



#### «4. Säule Urogynäkologie»

## Vom Grenzgebiet zum Schwerpunkt

Die «Urogynäkologie», ursprünglich ein Grenzgebiet zwischen Gynäkologie und Urologie, umfasste früher einige wenige Operationstechniken, wie die vaginale Hysterektomie mit vorderer/hinterer Scheidenraffung und Richter-Fixation.

Dazu kamen meist offene Inkontinenzoperationen, wie die Kolposuspension.

Bei Prolapsoperationen wurden, wenn überhaupt, selbst zugeschnittene vaginale Netze verwendet. Netztypen und Netzmaterialien sowie die Fixationstechniken waren damals sehr limitiert.

**H** heute bildet die Urogynäkologie, neben Geburtshilfe, Onkologie und Reproduktionsmedizin, eine eigenständige Disziplin der Frauenheilkunde. In der Schweiz wird der Schwerpunkttitel «Urogynäkologie» seit Januar 2016 erstmals angeboten und kann in zertifizierten Weiterbildungsstätten erlangt werden. Das erklärte Ziel ist die Nachwuchsförderung, d.h. die strukturierte, reglementierte Weiterbildung von Fachkräften auf dem Gebiet der Harninkontinenz sowie der Beckenbodenpathologien und deren Folgeerkrankungen. Diagnostische, konservative und operative Kompetenzen werden so gefördert, Hospitationen, Austausch und klinisch-wissenschaftliche Forschung gehören auch dazu. Damit wird die Schweiz den neuen hohen Anforderungen an das Fach gerecht und ist dem Trend in Ländern weltweit gefolgt, wo sich die Urogynäkologie bereits als vierte Säule der Frauenheilkunde etabliert hat.

### Revolution in den 1990ern

Welche Faktoren führten zu dieser Entwicklung vom Grenzgebiet zum Fokus des Interesses? Die Revolution begann in den 1990er-Jahren mit der Einführung der spannungsfreien Vaginalschlingen, der TVT-Bänder. Bis heute ist diese einfache, klar definierte, erfolgreiche und komplikationsarme Operationsmethode die Standardtherapie (Goldstandard) bei Belastungsinkontinenz. Allgemein werden heute Harninkontinenz, Deszensusbeschwerden und sexuelle Funktionsstö-

rungen nicht mehr einfach so akzeptiert. Die Patientinnen wünschen nicht nur objektive, sondern auch subjektive funktionelle Verbesserungen und eine gute Lebensqualität bis ins hohe Alter. Dadurch erlangen auch konservative, nicht operative Massnahmen wie Pessare oder Physiotherapie einschliesslich der Ganzkörpervibrationstherapie einen ganz neuen Stellenwert.

Verschiedene technische Errungenschaften unterstützen den Urogynäkologen, diese hohen Ansprüche zu erfüllen. Dazu gehört, ganz wichtig in der modernen Diagnostik, die Bildgebung mittels Ultraschall, die sogenannte Pelvic-Floor-Sonografie. Dargestellt werden können sämtliche Organe, einschliesslich deren Dynamik, aber auch Bänder und Netze. Dank der Pelvic-Floor-Sonografie kann die Operation präoperativ besser geplant und postoperativ überprüft werden, und Ursachen von Komplikationen können diagnostiziert werden. In den letzten Jahren wurde die vaginale Chirurgie durch endoskopische Techniken ergänzt. So können heute komplexe Beckenbodenpathologien mittels konventioneller oder roboterunterstützter Laparoskopie erfolgreich behandelt werden. Der Eingriff mit dem Da-Vinci-Roboter ermöglicht eine dreidimensionale Darstellung mit zehnfacher Vergrösserung, eine präzise Instrumentenführung und somit eine gefäss- und nervenschonende Operationstechnik. Durch eine rückschonende Haltung profitiert selbst der Operateur. Die laparoskopischen Techniken werden kontinuierlich verbessert, z.B. durch die

Einführung der dreidimensionalen Optik auch in der konventionellen Laparoskopie. Anstelle der selbst zugeschnittenen Netze werden heute vorgefertigte Mesh-Kits verwendet. Diese erlauben optimierte und standardisierte Operationen. Immer populärer werden neben den Bänderoperationen auch minimalst invasive Therapien der Belastungsinkontinenz, wie die Umspritzung der Harnröhre mit «bulking agents» oder, im Rahmen von Studien, die Stimulation der Bindegewebsneubildung mit Laserstrahlen im «smooth mode». Neue innovative Therapien bei der Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms, der interstitiellen Zystitis oder der Reizblase kamen in den letzten Jahren dank eines besseren Verständnisses der «chronic pelvic pain syndromes» hinzu.

### 2011 – ein Jahr der Zäsur

Eine jähe Zäsur in der Entwicklung der Urogynäkologie war 2011 die Warnung der US Food and Drug Administration (FDA) vor Komplikationen mit Netzen bei der Behandlung des Genitaldeszensus. In der Folge nahmen die Patientenklagen zu, einige amerikanische Hersteller sistierten die Produktion und in Schottland wurden die vaginalen Netze offiziell von Politikern verboten. Heute gibt es einige europäische und amerikanische Firmen, die neue Netztechnologien anbieten. Dennoch ist eine Diskussion darüber auch in Europa im Gang.

Seit 2011 hat sich auf dem Gebiet der Netzchirurgie aber einiges getan. Netze

von damals sind nicht gleich Netze von heute. Mesh-Kits aus neuen, leichten Materialien und neue Fixierungstechniken mit zentralem Zugang und weniger Blindpassagen erschliessen andere Räume im kleinen Becken. Ganz wichtig für das Gelingen dieser Eingriffe sind eine fundierte Ausbildung, das Training und die entsprechende Erfahrung des Operateurs. Netzoperationen sollten nur in Zentren mit hohen Fallzahlen durchgeführt werden und die neuen Techniken und Materialien sollten zwingend durch wissenschaftliche Studien abgesichert sein.

### Was erwartet uns in Zukunft?

Mit der höheren Lebenserwartung der Patientinnen werden Deszensusbeschwer-

den und Harninkontinenzprobleme weiter stark zunehmen. Die Nachfrage nach gut ausgebildeten Urogynäkologen wird weiter steigen. Mehr an Bedeutung werden auch interdisziplinäre Zentren gewinnen, wo fachübergreifend mit Urologen, Koloproktologen und Neurologen zusammengearbeitet wird. Die zeitlich deutlich kürzere vaginale Chirurgie sollte bei Kontraindikationen der Laparoskopie, wie kardiopulmonalen Risiken, Blutgerinnungsstörungen, Adipositas per magna, schweren Adhäsionen im Unterbauch nach Voroperationen oder bei gewissen Rezidivtypen, nach wie vor offeriert werden können. Das breite Spektrum an etablierten Angeboten sollte bewahrt werden und Innovationen sollten in Angriff genommen werden, um die

grosse Vielfalt und Komplexität der urogynäkologischen Störungen auch künftig kritisch, gezielt und individuell behandeln zu können. Einen Rückschritt in die Zeit vor 20 Jahren können wir uns nicht leisten. ■

Autor:

Prof. Dr. med. **Volker Viereck**  
Co-Chefarzt Frauenklinik  
Chefarzt Urogynäkologie  
Kantonsspital Frauenfeld  
Blasen- und Beckenbodenzentrum  
E-Mail: volker.viereck@stgag.ch

■12

## Ialuril® Prefill

Stellt die GAG-Schutzschicht  
des Urothels bei Zystitis wieder her.



Hochkonzentrierte Kombination  
aus Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat.

www.ialuril.ch



Vorgefüllte, sterile Spritze zur intravesikalen Instillation.

- Reduziert die Häufigkeit von rezidivierenden Harnwegsinfektionen signifikant.<sup>1,2</sup>
- Lindert Schmerzen und Harndrang bei interstitieller Zystitis signifikant.<sup>3</sup>
- Calciumchlorid ermöglicht eine Instillation, indem es die Viskosität trotz hoher Wirkstoffkonzentrationen tief hält.
- Mit praktischem Luer-Lock-Adapter für jeden Katheter geeignet.
- Made in Switzerland.

Literatur:

1. Damiano R et al. Prevention of recurrent urinary tract infections by intravesical administration of hyaluronic acid and chondroitin sulphate: a placebo-controlled randomised trial. Eur Urol. 2011; 59(4): 645-51.
2. Cicione A et al. Intravesical treatment with highly-concentrated hyaluronic acid and chondroitin sulphate in patients with recurrent urinary tract infections: Results from a multicentre survey. Can Urol Assoc J. 2014; 8(9-10): E721-7.
3. Porru D et al. Impact of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate on bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Int Urogynecol J. 2012; 23(9): 1193-9.

Z: Na-Hyaluronat, Kalziumchlorid, Na-Chondroitinsulfat in physiologischer Lösung, steril und pyrogenfrei. CE Medizinprodukt. I: Intravesikale Anwendung zur Wiederherstellung der Glykosaminoglykanschicht des Urotheliums bei rekurrende Zystitiden unterschiedlicher Ursachen. D: 1 Instillation pro Woche während des ersten Monats, 1 Instillation alle zwei Wochen während des zweiten Monats, anschliessend eine Instillation pro Monat bis zur Remission der Symptome. KI: Keine bekannt. UW: Keine bekannt. IA: Keine bekannt. P: Eine Packung enthält eine vorgefüllte sterile 50 ml Plastikspritze mit Luer-Lock-Adapter.

Ausführlichere Informationen siehe [www.ibsa.ch](http://www.ibsa.ch)



IBSA Institut Biochimique SA, Headquarters and Marketing Operations  
Via del Piano 29, CH-6915 Pambio-Noranco, [www.ibsa.ch](http://www.ibsa.ch)

Bewegt Menschen.