bei 10 Frauen eine bilaterale Fixation, bei allen anderen eine unilaterale Fixation rechts. Intraoperativ traten keine Komplikationen auf. Postoperativ musste aufgrund von Schmerzen bei einer bilateralen Fixation eine einseitige Fadenlösung erfolgen. Weitere postoperative Komplikationen traten nicht auf. Alle Patientinnen wurden 4 Wochen nach der Operation telefonisch kontaktiert, des Weiteren ist eine standardisierte Nachuntersuchung in der Klinik nach 6 und 12 Monaten geplant.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass uns mit dieser Operationsmethode eine weitere Option der vaginalen Descensuschirurgie ohne Verwendung von Fremdmaterial zur Verfügung steht. Bis November 2023 werden wir von mindestens 40 Patientinnen die 6-Monatsdaten präsentieren können.

Non-titanized polypropylene meshes induce an immune response in vivo and in vitro after covering with fibroblasts in opposite to titanized meshes

Friedrich Pauli¹, Oleksii Protsepkov¹, Christina Kuhn¹, Philipp Voissard¹, Andrea Maccagno², Christian Dannecker¹, Udo Jeschke¹, Fabian Garrido¹

1 Universitätsklinikum Augsburg, Frauenklinik, Augsburg, Germany

2 Universitätsklinikum Augsburg, Pathologie, Augsburg, Germany

Introduction:

It is well known that pelvic organ prolapse significantly reduces the quality of life of affected women and in many cases requires corrective surgery. This surgery was refined. Optimized titanized polypropylene mesh TiLOOP® PRO A has already shown a significant improvement in quality-of-life following implantation of the mesh for surgical correction of a cystocele. In the past, the PROLIFT™ pelvic floor repair system was also used intensively. This system used a pre-cut, nonabsorbable monofilament of polypropylene, not coated with titanium.

Methods:

Within this study we analyzed mesh surgery side effects in a large cohort of prolapse corrective surgery. In addition, we analyzed the influx of CD68- & CD163-positive macrophages in patients of non-titanized polypropylene mesh removal after infectious/non-infectious complications. Furthermore, we developed an in vitro model for a comparative analysis of macrophage activation by titanized- and non-titanized polypropylene mesh material.

Results:

Non-titanized polypropylene mesh developed several complications. In addition, we saw macrophage activation and PD-L1 expression in macrophages surrounding non-titanized polypropylene mesh material. Results of the in vitro study showed that only human fibroblast covered non-titanized polypropylene mesh material induced a specific macrophage polarization reaction. Specifically, CD68-positive macrophages co-expressing PD-L1 were found.

Conclusion:

These findings suggest that polypropylene mesh erosion is accompanied with macrophage influx and immune checkpoint molecule expression.

Conflict of interest:

C.D. is funded by Roche, AstraZeneca, TEVA, Mentor, MCI Healthcare. F.P.: Consulting – pfm medical. All other authors declare no conflict of interest.

References

1. Viereck V, Bader W, Lobodasch K, Pauli F, Bentler R, Kölbl H. Guideline-Based Strategies in the Surgical Treatment of Female Urinary Incontinence: The New Gold Standard is Almost the Same as the Old One. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016 Aug;76(8):865-868.
2. Cadenbach-Blome T, Grebe M, Mengel M, Pauli F, Greser A, Fünfgeld C. Significant Improvement in Quality of Life, Positive Effect on Sexuality, Lasting Reconstructive Result and Low Rate of Complications Following Cystocele Correction Using a Lightweight, Large-Pore, Titanised Polypropylene Mesh: Final Results of a National, Multicentre Observational Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019 Sep;79(9):959-968.

Stellenwert der Urodynamik in der urologischen Versorgungsrealität

Martin Baunacke¹, Livia Kontschak¹, Markus Grabbert², Angelika Borkowetz¹, Sherif Mehralivand¹, Nicole Eisenmenger³, Johannes Huber⁴, Daniela Schultz-Lampel⁵

1 Klinik und Poliklinik für Urologie, TU Dresden, Dresden, Deutschland

2 Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

3 Reimbursement GmbH, Hürth, Deutschland

4 Klinik für Urologie, Philipps Universität Marburg, Marburg, Deutschland

5 Kontinenzzentrum Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Einleitung:

Der Stellenwert der Urodynamik (UD) in der deutschen Versorgungswirklichkeit ist nicht genau bekannt. Hierzu erfolgte eine Auswertung von Qualitätsberichtsdaten, die einen Rückgang von UD in urologischen Klinik in Deutschland von 2013 bis 2019 um 45% zeigte. In der folgenden Studie soll weiterführend die strukturelle Versorgungssituation der UD in urologischen Kliniken untersucht werden und Anhaltspunkte für den Rückgang.

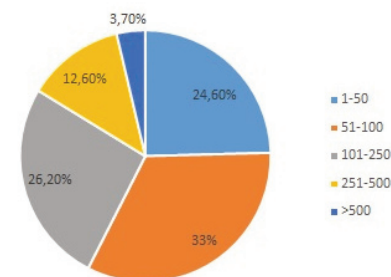
Methode:

Es erfolgte die postalische Befragung aller urologischen Kliniken in Deutschland von 10/2022 bis 3/2023, welche im Jahr 2019 entsprechend ihrer Qualitätsberichtsdaten UD durchgeführt haben. Es wurden die Durchführung, strukturelle Situation, Wartezeiten, Kapazitäten und Einschränkungen der UD erfragt. Für die Auswertung der Qualitätsberichtsdaten wurde das reimbursement.INFO-Tool genutzt. Als UD wurden alle invasiven urodynamischen Untersuchungen definiert.

Ergebnisse:

Der Rücklauf der Befragung betrug 77% (200/259 Kliniken). 42% (81/191) aller Kliniken führen > 100 UD/Jahr durch (Abbildung 1). 36% (69/193) der Klinik gibt an, in den letzten 5 Jahren die Zahl an UD gesenkt zu haben. 54% (105/193) der Kliniken führen mehr als 50% der UD für externe Zuweiser durch (Abbildung 1). 81% (158/194) der Kliniken geben an, ihre Urodynamikkapazitäten ausgeschöpft zu haben. Hier werden personelle Probleme (Ärztlich (83%) und Pflege (82%)) als führende Gründe für eingeschränkte Kapazitäten angegeben (Abbildung 2).

Zahl an Urodynamiken pro Jahr



Zuweiseranteil an Urodynamiken

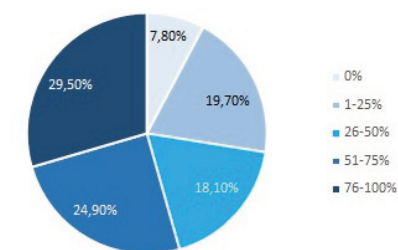
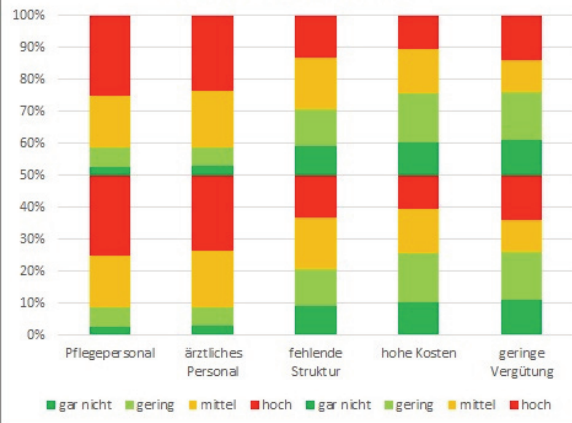


Abbildung 1

Wie sehr schränken diese Faktoren die Urodynamikkapazitäten ein?



Kliniken mit einer hohen Zahl an UD (>100 UD/a) haben eine höhere Bettenzahl (>30 Betten: 81% vs. 50%; $p < 0,001$), sind öfter zertifizierte Kontinenzzentren (40% vs. 25%; $p = 0,03$), weisen längere Wartezeiten auf (>1 Monat: 70% vs. 51%; $p = 0,01$), haben eine konstante oder steigende Zahl an UD (89% vs. 45%; $p < 0,001$) und geben häufiger an, die Kapazitäten auszuschöpfen (91% vs. 75%; $p = 0,009$). Für Kliniken mit einer hohen Zahl an UD sind hohe Kosten (1,2 vs. 1,7; $p = 0,006$) und geringe Vergütung (1,2 vs. 1,7; $p = 0,003$) weniger problematisch als für Kliniken mit geringer Fallzahl an UD.

Kliniken, die eine abnehmende Zahl an UD angeben, führen insgesamt weniger UD durch (≤ 100 UD/a: 88% vs. 41%; $p < 0,001$), schöpfen häufiger ihre Kapazitäten nicht aus (26% vs. 15%; $p = 0,04$) und planen eher die Zahl weiter zu senken (17% vs. 2%; $p < 0,001$), als Kliniken mit konstanter oder steigender Zahl an UD. Für Kliniken mit abnehmender UD-Zahl sind die Faktoren schlechte Vergütung (1,8 vs. 1,4; $p = 0,03$), hohe Kosten (1,7 vs. 1,4; $p = 0,04$) und ärztlicher Personalaufwand (2,4 vs. 2,1; $p = 0,04$) problematischer als Kliniken mit konstanten oder steigender UD-Zahl.

Schlussfolgerung:

In deutschen urologischen Kliniken zeigen sich ausgeschöpfte Urodynamikkapazitäten. Ein relevanter Teil wird für externe Zuweiser erbracht. Dies kann indirekt auf eine Verlagerung der Urodynamiken vom niedergelassenen Bereich in den ambulanten Klinikbereich hindeuten.

In der Entwicklung der Kapazitäten zeigt sich ein deutlicher Trend zur Zentralisierung. Kliniken mit kleinen Fallzahlen reduzieren ihre Urodynamikzahlen weiter, während Kliniken mit hoher Urodynamikzahl ihre Zahlen steigern wollen. Es sind aber überwiegend personelle Probleme, welche die Kapazitäten deutlich einschränken.

Literatur

1. Baunacke M, Leuchtweis I, Kaufmann A, Schmidt M, Groeben C, Borkowetz A, Eisenmenger N, Thomas C, Huber J. Decreasing Number of Urodynamics in Urological and Gynaecological Clinics Reflects Decreased Importance for Surgical Indications: German Population-Based Data from 2013 to 2019. Urol Int. 2022;106(10):1068-1074.

Ein neues Dokumentationsinstrument in der Neuro-Urologie – Hybrid für Forschung und Klinik

Anke Kirsten Jaekel^{1,2}, Michael Kowollik³, Johannes Kutzenberger⁴, Ralf Böhlig⁵, Albert Kaufmann², Ruth Kirschner-Hermanns^{1,2}

1 Neuro-Urologie, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

2 Neuro-Urologie, Johanniter Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshoehe, Bonn, Deutschland

3 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Nottwil, Schweiz

4 Kliniken Hartenstein-UKR, Bad Wildungen, Deutschland

5 BG Klinikum Hamburg, Hamburg, Deutschland

Einleitung:

Die neurogene Dysfunktion des unteren Harntraktes (NLUTD) verursacht für die Betroffenen eine Vielzahl unterschiedlicher Beschwerden wie Inkontinenz, Drangsymptomatik und rezidivierende Harnwegsinfekte bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen durch Sepsis oder terminale Niereninsuffizienz. Die frühzeitige Diagnostik, Therapie und langfristige Kontrolle der NLUTD ist das wesentliche Ziel der Neuro-Urologie, um obere Harntrakt-Schäden und Nierenversagen zu vermeiden. Die Videourodynamik (VUD) ist der Goldstandard für Therapieentscheidungen und deren Erfolgskontrolle. Die VUD des neuro-urologischen Patienten ist im Vergleich zu anderen Patienten anspruchsvoller. Die Einhaltung der Qualitätsstandards in Durchführung und Interpretation sowie die Anwendung einer einheitlichen Terminologie daher essenziell. Im deutschsprachigen Raum ist jedoch die Terminologie der NLUTD nicht vereinheitlicht. Es besteht darüber hinaus der stetige Bedarf, die neuro-urologische Diagnostik und Therapie effizienter zu gestalten, da die Diagnostik kostenintensiv ist und spezialisierte Zentren in Deutschland selten sind. Dazu müssen Behandlungspfade erstellt und überprüft werden. Diese stetige Notwendigkeit zur wissenschaftlichen Auswertung der vorhandenen Daten bindet zusätzlich ärztliche Kapazität.

Daher war es Absicht der AG Urodynamik des Arbeitskreises Neuro-Urologie der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP), einen einheitlichen, systematischen und anwenderfreundlichen Befundbericht für die Diagnostik der NLUTD zu entwickeln, der den existierenden Qualitätsstandards und der aktuellen neuro-urologischen Terminologie entspricht. Die erhobenen Daten sollten elektronisch auswertbar sein.

Methode:

Ein Expertenteam aus Mitgliedern des Arbeitskreises Neuro-Urologie der DMGP hat das Basiskonzept seit 2019 in zahlreichen Telefon- und Videokonferenzen erarbeitet und weiter ausgebaut. Im nächsten Schritt erfolgt die interdisziplinäre Prüfung der klinischen Anwendbarkeit durch Kollegen der Allgemeinmedizin und Urologie. Das daraus entstandene 9-seitige Template wurde im Konsens im August 2021 von allen Teilnehmern der AG Urodynamik des Arbeitskreises Neuro-Urologie verabschiedet. Nachfolgend wurde daraus ein elektronischer Befundbericht entwickelt und programmiert, der auf einer Datenbank basiert. Die elektronische Befundberichtversion wurde von den potenziellen Nutzern evaluiert, um die Anwendbarkeit des Befundberichtes in der Praxis zu überprüfen und Verbesserungspotential zu erarbeiten.

Ergebnisse:

Im Ergebnis entstand aus dem Projekt ein Hybrid-Instrument, welches einen strukturierten, systematischen, der aktuellen internationalen neuro-urologischen Terminologie entsprechenden Befundbericht für die klinische Untersuchung und die gleichzeitige Erfassung der gewonnen Untersuchungsergebnisse in einer Datenbank in einem Schritt vereinigt. Der Anwender wird schrittweise mittels vorgegebener Auswahlmöglichkeiten durch den Befund geführt. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit frei formulierter Ergänzungen. Damit wird eine gleichbleibend hohe Datenqualität der Befunde sichergestellt. Die nachträgliche aufwendige Auswertung von Patientenakten mit unterschiedlicher Datenqualität entfällt hiermit. Ein abschließender Arztbericht wird aus den erhobenen Befunden automatisiert erstellt. Im Rahmen des Evaluierungsprozesses durch die potenziellen Nutzer konnten Verbesserungen in einer ersten praktischen Testung erarbeitet werden.

Schlussfolgerung:

Das neu entwickelte Hybrid-Instrument ermöglicht es, neben der aktuell in Deutschland nicht vorhandenen standardisierten Befunderfassung, Untersuchungsergebnisse der anwendenden Kliniken und Einrichtungen ressourcenschonend für wissenschaftliche Fragestellungen in einem Schritt zu erfassen. Qualitätsunterschiede in Befundung und Datenerfassung können damit minimiert und die Versorgungsqualität der Patienten gesteigert werden.

Urologische Versorgungssituation von Patienten mit MS

Albert Kaufmann¹, Michael Gedamke², Quentin Leidl², Ruth Kirschner-Hermanns¹

1 Johanniter Reha-Zentrum, Bonn, Deutschland

2 Farco-Pharma GmbH, Köln, Deutschland

Einleitung:

Urologische Versorgungssituation von Patienten mit MS aus Sicht von Neurologen und Urologen.

Methode:

Webbasierte Umfrage zu MS-Patienten mit neurogener Dysfunktion des unteren Harntraktes (NLUTD). Per E-Mail und auf Fachkongressen wurde die Umfrage beworben.

Ergebnisse:

55 Teilnehmer: 26 Neurologen, 29 Urologen (20 neuro-urologisch, 9 allgemein urologisch tätig). Urologen und Neurologen betreuen je gleichviele MS-Patienten mit NLUTD (ca. 100/Jahr). Die Beeinträchtigung der Lebensqualität wird beim Urologen mit (4) im Vergleich zum Neurologen (3) als schwerer eingeschätzt (Skala 1-4, 4 am schwersten). Blasenfunktionsstörungen werden vom Urologen als die vom Patienten am meisten beachtete Symptomatik angesehen, der Neurologe dagegen fokussiert am stärksten auf Muskelschwäche und Lähmung. Neurologen gaben an, dass 90% ihrer MS-Patienten mit einer NLUTD vom Urologen mitbetreut werden, wobei etwa die Hälfte der Urologen neuro-urologisch tätig ist. Die medikamentös konservative Therapie und die Hilfsmittelversorgung werden unterschiedlich gehandhabt. 15% der neurologisch betreuten Patienten üben den intermittierenden Katheterismus (ISK) aus, 8% tragen einen Dauerkatheter (DK). 38% der urologisch betreuten Patienten benutzen den ISK, 32% tragen einen DK. Vor einer Zweitlinientherapie setzen 84% der Urologen 2-3 weitere Antimuskarinika nach frustraner oraler Erstmedikation ein. 57% der Neurologen schätzen Ihr Wissen bezüglich der NLUTD als schlecht oder verbesserungsfähig ein: Nur 60% der Neurologen kennen den Begriff „Neurogene Detrusorüberaktivität“. Mehr als 60% sowohl der Neurologen als auch der Urologen sehen die fachliche Zusammenarbeit als „ausbaufähig“ und „deutlich ausbaufähig“ an.

Schlussfolgerung:

Die Versorgung von Patienten mit MS erfolgt bei Neurologen und Urologen unterschiedlich. Weiterbildung und insbesondere die Zusammenarbeit von Neurologen und Urologen scheint notwendig.

Interessenkonflikte:

A. Kaufmann: Beraterhonorare: Farco-Pharma, Medice; Vortragshonorare: Coloplast, Dr. Pflieger, Farco-Pharma
Mitgliedschaften: DGU, NRWGU, INUS, DMGP, ICS; Leitlinien-Arbeit: AWMF LL „Neurogene Blasenfunktionsstörung“ und „Erektile Dysfunktion“ der DGN, „Urologische Rehabilitation bei QSL“ der DMGP

M. Gedamke: Mitarbeiter bei Farco-Pharma GmbH

Q. Leidl: Mitarbeiter bei Farco-Pharma GmbH

R. Kirschner-Hermanns: Beraterhonorare: Repha, Laborie, Wellspect, Coloplast; Vortragshonorare: Medice, Farco-Pharma; Mitgliedschaften: DGU, NRWGU, INUS, DMGP, ICS, EAU, AUA; Leitlinien-Arbeit: AWMF LL „Inkontinenz im Alter“ der DGG, „Medikamentöse Therapie bei NLUTD“ der DMGP

Comparison of adverse events (AE) of different treatments for neurogenic detrusor overactivity (NDO)

Michael Gedamke¹, Yvonne Steffen², Quentin Leidl²

1 Medical Science Communication and Coaching, Kiel, Germany
2 Farco Pharma GmbH, Köln, Germany

Introduction:

Therapeutic option for the treatment of NDO according to guidelines are in the order of recommendation, orale anticholinergics, intravesical oxybutynin (e.g. VESOXX) and botulinumtoxin A as medical treatments. AEs of the rapies often result in treatment cessations. Here we compare AEs of the above-mentioned treatments using the EUDRA vigilance data base.

Methods:

AE listings for orale anticholinergics, intravesical oxybutynin and botulinumtoxin A were retrieved from the EUDRA vigilance data base from 2018 to 29.03.2023. Data from the line listings were filtered by year, seriousness and indication.

Results:

Total number of reported AE in the indication "hypertonic bladder" were 225, 17 and 666 for oral oxybutynin, intravesical oxybutynin and botulinumtoxin A respectively. In the indication of "neurogenic bladder" AE were reported in 17, 17, 160. Major reported AEs in "hypertonic bladder" were anxiety, dry mouth, ineffectiveness, constipation, depressed mood, hallucination and panic disorder (3.6%, 2.7%, 2.2%, 1.8%, 1.8%, 1.8%, 1.8% respectively) for oral oxybutynin. For intravesical oxybutynin there were two AEs reported twice (urinary infection and nausea) all other 13 events were single reports.

For botulinumtoxin A the most frequent AEs were urinary retention 15.6%, urinary tract infection 5.9%, off-label use 5.7%, residual urine volume increased 3.6%, dysuria 2.1%. Serious AE were reported in 52%, 12% and 47% for oral oxybutynin, intravesical oxybutynin and botulinum toxin A respectively.

Conclusion:

This analysis from EUDRA vigilance database clearly shows the least number and the least serious AEs are related to intravesical oxybutynin, when compared to oral oxybutynin and botulinumtoxin A.

Conflicts of interest:

Michael Gedamke is active as a consultant for FARCO Pharma GmbH since 2021.

Dr. Yvonne Steffen is an employee of FARCO Pharma GmbH.

Quentin Leidl is an employee of FARCO Pharma GmbH.

Efficacy and safety data from real life treatment of first in Germany registered intravesical oxybutynin for patients with neurogenic detrusor overactivity (NDO)

Yorck-Bernhard Kalke¹, Huyen-Tran Ho², Quentin Leidl², Almuth Angermund³, Ronen Elishar⁴, Martina Frech-Dörfler⁵, Almut Hirsch⁶, Ruth Kirschner-Hermanns⁷, Jure Tornic⁸, Fabian Queisser⁹, Sajad Rahnama¹⁰, Christian Rehme¹¹, André Reitz¹², Oliver Schindler¹³, Franziska Schmitz¹⁴, Daniela Schultz-Lampel¹⁵, Michael Gedamke²

- 1 Spinal cord injury center of the Orthopaedic University Hospital Ulm, Ulm, Germany
- 2 FARCO-PHARMA GmbH, Cologne, Germany
- 3 Centre for Neuro-Urology, Schön Klinik Vogtareuth, Vogtareuth, Germany
- 4 Klinikum Bayreuth GmbH, Bayreuth, Germany
- 5 Universitäts-Kinderspital beider, Basel, Switzerland
- 6 Cnopfsche Kinderklinik, Nürnberg, Germany
- 7 Johanniter Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn-Godesberg, Germany
- 8 Department of Urology, Kantonsspital Winterthur, Winterthur, Switzerland
- 9 Department of Urology and Children's Urology, University Hospital Münster, Münster, Germany
- 10 Urology Tweesteden hospital, Tilburg, Netherlands
- 11 Department of Urology, University Hospital Essen, Essen, Germany
- 12 Kontinenz Zentrum AG, Klinik Hirslanden, Zürich, Switzerland
- 13 Department of Urology and Children's Urology, University Hospital Ulm, Ulm, Germany
- 14 Neuro-Urologie/Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany
- 15 Continence Center Southwest, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen, Germany

Introduction:

Existing therapies for NDO, i.e. oral anticholinergics and botulinum toxin injections, can have severe adverse effects or are not always sufficiently effective. Therefore, there is a need for alternative safe and efficient treatment methods for NDO patients. To date, limited efficacy, and safety data for the newly registered intravesical oxybutynin therapy in NDO patients are present.

Method:

38 medical reports from 14 physicians in Germany, Netherlands, and Switzerland were collected in the context of daily treatment routine of NDO patients. Data from examinations before and during the intravesical oxybutynin VESOXX® treatment were analyzed for different patient groups.

Results:

In spinal cord injury, spina bifida, and several other patients with NDO causing etiology, the change in therapy to intravesical oxybutynin or a co-therapy with intravesical oxybutynin in the pooled data set significantly reduced detrusor pressure from 51.94 cmH₂O ± 4.48 SEM to 22.54 cmH₂O ± 3.56 SEM (n=34) and increased maximum bladder capacity from 260.45 ml ± 34.86 SEM to 348.45 ml ± 30.62 SEM (n=33). Similar or positive effects in comparison to prior therapies used, could be seen in bladder morphology, incontinence frequencies, urinary tract infections, and adverse drug effects.

Conclusion:

Overall, the case series shows that intravesical oxybutynin is an important addition to current therapies for the treatment of NDO. The registered intravesical oxybutynin drug VESOXX® can be a useful alternative for patients who are refractory to other therapy methods or for vulnerable patients like infants.

Conflicts of interest:

Ho, Leidl, Gedamke: Employees of FARCO-Pharma GmbH

Dr. Angermund: Consultant fee

Dr. Hirsch: Consultant fee

Prof. Kirschner-Hermanns: Lecture fee

Dr. Queissert: Lecture fee

Dr. Rahnama'i: Consultant fee

Prof. Reitz: Consultant fee

Streptozotocin-induced diabetes has no major effects on the role of sphingosine kinase and sphingosine 1 phosphate in rat bladder

Guilzodabonu Rakhmatova¹, Öykü Bese², Kutay Kucukyildiz², Ebru Arioglu-Inan², Martin Michel¹

¹ Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany

² Ankara University, Ankara, Turkey

Introduction:

Bladder enlargement is a consistent feature of animal models of type 1 and of some of type 2 diabetes and the most frequently reported parameter of diabetic cystopathy in animal models [1]. The role of sphingosine kinases is altered in euglycemic models of bladder dysfunction [2]; a mediator generated by sphingosine kinase, sphingosine-1-phosphate (S1P) can cause detrusor smooth muscle contraction [3]. Therefore, we have explored changes in the role of sphingosine kinase in bladder contraction and of S1P-induced contraction in the rat streptozotocin model.

Methods:

Male Wistar rats (277 ± 15 g) were assigned to receive an i.p. injection of 50 mg/kg streptozotocin to induce diabetes or vehicle (control). Two weeks later, rats were killed, bladders were weighed, and bladder strip contractility was tested in organ bath experiments. Carbachol concentration-response curves were performed in the absence and presence of the sphingosine kinase 1 and 2 inhibitors, SLP7111228 and SLM6031434, respectively. S1P concentration-response curves were generated in the absence and presence of the S1P2 receptor antagonist, JTE-013. Experiments were designed to reach at least $n = 8$ for the organ bath. Data are shown as means \pm SD. In line with the exploratory character of the study, no hypothesis-testing statistical analysis was performed as per recent guidelines on reproducibility.

Results:

Streptozotocin injection led to the expected diabetic phenotype (blood glucose 506 ± 65 vs. 120 ± 21 mg/dl) and increase of bladder weight (241 ± 37 vs. 126 ± 15 mg). As observed in euglycemic models, the potency of carbachol was reduced in the presence of the sphingosine kinase inhibitors (SLP7111228 control -0.24 log units, diabetes -0.35 log units; SLM6031434 control -0.29 log units, diabetes -0.31 log units). Neither inhibitor affected the maximum contraction induced by carbachol in either group. S1P-induced contraction was weak (10-20% of KCl effects) but doubled in diabetic rats; in both groups, it was strongly inhibited by the S1P2 receptor antagonist JTE-013 (Figure 1).

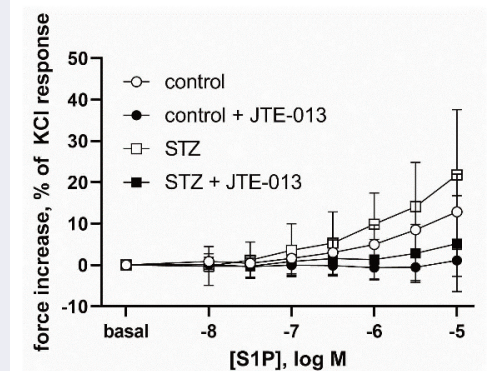


Figure 1

Conclusion:

We conclude that the role of the bladder sphingosine kinase/S1P receptor system is altered in the streptozotocin rat model of type 1 diabetes; however, effects were of weak to moderate strength only.

References

1. Ellenbroek JH, Arioglu Inan E, Michel MC. A systematic review of urinary bladder hypertrophy in experimental diabetes: Part 2. Comparison of animal models and functional consequences. *NeuroUrol Urodyn.* 2018 Nov;37(8):2346-2360.
2. Frazier EP, Barendrecht MM, Alewijnse AE, Michel MC. The role of sphingolipid signaling in muscarinic receptor-induced rat urinary bladder contraction. *FASEB J.* 2007;21(6):A1161-A1162.
3. Anjum I, Denizalti M, Kandilci HB, Durlu-Kandilci NT, Sahin-Erdemli I. Enhancement of S1P-induced contractile response in detrusor smooth muscle of rats having cystitis. *Eur J Pharmacol.* 2017 Nov 5;814:343-351.

Einsatz des Ganzkörpervibrationstrainings in der postpartalen Rehabilitation des weiblichen Beckenbodens – eine qualitative Studie zur Analyse der zeitlichen und inhaltlichen Struktur des Trainings

Sandra Geisler¹, Birgit Schulte-Frei²

1 Hochschule Fresenius, Kissing, Deutschland

2 Hochschule Fresenius, Köln, Deutschland

Einleitung:

Nach einer Entbindung leiden 20-30% der Mütter unter fortbestehenden Beckenbodendysfunktionen mit Inkontinenzsymptomen und/oder Senkungsbeschwerden. Zur Behandlung dieser Beschwerden wird in internationalen Leitlinien u.a. ein aktives Training der Beckenbodenmuskulatur empfohlen. Ferner werden auch positive Effekte durch ein reflektorisches Beckenbodentraining beschrieben. Dabei handelt es sich um eine Progressionsstufe im Krafttraining und kann als Ganzkörpervibrationen in den Rehabilitationsprozess integriert werden. Diese Vibrationen reizen reflektorisch die Muskelspindeln der Beckenbodenmuskulatur und können somit Inkontinenz- und/oder Senkungsbeschwerden reduzieren. Ob diese Trainingsmethode für die Zielgruppe der Mütter unter Berücksichtigung spezifischer Faktoren adäquat ist, kann aufgrund fehlender Evidenz bislang nicht beurteilt werden. Das Ziel dieser Studie ist daher die Identifikation der zeitlichen und inhaltlichen Struktur eines Ganzkörpervibrationstrainings für die postpartale Beckenbodenrehabilitation.

Methode:

Dazu wird zunächst eine systematische Literaturrecherche (MEDLINE, Cochrane Library) durchgeführt und um eine explorative Literatursuche erweitert. Anschließend werden Einzelinterviews mit Expertinnen/Experten zu ihren Praxiserfahrungen mit dem Ganzkörpervibrationstraining für die postpartale Beckenbodenrehabilitation durchgeführt. Für das Sampling werden gynäkologische Organisationen angefragt. Parallel findet eine erweiterte Expertensuche durch Internetrecherche, über soziale Netzwerke und das Schneeballsystem statt. Die Transkription erfolgt durch die automatische KI von „Amberscript“. Der Auswertungsprozess orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Das Kategoriensystem wird mit dem Programm „MAXQDA“ ausgearbeitet.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse werden für Juli 2023 erwartet.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse können als Handlungsempfehlungen für die Praxis dienen und in zukünftigen, empirischen Studien auf ihre Gültigkeit überprüft werden.

Literatur:

1. Lauper M, Kuhn A, Gerber R, Luginbühl H, Radlinger L. Pelvic Floor Stimulation: What Are The Good Vibrations? *NeuroUrol Urodyn.* 2009;28(5):405-410.
2. Luginbühl H, Lehmann C, Gerber R, Kuhn A, Hilfiker R, Baeyens JP, Radlinger L. Continuous Versus Intermittent Stochastic Resonance Whole Body Vibration and Its Effect on Pelvic Floor Muscle Activity. *NeuroUrol Urodyn.* 2007;31(5):683-7.
3. Von der Heide S. Klinische Studie über den Einfluss niederfrequenter Schwingungen mittels Galileo 2000 in Kombination mit Physiotherapie zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz [Dissertation]. Göttingen: Georg-Augustus-Universität; 2007.

Eine quantitative Analyse zur Veränderung der Ansprechbarkeit der Beckenbodenmuskulatur während der Phasen der Menstruation

Friederike Hauser¹, Sonja Soeder²

¹ Alice Salomon Hochschule, Berlin, Deutschland

² Physiotherapie am Deutschen Beckenbodenzentrum, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die Bachelorarbeit setzt sich mit den Strukturen des Beckenbodens (BB) auseinander und betrachtet genauer, ob es im Hinblick auf die Phasen des Menstruationszyklus Veränderungen in der Ansprechbarkeit der Beckenbodenmuskulatur gibt. Die Betrachtung bezieht sich auf Nullipara-Hobbysportlerinnen aus dem AcroYoga.

Methode:

In einer quantitativen Längsschnittstudie wurde von N=9 Probandinnen über einen Zeitraum von zwei Monaten täglich der Menstruationszyklus dokumentiert. Simultan wurde mit einem Biofeedback-Gerät die Ansprechbarkeit der Beckenbodenmuskulatur anhand der Parameter Ausdauer, Schnellkraft und Koordination erhoben. Anhand des Deutschen Beckenboden-Fragebogens wurde die Symptomlage der Probandinnen der Studie erhoben, um komplexe Zusammenhänge besser darstellen zu können und die Ergebnisse einzuordnen.

Ergebnisse:

Es wurde von den Probandinnen die Beckenbodenmuskulatur (BBM) während der Menstruation als schwerer zu kontrahieren wahrgenommen, als in allen anderen Phasen des Zyklus. Während der Ovulation wurde die BBM als am schwersten zu relaxieren empfunden. Entgegen den Empfindungen der Probandinnen hatte die BBM in der Menstruation die höchste Fähigkeit schnelle maximale Kontraktionen auszuführen. Anhand der weiteren gemessenen Parameter ist die BBM jedoch weniger gut ansteuerbar in der Menstruation als in den anderen Phasen. Die Proliferationsphase und ging mit einer verminderten Koordinationsfähigkeit einher, die Ovulation hingegen mit der höchsten. Während der Lutealphase konnten die Probandinnen die BBM am besten schnell entspannen und auch mitunter sehr schnell anspannen

Schlussfolgerung:

Anhand der Ergebnisse der verhältnismäßig kleinen Stichprobe, kann nur eine Tendenz beschrieben werden. Im Hinblick auf die Belastungen und Anstiege des intraabdominellen Drucks (IAD) während der sportlichen Betätigung beim AcroYoga scheinen sich die Ovulationsphase und Lutealphase als Trainingszeiträume für stärkere Belastungen zu eignen, da sie in diesen Phasen die beste Koordinationsfähigkeit aufwies. Die BBM scheint während der Menstruation teilweise mit schwächeren Strukturen einherzugehen, und wird auch als schwächer wahrgenommen. Es würde sich in diesem Zeitraum moderate Beanspruchung des Gewebes empfehlen.

Interessenkonflikte:

Hauser: Acticore hat die Acticore Geräte zur Verfügung gestellt, um im Rahmen der Bachelorarbeit des grundständigen Studiengangs Physiotherapie an der Alice Salomon Hochschule die Durchführung der noninvasiven Messungen durchführen zu können. Die Geräte sind wieder an die Firma zurückgegeben worden.

Soeder: Lehrbeauftragte der Alice Salomon Hochschule, Autorin, Durchführung einer Studie mit der Firma Acticore gegen Belastungsinkontinenz, Referententätigkeit

Literatur

1. Bambaiechi E, Reilly T, Cable NT, Giacomoni M. The isolated and combined effects of menstrual cycle phase and time-of-day on muscle strength of eumenorrheic females. *Chronobiol Int.* 2004 Jul;21(4-5):645-60. DOI: 10.1081/cbi-120039206
2. Carvalhais A, Araújo J, Natal Jorge R, Bø K. Urinary incontinence and disordered eating in female elite athletes. *J Sci Med Sport.* 2019 Feb;22(2):140-144. DOI: 10.1016/j.jsams.2018.07.008
3. Dos Reis Nagano RC, Biasotto-Gonzalez DA, da Costa GL, Amorim KM, Fumagalli MA, Amorim CF, Politti F. Test-retest reliability of the different dynamometric variables used to evaluate pelvic floor musculature during the menstrual cycle. *Neurourol Urodyn.* 2018 Nov;37(8):2606-2613. DOI: 10.1002/nau.23595

Sacrospinous ligament fixation of the cervix as a rescue option after failed sacrocolpopexy

Yaman Degirmenci, Joscha Steetskamp, Christine Skala

Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Germany

Introduction:

Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition among women, negatively affecting their quality of life. Apical prolapse is often the coexisting pathology with a prevalence of up to 40%. Sacrocolpopexy (SCP) is considered the gold standard for treating apical prolapse. Despite high success rates, 4% of women require repeat prolapse surgery after SCP and approximately 1% of women for an apical prolapse. As an alternative, apical fixation to the sacrospinous ligament offers also high success rates. In contrast to many studies defining the success rate of SCP, only a few studies have aimed specifically to identify the surgical management of SCP failure regarding a revision laparoscopy.

Methods:

This case report describes sacrospinous ligament fixation of the cervix following SCP failure. A 60-year-old non-sexually active postmenopausal woman was referred to our center with bulging symptoms and urinary frequency after a laparoscopic supracervical hysterectomy and sacrocolpopexy with concomitant colposuspension by POP and stress urinary incontinence 6 years ago. Clinical examination revealed a 3rd grade prolapse of the cervix and the bladder according to POP-Q (Aa +3/ Ba +6/ C +6) (Figure 1a). According to ultrasound, the mesh was likely detached from the sacrum. The vaginal symptoms score and QOL score were 42 and 10 (ICIQ-VS). Initially, we offered conservative treatment with a cube pessary in response to the patient's request for minimal treatment. The patient was referred after 3 weeks due to unsatisfactory treatment with the cube pessary. We recommended sacrospinous fixation of the cervix as the least invasive surgery after discussing all treatment options. An anterior colporrhaphy was first performed to correct the cystocele followed by a posterior colpotomy below the cervix. A sacrospinous ligament fixation of the cervix with two non-absorbable sutures was performed to achieve an apical fixation (Figure 1b).

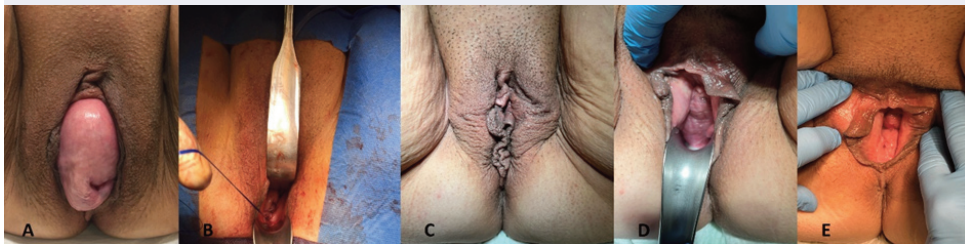


Figure 1

Results:

The first follow-up occurred 7 weeks after surgery. The clinical examination showed proper apical fixation and a fixed anterior vaginal wall according to POP-Q (Aa -3/ Ba -3/ C -8) (Figure 1c/d). The vaginal symptoms score and QOL score improved significantly (10 and 3) (ICIQ-VS). The second follow-up occurred 5 months after surgery. The clinical examination showed proper apical fixation and a mild prolapse of the anterior vaginal wall according to POP-Q (Aa -2/ Ba -2/ C -8) (Figure 1e). The vaginal symptoms score and QOL score were 8 and 0 (ICIQ-VS).

Conclusion:

Pelvic floor reconstruction should provide effective support with minimal perioperative morbidity. Sacrospinous ligament fixation of the cervix is a feasible and effective method for treating apical prolapse following SCP failure. The safety and time effectiveness of vaginal surgery must be considered in the treatment of POP recurrence following laparoscopic surgery.

References

1. van IJsselmuiden MN, van Oudheusden A, Veen J, van de Pol G, Vollebregt A, Radder CM, Housmans S, van Kuijk S, Deprest J, Bongers MY, van Eindhoven H. Hysteropexy in the treatment of uterine prolapse stage 2 or higher: laparoscopic sacrohysteropexy versus sacrospinous hysteropexy-a multicentre randomised controlled trial (LAVA trial). *BJOG*. 2020;127(10):1284-1293.
2. van Oudheusden AMJ, Coolen AWM, Hoskam H, Veen J, Bongers MY. Laparoscopic sacrohysteropexy versus vaginal sacrospinous hysteropexy as treatment for uterine descent: comparison of long-term outcomes. *Int Urogynecol J*. 2023;34(1):211-23.

| | |
|------------------------------|--------|
| Albers, Nina | 47 |
| Amir-Kabirian, Constanze | 18 |
| Baunacke, Martin | 53 |
| Bousouni, Evgenia | 49, 50 |
| Brosche, Torsten | 32, 51 |
| Degirmenci, Yaman | 66 |
| Ehrensperger, Samuel | 27 |
| Fallahi, Farmis | 23 |
| Franke, Katrin | 38 |
| Gedamke, Michael | 58 |
| Geisler, Sandra | 63 |
| Hauser, Friederike | 64 |
| Hofmann, Philipp Christian | 46 |
| Jaekel, Anke Kirsten | 55 |
| Jeschke, Janice | 20 |
| Kalke, Yorck-Bernhard | 59 |
| Kaufmann, Albert | 57 |
| Lenz, Caroline | 33 |
| Ludwig, Sebastian | 41 |
| Martin, Thomas | 40 |
| Martínez Hernández, Vladimir | 43 |
| Mengel, Mathias | 45 |
| Michel, Wolf-Dieter | 40 |
| Müller, Reva | 12 |
| Paasch, Christoph | 31 |
| Pauli, Friedrich | 52 |
| Rakhmatova, Gulzodabonu | 61 |

| | |
|----------------------|--------|
| Rothe, Christiane | 36 |
| Scholten, Nadine | 14, 34 |
| Sollik, Lucia | 16 |
| Weidhofer, Christina | 39 |
| Wiedemann, Andreas | 22, 29 |