

Blasen-und Beckenbodenbeschwerden bei Frauen: konservative und operative Therapien

PD Dr. med. Verena Geissbühler

Chefärztin Kantonsspital Winterthur

Pharmazeutische Gesellschaft Zürich: 19.11.2015, 20 Uhr



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Deklaration Interessenskonflikte

- Finanzielle oder Eigentümerinteressen: keine
- Tätigkeiten für die pharmazeutische Industrie und andere Firmen des Gesundheitssystems: nein
- Drittmittel / Spenden: nein
- Persönliche Beziehungen: nein
- Sonstige Mitgliedschaften: SGGG, CHG (Vorstand)

Foederatio
Pharmaceutica
Helvetiae **FPH**
Fortbildungsprogramme

Inhalt

- Einführung
- Diagnostik
- Konservative Therapien
- Operative Therapien
- Prävention? BB-Check
- Fragen, Diskussion

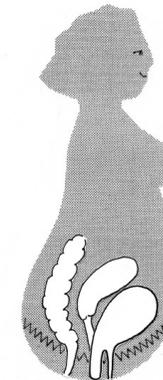
Bedeutung der Inkontinenz



- Man schämt sich: soziale Isolation
- mit wem soll ich darüber reden?
- Wer ist zuständig?

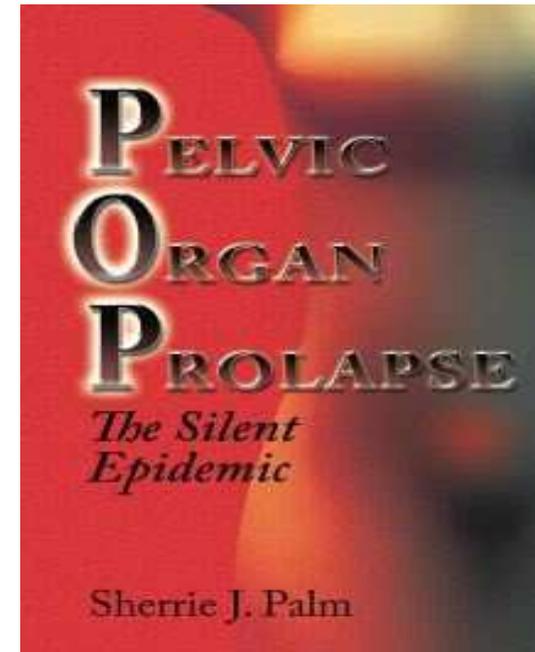
Beckenbodenerkrankungen vier Gruppen

- Hyperaktive Blase/overactive bladder (OAB), mit/ohne Inkontinenz: Pollakisurie, imperativer Harndrang, Nykturie. Hyperaktivität des Detrusor vesicae in der Füllphase
- Belastungsinkontinenz
Urethraverschlussinsuffizienz
- Deszensus/Prolaps: Blase, Uterus, Darm, einzeln oder kombiniert
Beckenbodenschwäche
- Stuhlinkontinenz
m.sphincter ani externus/internus:
Schwäche/Defekt
- Halen BT et al., Neurourol Urodyn 2010;29:4-20



Beckenbodenerkrankungen in Zahlen

- 24% aller Frauen in den USA betroffen
- Prevalenz 60-79: 39%, für mindestens 1 Erkrankung
- Prevalenz > 80: 50%, für mindestens 1 Erkrankung
- 28 Mio Betroffene im 2010, ansteigend auf 44 Mio im 2050
- Prevalenz OAB: 7.7 bis 31.3%
- Schweiz: mind. 500`000 Personen mit Urininkontinenz

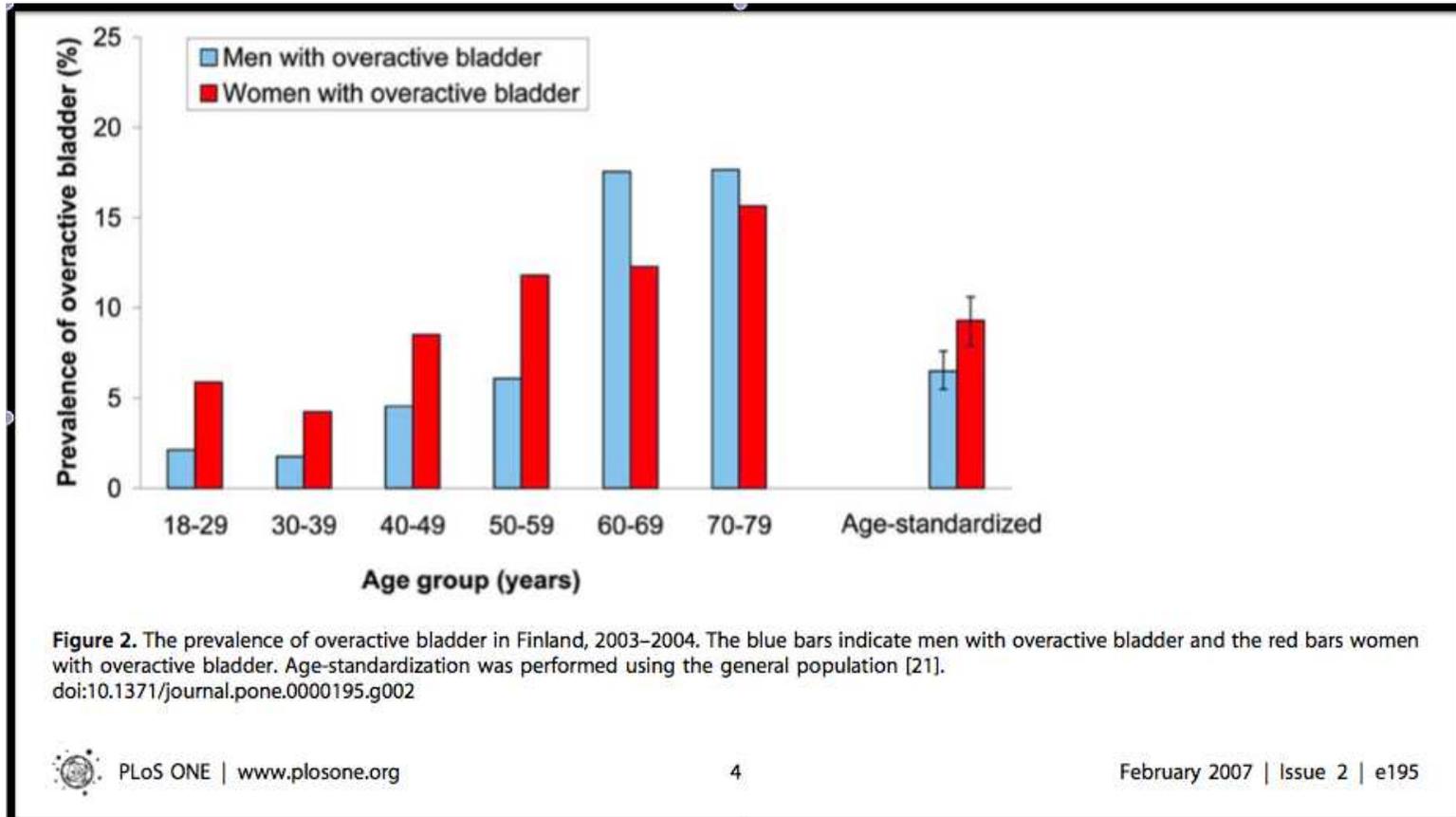


Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. Vol.24(5), october 2012, p349-354

Review article. Southern medical Journal. Vol 104(1), Jan.2011, p34-39

Epidemiology of pelvic floor dysfunction: Obstet Gynecol Clin N Am 36(2009)

Hyperaktive Blase

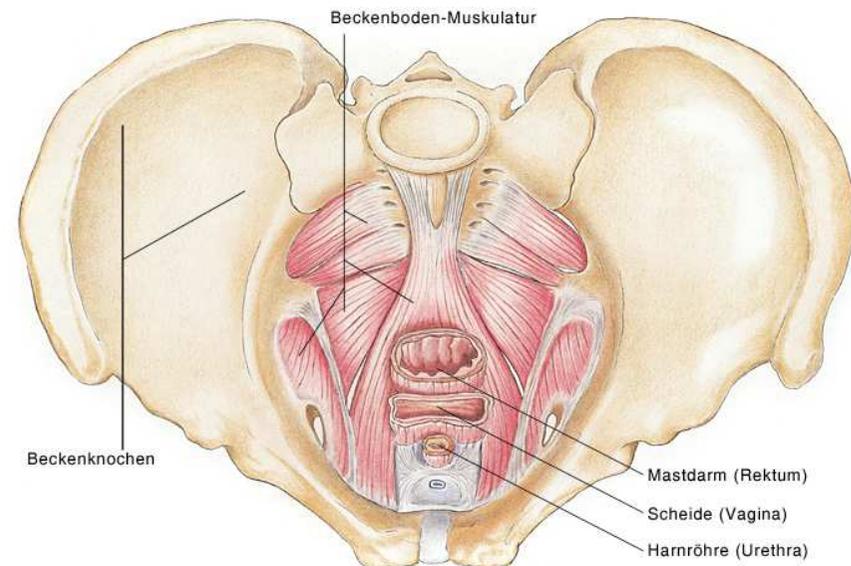


Vergleich von Operationszahlen aus den USA

- 200`000 Prolapsoperationen pro Jahr
- gleichviel wie Mamma-Carcinom-Eingriffe
- 2x soviel wie Prostata-Carcinom-Operationen

Risikofaktoren

- **Alterungsprozesse: Geriatrische Urogynäkologie, Durchschnittsalter der Frauen in der Schweiz 83 Jahre**
- Übergewicht, chronischer Husten, Rauchen, chronische Obstipation
- Hormone
- Schwangerschaft, vaginale Geburten (v.a. Forcepsgeburten)
- urogynäkologische Eingriffe
- Neurologische Eingriffe/Erkrankungen (Diskushernie, Spinalkanalstenose usw.)
- Genetik: „Qualität“ des Gewebes



Der Blick von oben ins Becken zeigt die **Beckenboden-Muskulatur**. Diese Muskeln tragen gemeinsam das Gewicht der Organe im Becken und im Bauch und unterstützen die Schliessmuskeln von Darm und Harnröhre.

Gewebestrukturen des Beckenbodens: der Beckenboden ein komplexes „Organ“

Hängematte



- Quergestreifte und glatte Muskulatur: m.levator ani, detrusor vesicae
- Bindegewebe, kollagene und elastische Fasern
- Gefäße
- Innervation: motorische/sensible, parasymphatische und sympathische Nervenfasern (S2-4)

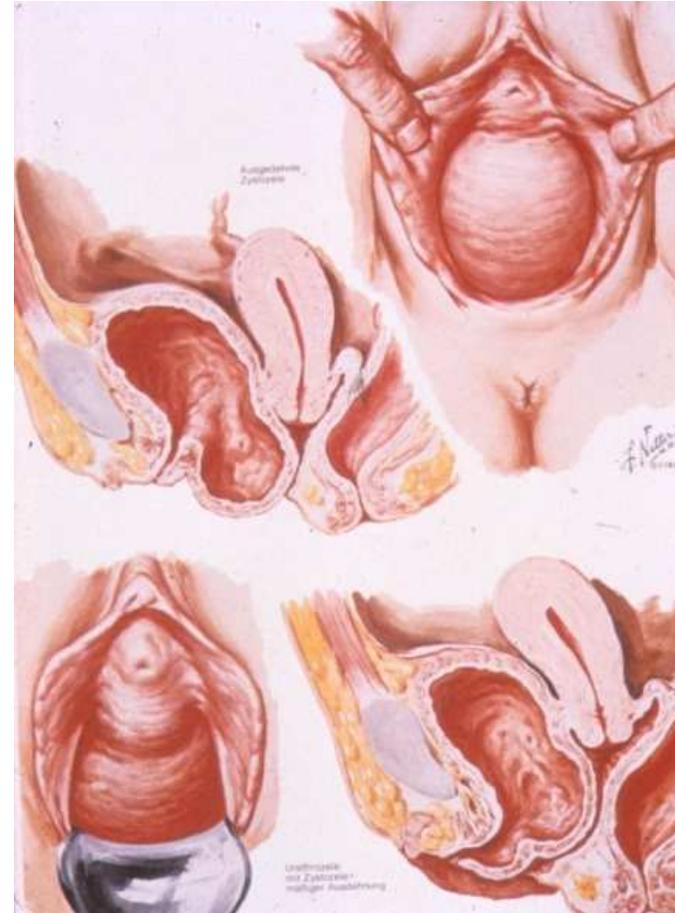
Diagnostik

- Anamnese
- Gynäkologische Untersuchung
- Labor: Abstriche Urethra, Vagina; Urinkultur
- Bildgebung: Ultraschall, MRI
- Zystoskopie
- Urodynamische Messungen

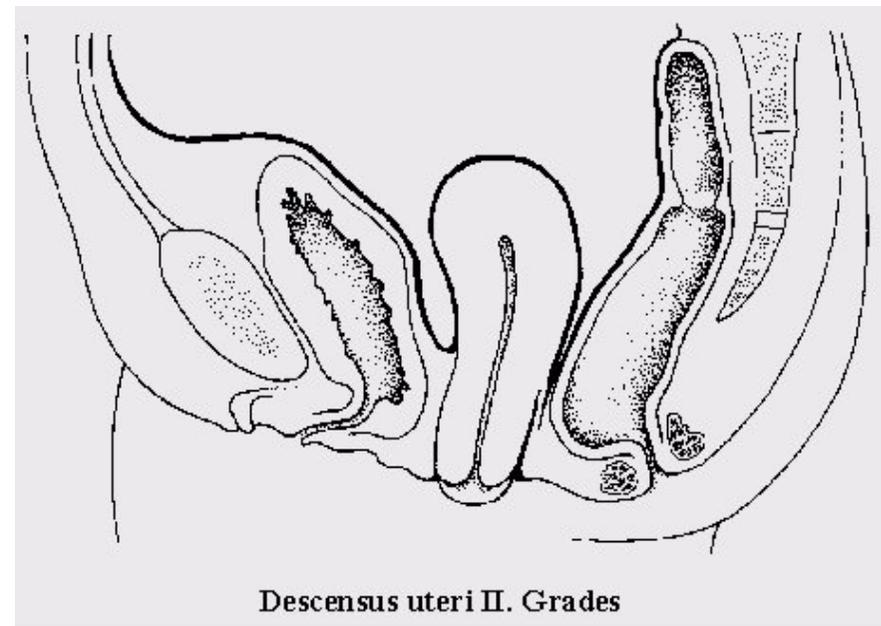
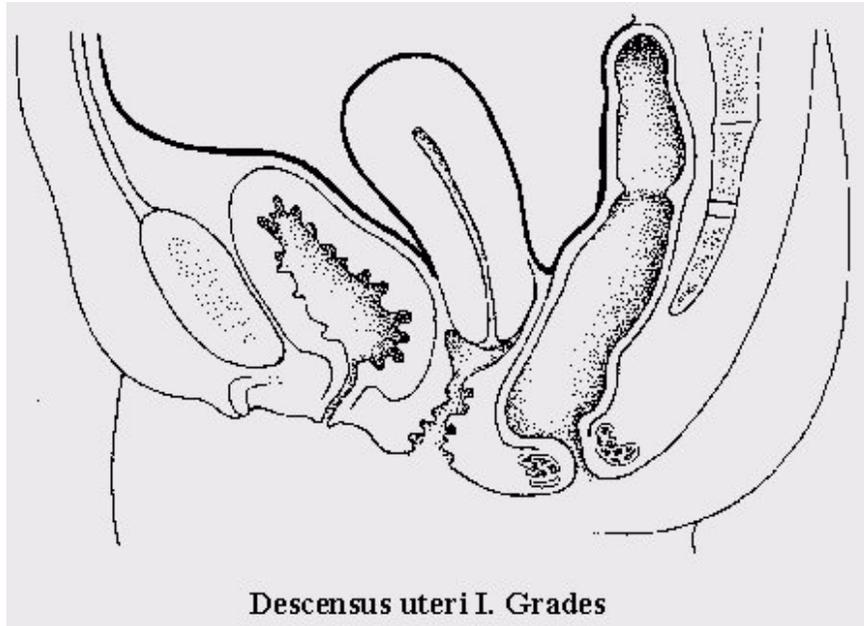


Deszensus verschiedener Organe

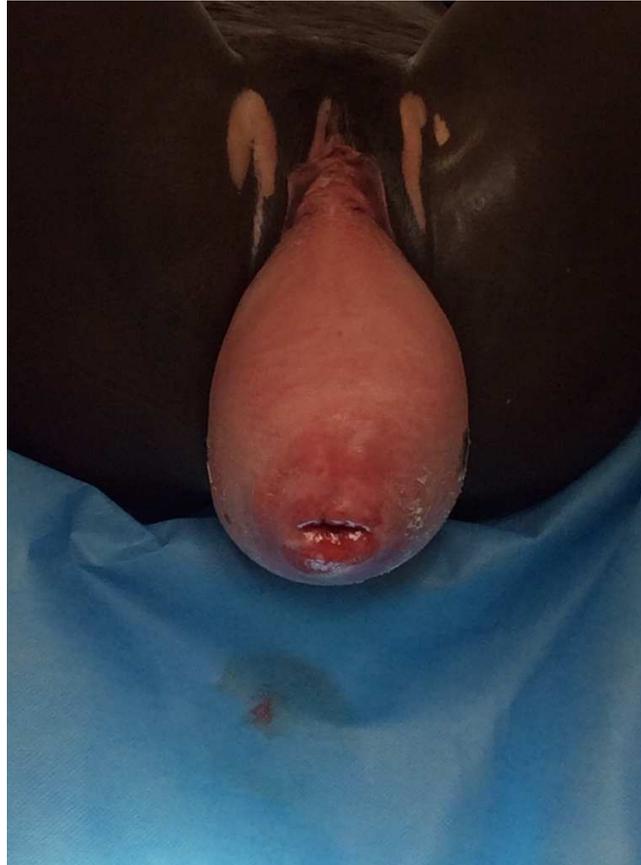
- Deszensus uteri
- Vaginalstumpfdeszensus
- Urethrozele
- Zystozele
- Rektozele
- Enterozele



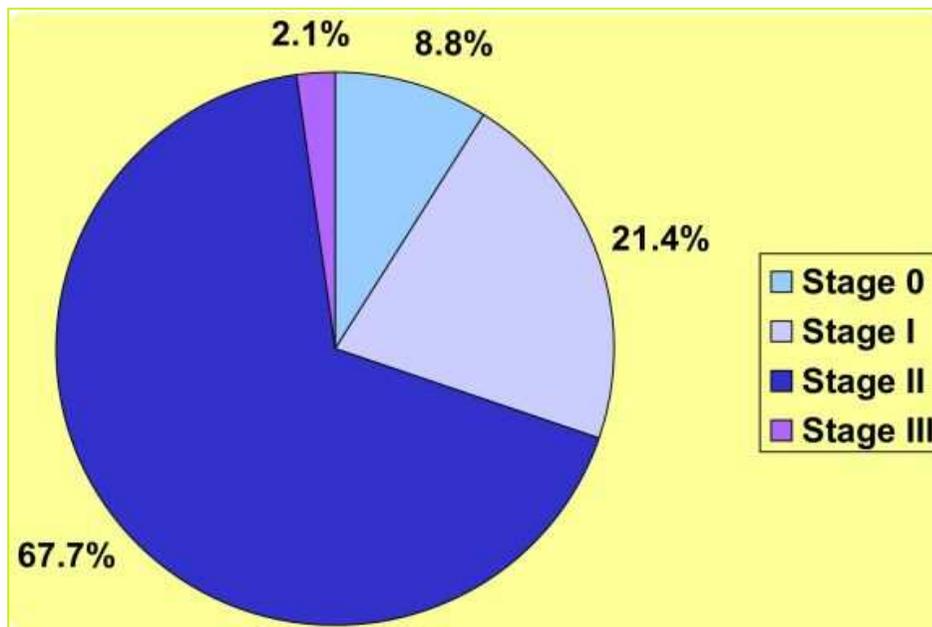
Gradeinteilung klinisch: I und II



Prolaps: Grad III



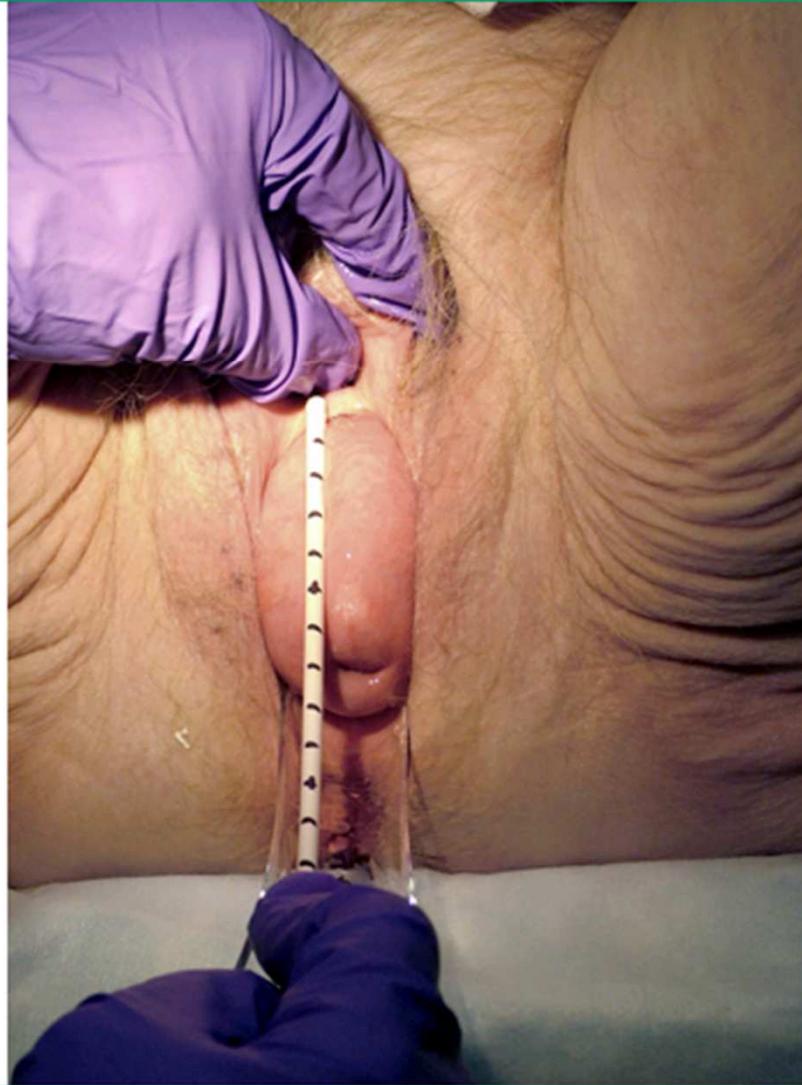
Am häufigsten Deszensus Grad II, kann symptomatisch oder asymptomatisch sein



■ N=394, 35-64, 4/5 < 55

■ Trowbridge ER et al 2008

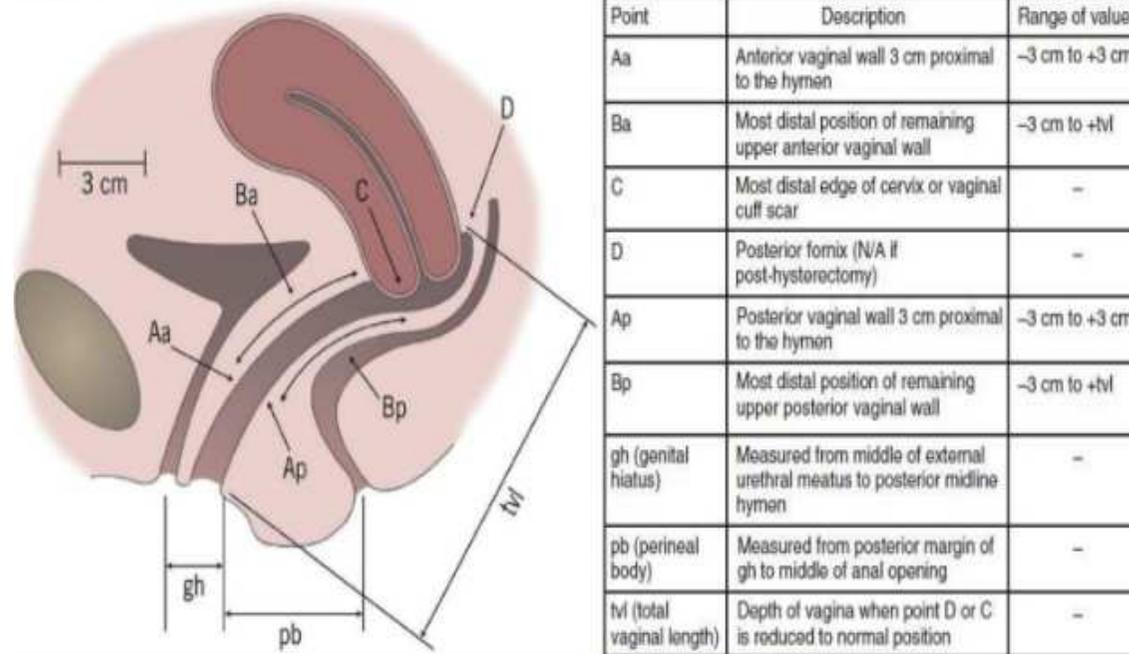
Evaluation of uterine prolapse



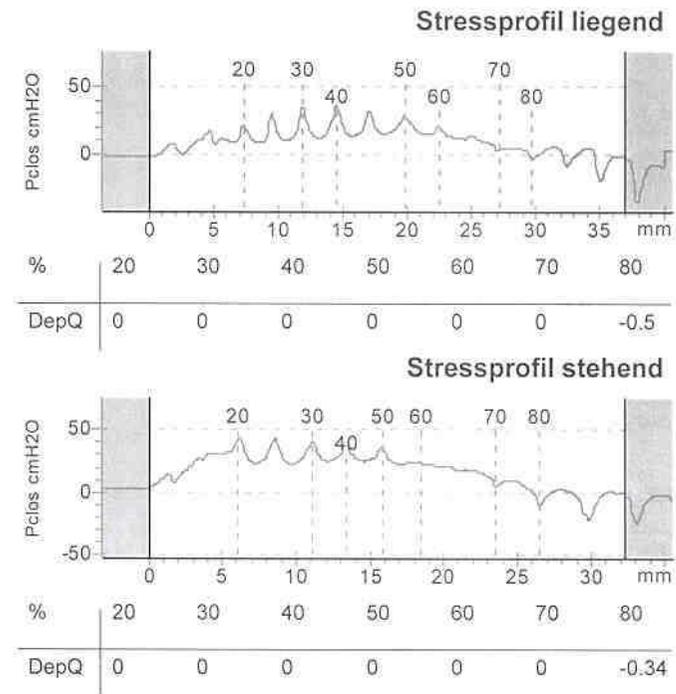
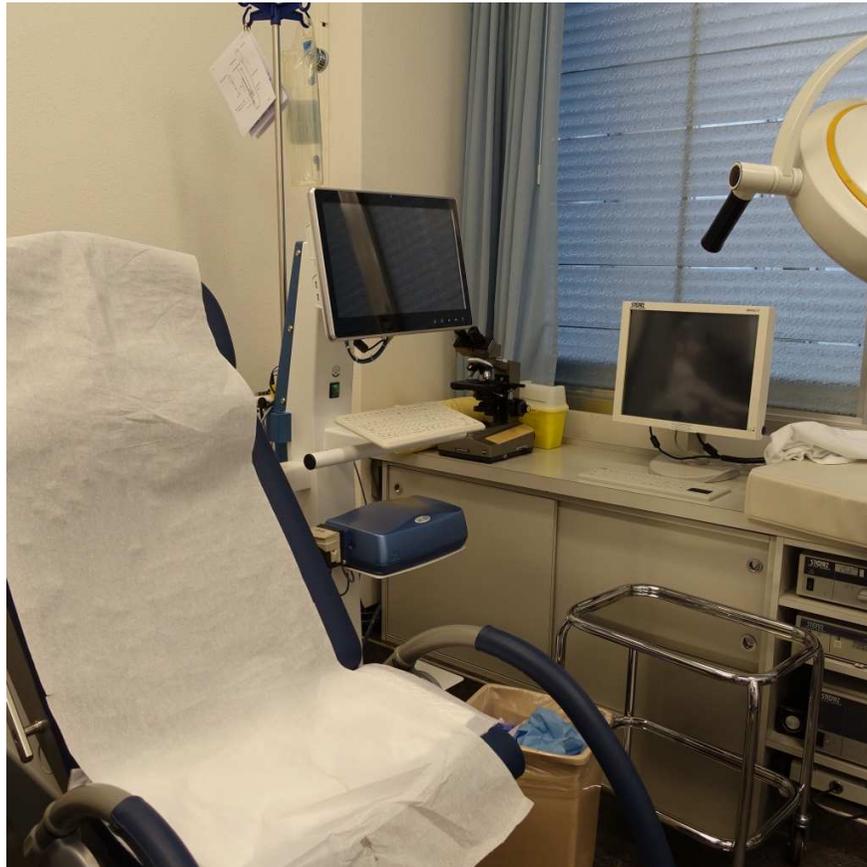
Reproduced with permission from: RG Rogers, MD, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, University of New Mexico Health Sciences Center, Albuquerque, NM.

Für wissenschaftliche Zwecke POP-Q: Pelvic Organ Prolapse Quantification system

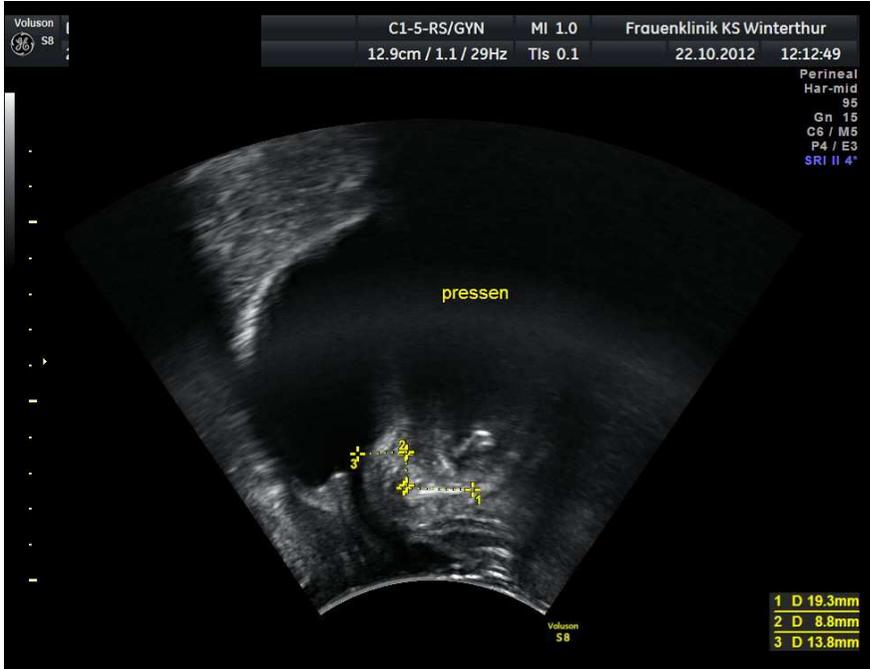
POP-Q System



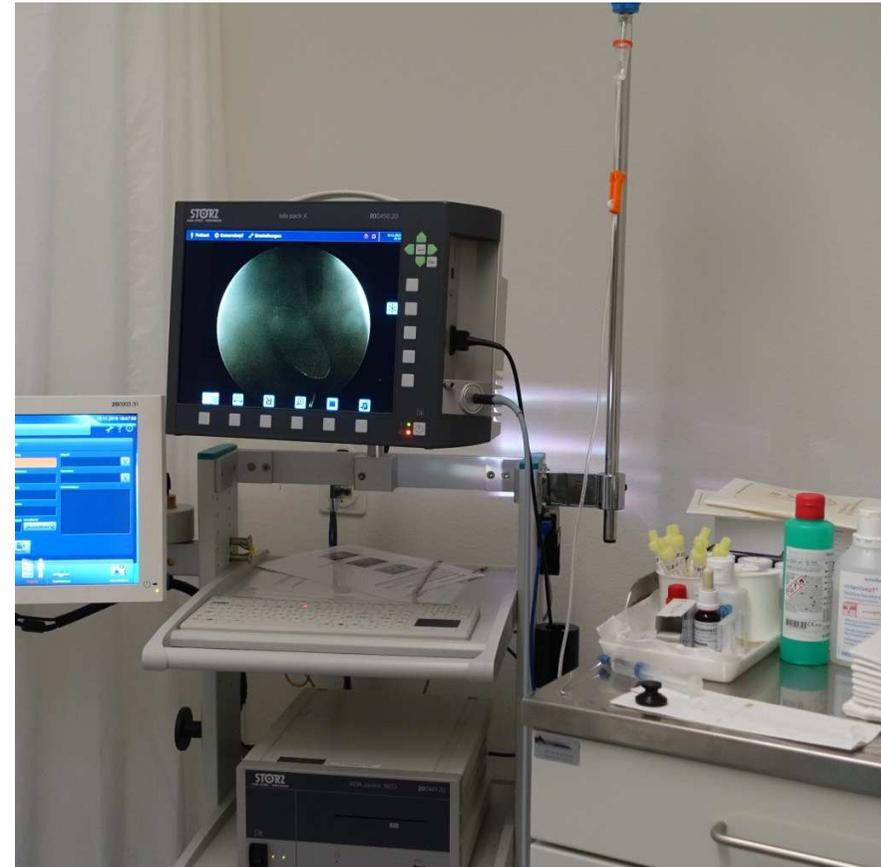
Urodynamische Messung: Druckmessungen in Blase und Harnröhre, Harnflussmessungen (Miktiometrie), Druckflussmessungen. Je nach Fragestellung.



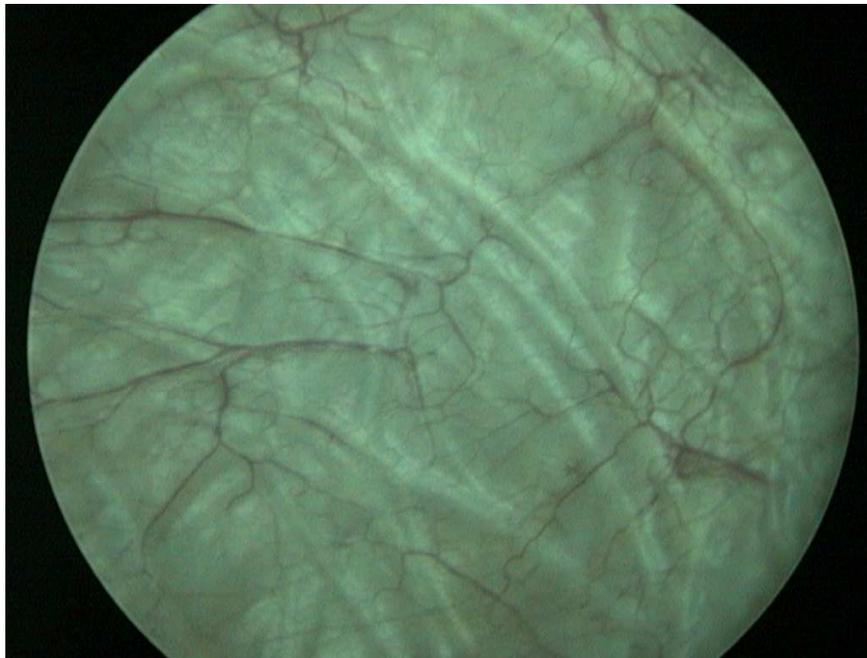
Beckenbodenultraschall



Zystoskopie



Balkenblase – interstitielle Zystitis

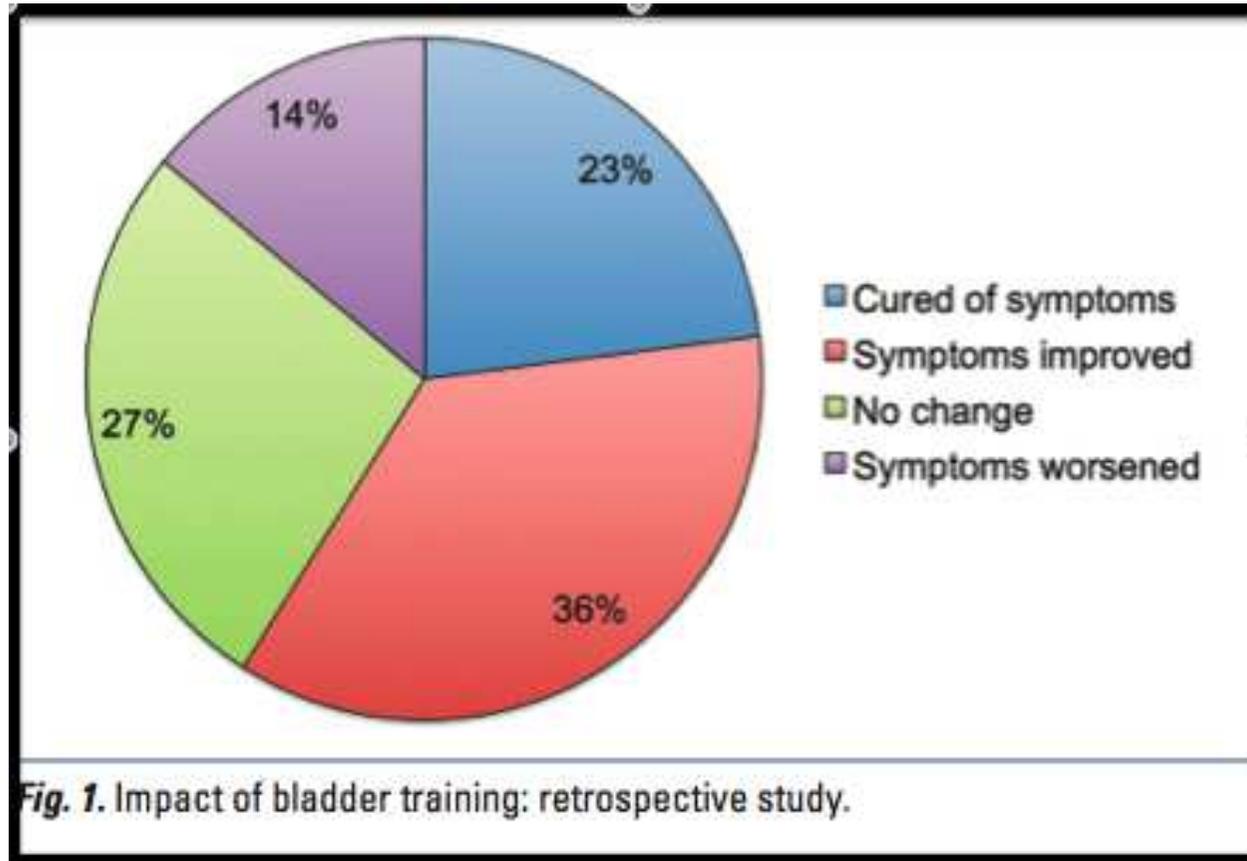


konservative Therapien: „Bausteine“

- Lifestyleberatung
- Trink-Miktionstraining, Trink-Miktionsprotokoll
- Physiotherapie des Beckenboden
- Pharmakologie
- Komplementärmedizin
- Perkutane Stimulation des N.tibialis post. (PTNS)
- Sakrale Neuromodulation
- Pessare
- Katheter: vorübergehend, dauerhaft
Bsp. suprapubischer Katheter
- Intimpflege, Kontinenzhilfen,
Katheter: Beratung durch
Urotherapeutin
- Psychosomatik, Sexualtherapie



Erfolg



Physiotherapie des Beckenboden

- Einzelstunde oder Gruppentherapie
- Serie mit 9 Sitzungen, KK zahlt
- Regelmässiges Training zu Hause
- Dauer: 3-4 Monate
- Lebenslang
- Überall möglich
- Biofeedback



Physiotherapie: Indikationen

- Belastungsinkontinenz
- Hyperaktive Blase
- Mischinkontinenz
- Senkungsbeschwerden
- Stuhlinkontinenz

Pharmakotherapie

- Antibiotika
- Hormone: Oestrogene
- Anticholinergika, Spasmolytika
- Komplementärmedizin
- Blaseninstillationen
- Pflegemittel für die Intimhygiene
- Botox®

Hormone: lokale Oestrogene, bevorzugt Estriol in niedriger Dosierung



- bevorzugt lokale Therapie
- Crèmes oder Zäpfchen
- Dosierung: initial 0,5mg: Ovula, 1x Applikatorfüllung täglich, als Erhaltungsdosis reichen meist 2x/Woche
- Dauer der Therapie: lebenslang
- Oestro-Gynaedron: 1g Crème/0.5mg E3
- Ovestin: 1g Crème/1.0mg E3

Hormone: lokale Oestrogene



- Crèmes, Zäpfchen, Gel
- Dosierung: initial 0,5mg: Ovula, 1x Applikatorfüllung täglich, als Erhaltungsdosis reichen meist 2x/Woche
- Dauer der Therapie: lebenslang



10 x weniger konzentriert
als Oestrogynaedron-crème

Pathophysiologie – Pathogenese OAB

- Hyperaktivität des m. detrusor vesicae: Acetylcholin stimuliert muskarinische Rezeptoren: M1-M5. M2 und M3
- Miktion: ZNS, S2-4: efferente parasymphatische Fasern: Kontraktion des m. detrusor vesicae; sympathische Innervation: Relaxation. „Gleichgewicht“ nötig.
- Outflow obstruction (wie bei Prostatahyperplasie) – Quetschhahn bei prolabierender Zystozele: Teildenerivation
- OAB Idiopathisch, OAB neurologische Ursache Bsp. MS
- Auslöser der OAB im/unter Urothel oder?

Spasmolytika: Anticholinergika

Vesicare, 5/10 mg Betmiga, 25/50mg ret	Solifenacin	<i>Urispas, 200mg: Flavoxat, nicht anticholinergisch</i>
Emselex ret., 7.5/15 mg	Darifenacin	
Toviaz ret., 4/8 mg	Fesoterodin	
Detrusitol SR ret, 2/4mg	Tolterodin	
Spasmo-Urgenin Neo, 20mg	Trospium chlorid	
Kentera Matrixpflaster 3.9mg/24h	Oxybutinin	
Lyrinel oros ret., 5/10/15 mg	Oxybutinin	

Anticholinergika

- NW: Obstipation, trockener Mund, Nausea, Verwirrung, Sehstörungen
- Bis zu 50% Therapieabbruch

Annals of Internal Medicine REVIEW

Benefits and Harms of Pharmacologic Treatment for Urinary Incontinence in Women

A Systematic Review

Tatyana Shamlivan, MD, MS; Jean F. Wyman, PhD; Rema Ramakrishnan, MPH; François Sainfort, PhD; and Robert L. Kane, MD

Background: Urinary incontinence (UI) in women adversely affects quality of life.

Purpose: To conduct a systematic literature review of drugs for urgency UI in women.

Data Sources: MEDLINE, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, SCIRUS, and Google Scholar were searched for articles published from 1966 to November 2011.

Study Selection: Randomized, controlled trials (RCTs) reported in English.

Data Extraction: Rates of outcomes and risk of bias were extracted by using a standardized form to pool absolute risk differences and calculate the number of attributable events per 1000 patients treated, with 95% CIs.

Data Synthesis: 94 RCTs were eligible. Pooled analyses showed that among drugs for urgency UI, per 1000 treated women, continence was restored in 130 with fesoterodine (CI, 58 to 202), 85 with tolterodine (CI, 40 to 129), 114 with oxybutynin (CI, 64 to 163), 107 with solifenacin (CI, 58 to 156), and 114 with trospium (CI, 83 to 144). Rates of treatment discontinuation due to adverse effects were 31 per 1000 treated with fesoterodine (CI, 10 to 56), 63 with oxybutynin (CI, 12 to 127), 18 with trospium (CI, 4 to 33), and 13 with solifenacin (CI, 1 to 26). The studies' inconsistent definitions of reduction in UI and quality of life hampered synthesis of evidence.

Limitation: Evidence for quality-of-life improvements and comparative effectiveness with drugs was limited, and evidence for the effects of race, baseline severity of UI, and comorbid conditions on treatment success was insufficient.

Conclusion: Overall, drugs for urgency UI showed similar small benefit. Therapeutic choices should consider the harms profile. Evidence for long-term adherence and safety of treatments is lacking.

Primary Funding Source: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ann Intern Med. 2012;156:861-874. www.annals.org
For author affiliations, see end of text.
This article was published at www.annals.org on 10 April 2012.

Neues Medikament für die Therapie der OAB

- **Betmiga®**: Mirabegron ist ein potenter und selektiver Beta-3-Adrenozeptor-Agonist: Muskelrelaxans
- 25mg und **50mg**
- **Glaukom ist keine Kontraindikation**
- **Eher bei Obstipation**
- **Cave: cardiale Erkrankungen, arterielle Hypertonie, multimorbide Patientinnen**



Neue Substanzen – neue Konzepte sind gefragt. Beispiel: *Bryophyllum pinnatum*



Bryophyllum pinnatum

- Ursprung Madagaskar
- Seit 200 Jahren in Europa bekannt
- „Goethepflanze“
- Anthroposophische Medizin: Therapie der Hysterie, „pflanzliches Valium“
- Schulmedizin: Wehenhemmung
- Hauptwirkstoffgruppen:

Flavonoide: spasmolytisch, antioxydativ, antiphlogistisch, antiallergisch, antiviral, antimikrobiell

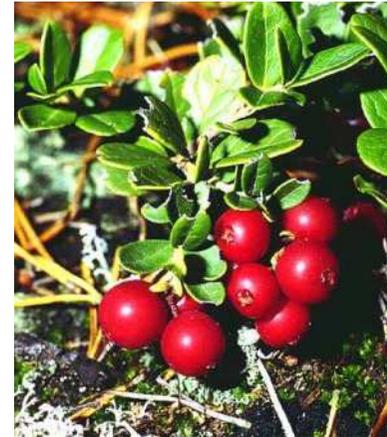
Bufadienolide: erhöhen Hf und Erregungsleitung*

- In vitro: Detrusormuskelstreifen von Schweineblasen relaxieren um 20% ($p < 0.05$)**
- Wirkungsmechanismus: muskelrelaxierend, ZNS hemmend

*Wächter R.: Klinische Wirksamkeit, Pharmakologie und Analytik von Bryophyllum pinnatum. Inauguraldissertation Universität Basel, 2011. **Schuler V et al, Phytomedicine 2012

HWI – Prophylaxe: Preiselbeere, Cranberry Kapuzinerkressenkraut, Meerrettichwurzel

- Bestandteile wie Fructose, Proanthocyanidin verhindern das „Andocken“ der Bakterien (E.Coli) am Urothel, dadurch wirkt der Preiselbeersaft antiadhäsiv, antibakteriell und antiviral
- Therapie 3 x 1dl tägl.
- Prophylaxe auf Nacht: 1dl
- Angocin® Anti-Infekt N, Senföle, antimikrobiell, immunstimulierend



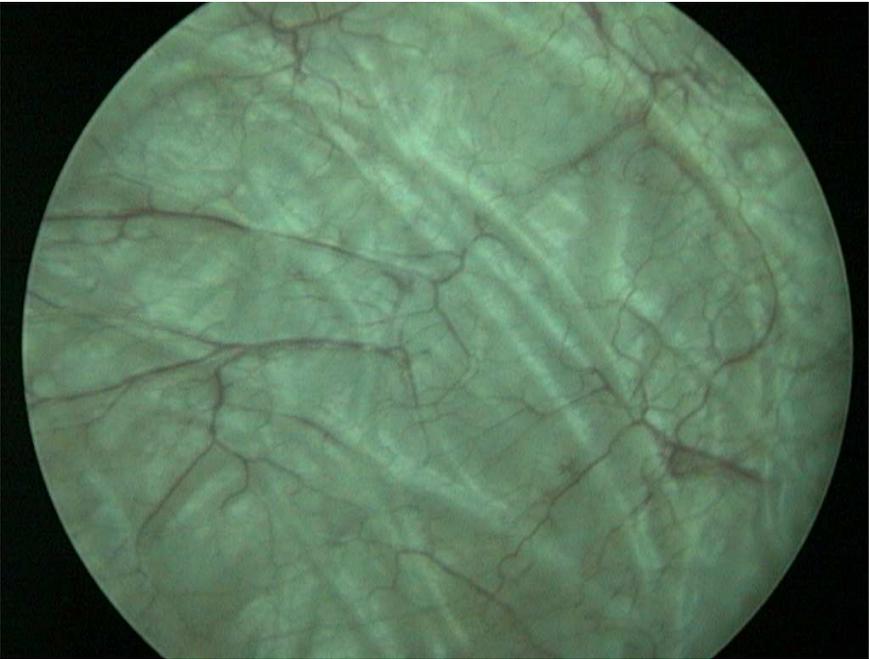
Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;10:CD001321. doi: 10.1002/14651858.CD001321.pub5.

Cranberries for preventing urinary tract infections.

Jepson RG, Williams G, Craig JC.

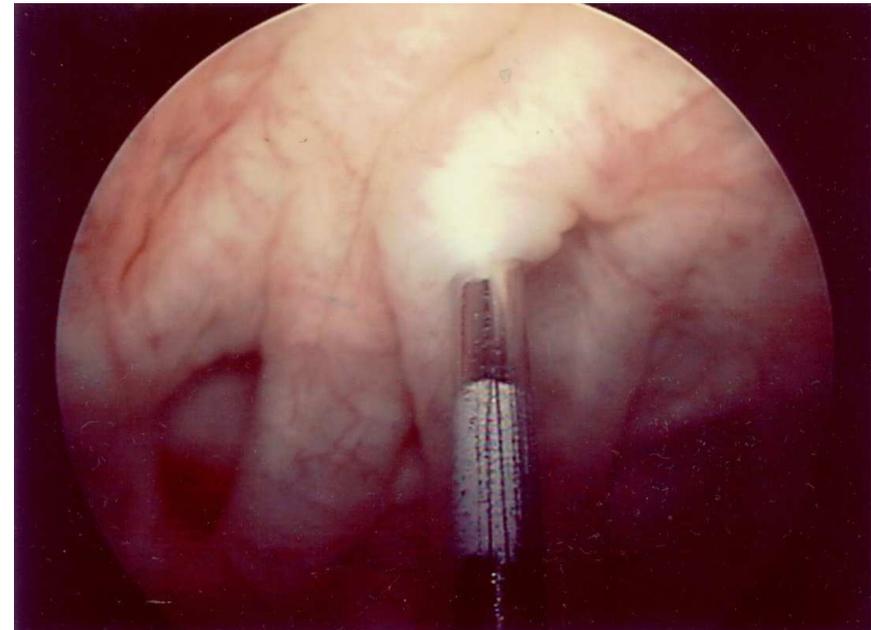
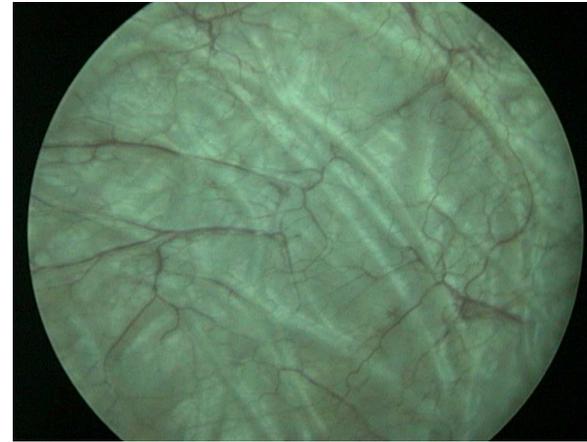
Department of Nursing and Midwifery, University of Stirling, Stirling, UK. ruth.jepson@stir.ac.uk.

AUTHORS' CONCLUSIONS: Prior to the current update it appeared there was some evidence that **cranberry** juice may decrease the number of symptomatic UTIs over a 12 month period, particularly for women with recurrent UTIs. The addition of 14 further studies suggests that **cranberry** juice is less effective than previously indicated. Although some of small studies demonstrated a small benefit for women with recurrent UTIs, there were no statistically significant differences when the results of a much larger study were included. **Cranberry** products were not significantly different to antibiotics for preventing UTIs in three small studies. Given the large number of dropouts/withdrawals from studies (mainly attributed to the acceptability of consuming **cranberry** products particularly juice, over long periods), and the evidence that the benefit for preventing UTI is small, **cranberry** juice cannot currently be recommended for the prevention of UTIs. Other preparations (such as powders) need to be quantified using standardised methods to ensure the potency, and contain enough of the 'active' ingredient, before being evaluated in clinical studies or recommended for use.



Botox®

- Nervengift!
- Botulinumtoxin Typ A
- Glatte Muskulatur wird ca 6-9 Monate „blockiert“
- Indikationen: neurologische und idiopathische hyperaktive Blase wenn medikamentöse Therapie ohne Erfolg
- Injiziert werden **100 – 300 E**
- Zystoskopie, Sedation-Kurzsnarkose

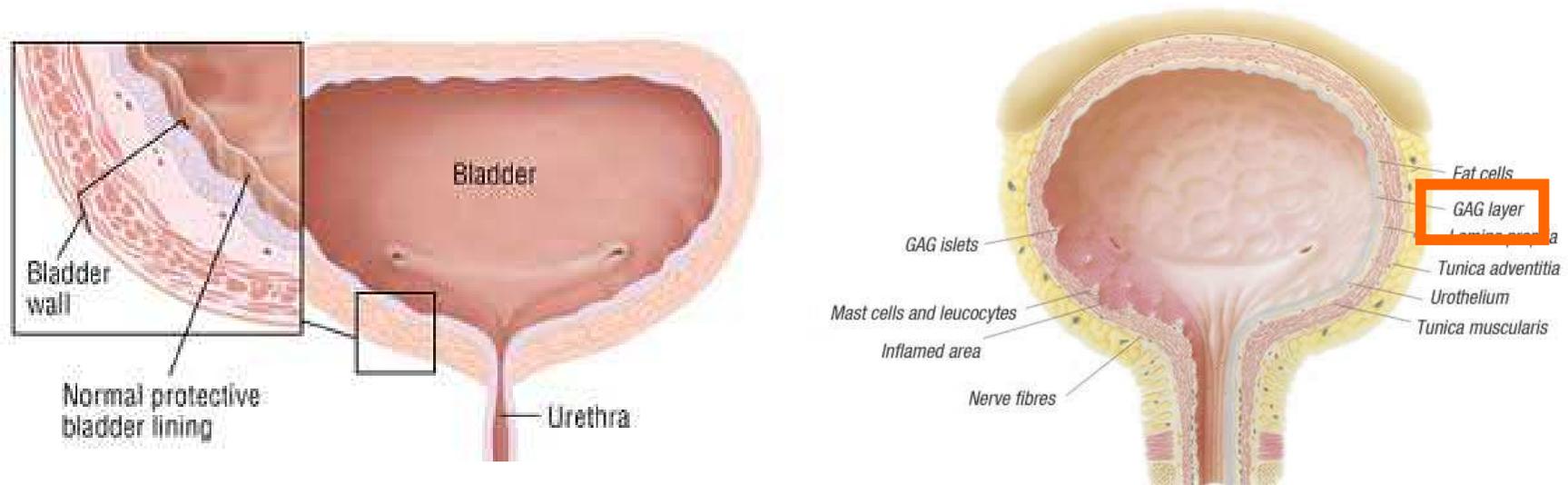


Interstitielle Zystitis/Pelvic pain syndrome, chronische Zystitis



Indikation für Blaseninstillationen

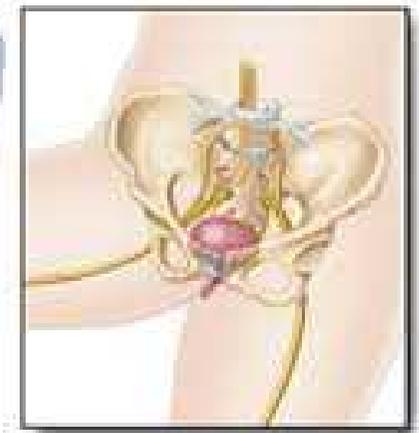
Urothel: Schutzschichtdefekt, Glycosaminglycane/Mucopolysaccharide (GAG) fehlen: Hyaluronsäure, Chondroitinsulfat



Aktuell: Ialuril® Prefill, IBSA, Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat

Perkutane Stimulation des Nervus tibialis posterior – PTNS: OAB

- Neuromodulation
- Stimulation, retrograd, über afferente Nerven des sacralen Nervenplexus
- Der Nervus tibialis posterior kommt vom selben Segment wie die Innervation der Blase und des Beckenbodens (S2 - S4)



Sakrale Neuromodulation

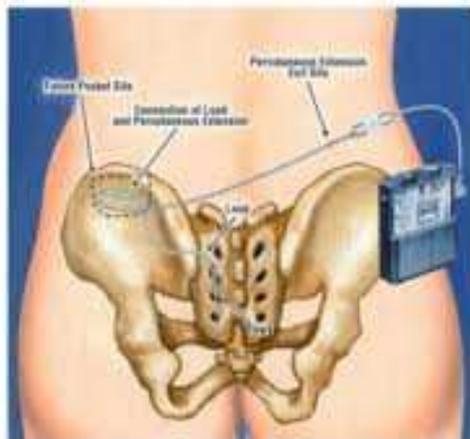
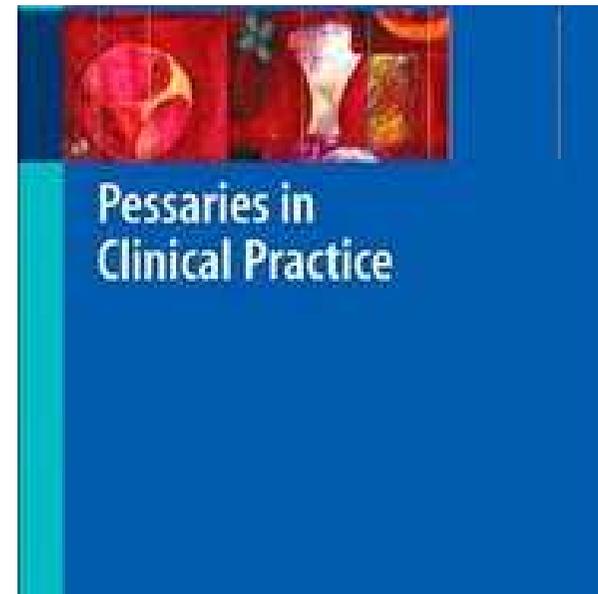


Abb.: Sakrale Neuromodulation

Pessare

- Wiederverwendbare Silikonpessare
- Wegwerfpessare aus Zellulose oder Schaumstoffe



Geschichte der Pessare

- Verwendung seit mehr als 2000 Jahren
- Hippokrates (460 – 370 v.Ch.): benutzte einen halben Granatapfel, in Wein getränkt



Fig. 1 Reduction of vaginal prolapse by placing a halved pomegranate soaked in wine into the vagina described by Hippocrates

Die Pessartherapie kommt wieder in Mode

Clinical Expert Series

CME



Nonsurgical Management of Pelvic Organ Prolapse

Patrick J. Culligan, MD

Although surgical management of symptomatic pelvic organ prolapse (POP) is common and often necessary, conservative treatments such as pessaries, pelvic floor muscle training, or both can usually result in symptomatic improvement. When treating patients with POP, health care practitioners should focus primarily on identification and alleviation of POP-related symptoms. It is appropriate to offer nonsurgical management to most people with POP. This article reviews the objective and subjective evaluation and nonsurgical management of POP, emphasizing a simple, practical approach to pessary fitting and management.

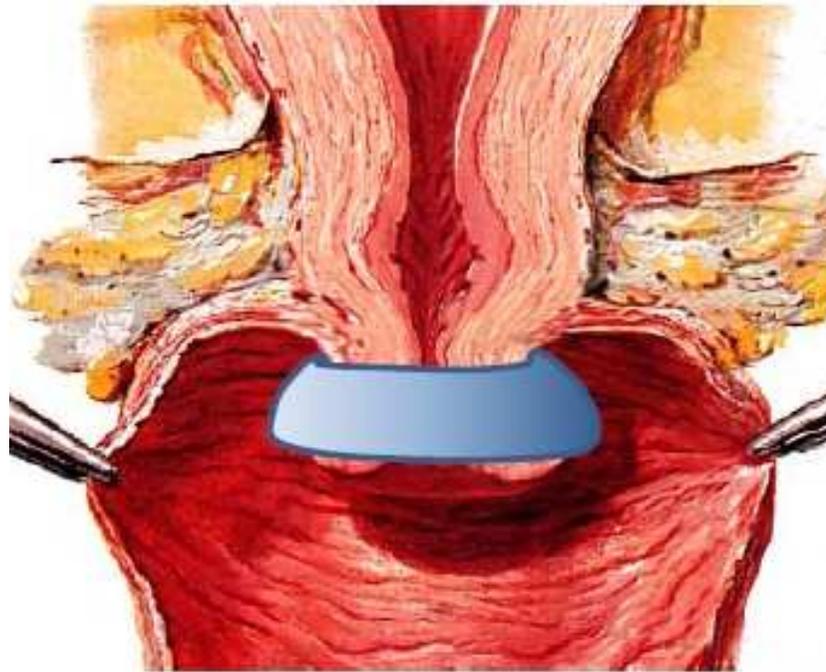
(Obstet Gynecol 2012;119:852–60)

DOI: 10.1097/AOG.0b013e31824c0806

Indikationen für Pessare

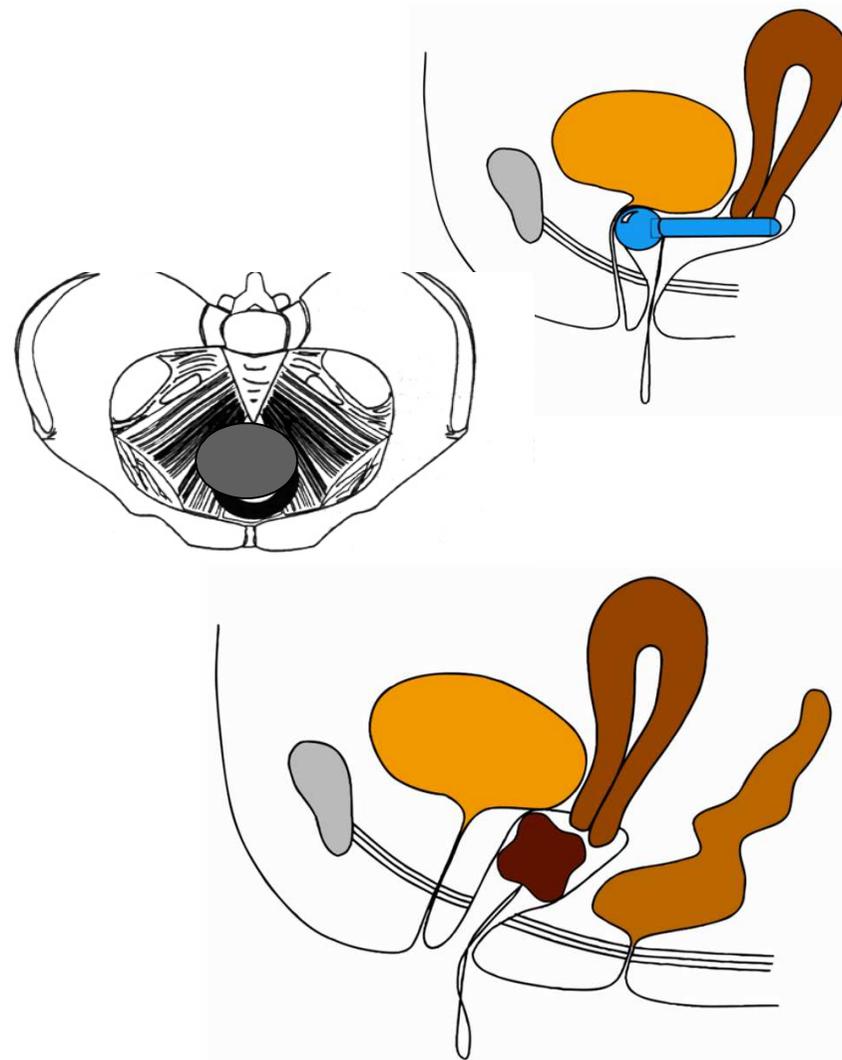
- Belastungsinkontinenz
- Mischinkontinenz
- Deszensus/Prolaps
- weitere Indikationen: hyperaktive Blase, Urethritis/Urethralesyndrom, Dyspareunie, Miktionsbeschwerden, rez.HWI wegen Quetschhahn, Urethrastr stenose
- Perioperative Vor- und Nachbehandlung
- Schwangerschaft, Wochenbett

Schwangerschaft. Arabincerclagepessar. Vorzeitige Verkürzung der Zervix

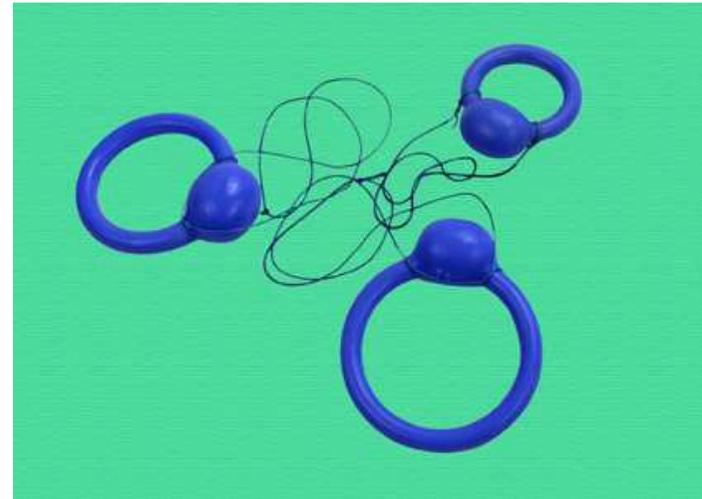


Wirkungsmechanismus der Pessare

- « Unterstützung »
suburethral, « guter »
Beckenboden muss
vorhanden sein
- Reposition, « Platzhalter »,
haftet durch Unterdruck,
Haftung, Reibung,
Einklemmung



Würfel- und Ringpessar

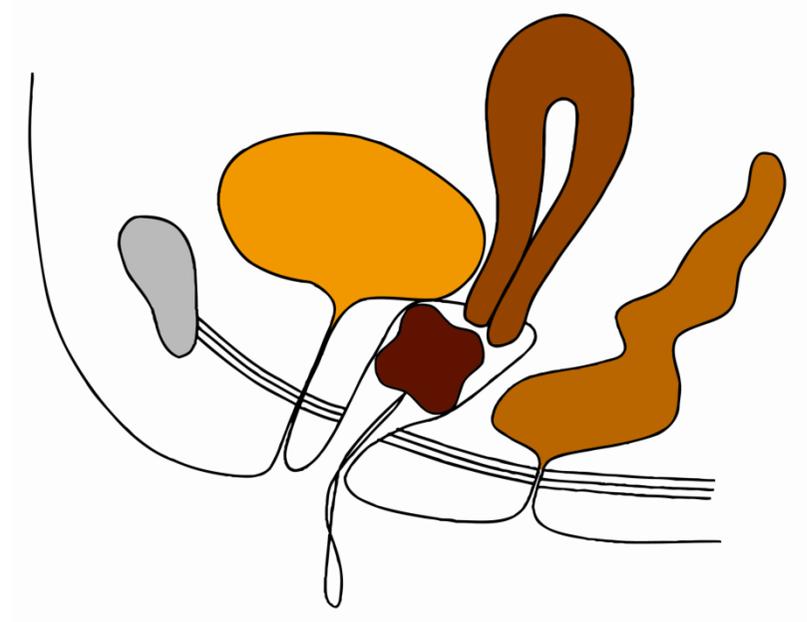
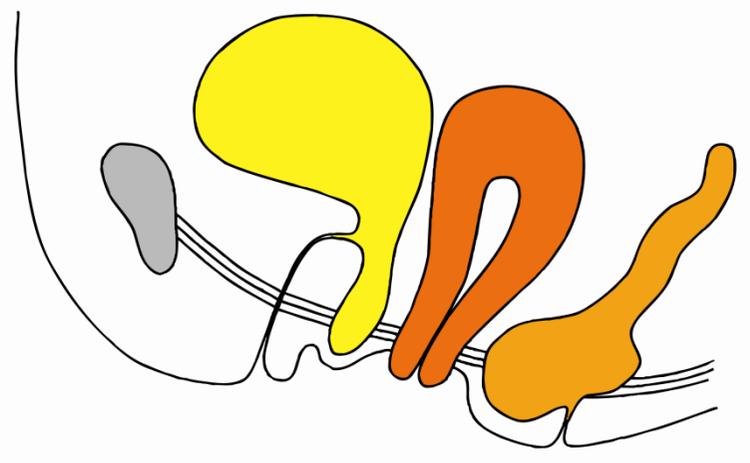


- Würfel: Kantenlängen 25 - 50 mm
- Ring : Durchmesser 45 - 100 mm
- Start mit dem kleinsten Pessar

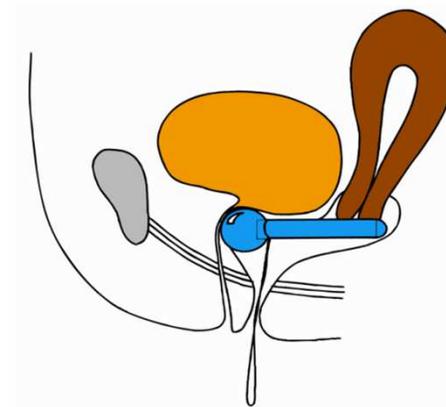
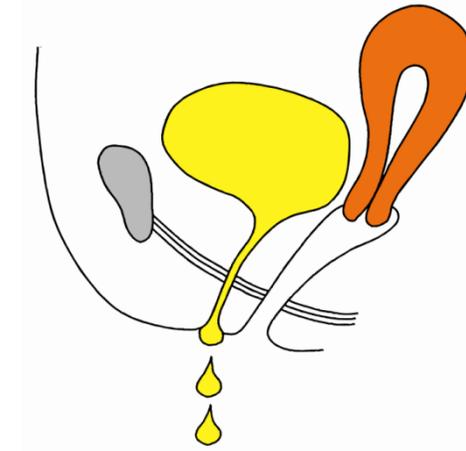
Um die Pessare einzulegen



Würfelpessar: Deszensus/Prolaps



Ringpessar: Belastungsinkontinenz



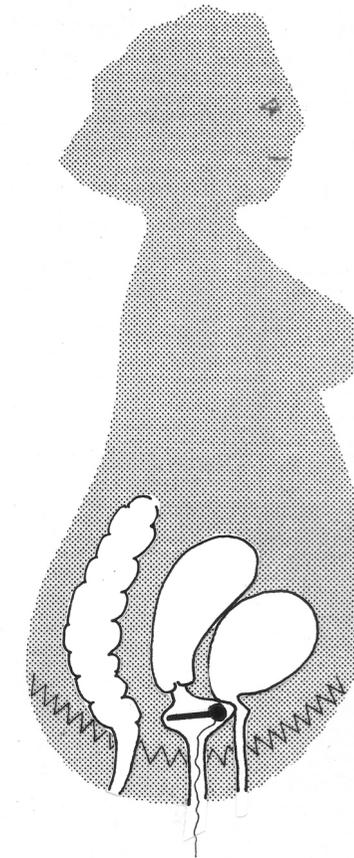
Wegwerfpessare: weicher/teurer, Handhabung einfacher

**Nach Voroperationen: vaginale Narben
Belastungsinkontinenz, Prolaps**



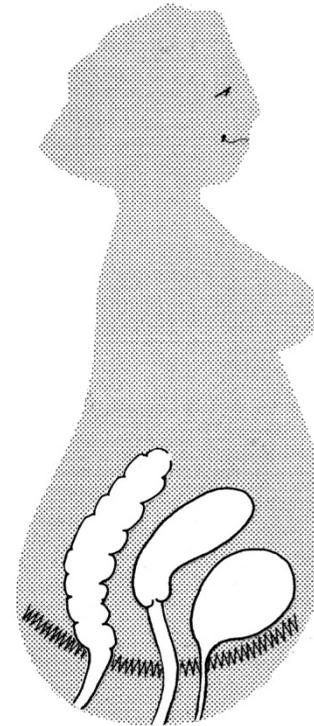
Vorteile der Pessare

- Konservative Therapie, nicht invasiv
- Therapiedauer individuell
- Sofortige Wirkung: Bsp. Bei Belastungsinkontinenz, reduzierter Bindengebrauch
- Unterstützt Physiotherapie
- Hilft beim Entscheid zur operativen Therapie
- Verbessert Lebensqualität
- Gute Therapielösung wenn Eingriff kontraindiziert und/oder wenn Patientin zuwarten möchte
- Gute Gewebepreparation präoperativ: Atrophie, Ulcera



Welche Patientin eignet sich für die Pessartherapie?

- Motivierte Patientin
- Keine Probleme mit vaginalen Manipulationen
- Wenig Beschwerden Bsp. nur inkontinent beim Joggen
- Operation kontraindiziert und « Umgebung » bereit für Pessartherapie: Familie, Spitex



Pessare:Zahlen

- Passendes Pessar findet man in 50-73%
- Frauen welche die Behandlung fortführen (> 2-3 Monate): 41-67% bleiben dabei

Lamers B.H.C. et al.: Int Urogynecol J. 22:637-644 (2011)

Neue Domäne für Pflegefachfrauen?

SPECIAL SERIES ON PESSARIES



Managing a Pessary Business

Katharine O'Dell, Leslie Saltzstein Wooldridge, and Shanna Atnip

This article discusses topics important to developing an effective pessary practice, including a review of office management options related to fitting, stocking, and maintaining pessaries, and compliance issues related to appropriate billing and coding.

Pessary Fitting and Stocking Decisions

To initiate pessary services, providers must develop an overall plan for fitting and dispensing these devices. Figure 1 offers an overview of typical options that will need to be considered and their relationships to the devel-

© 2012 Society of Urologic Nurses and Associates
O'Dell, K., Wooldridge, L.S., & Atnip, S. (2012). Managing a pessary business. *Urologic Nursing*, 32(3), 138-146.

In this final article in a series of three, components of pessary fitting, provision, and follow up are reviewed from a business perspective related to supplies, patient flow, billing, and coding.

Key Words: Pelvic organ prolapse, pessary, pelvic floor, billing and coding.

Objectives:

1. Describe the initiation and management of pessary services in a health care practice.
2. Discuss the plan for fitting and dispensing of pessaries in a health care practice.
3. Explain the billing and coding system for pessary reimbursement.

konservative Therapien: „Bausteine“

- Lifestyleberatung
- Trink-Miktionstraining, Trink-Miktionsprotokoll
- Physiotherapie des Beckenboden
- Pharmakologie
- Komplementärmedizin
- Perkutane Stimulation des N.tibialis post. (PTNS)
- Sakrale Neuromodulation
- Pessare
- Katheter: vorübergehend, dauerhaft
Bsp. suprapubische Katheter
- Intimpflege, Kontinenzhilfen,
Katheter: Beratung durch
Urotherapeutin
- Psychosomatik, Sexualtherapie

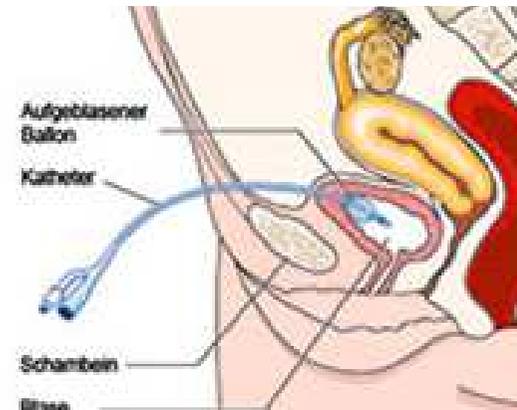
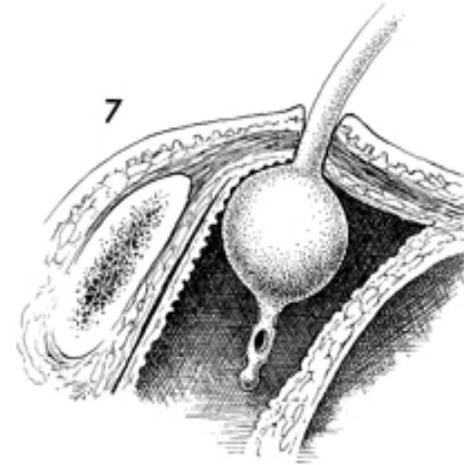


Einige Aspekte der Altersgynäkologie

- Komorbiditäten Bsp. Diabetes mellitus
- Mehrere Medikamente: Interaktionen
- Sehr kranke und sehr gesunde ältere Frauen
- Einbezug privates Umfeld, Therapieplanungen u.U. zeitintensiv
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

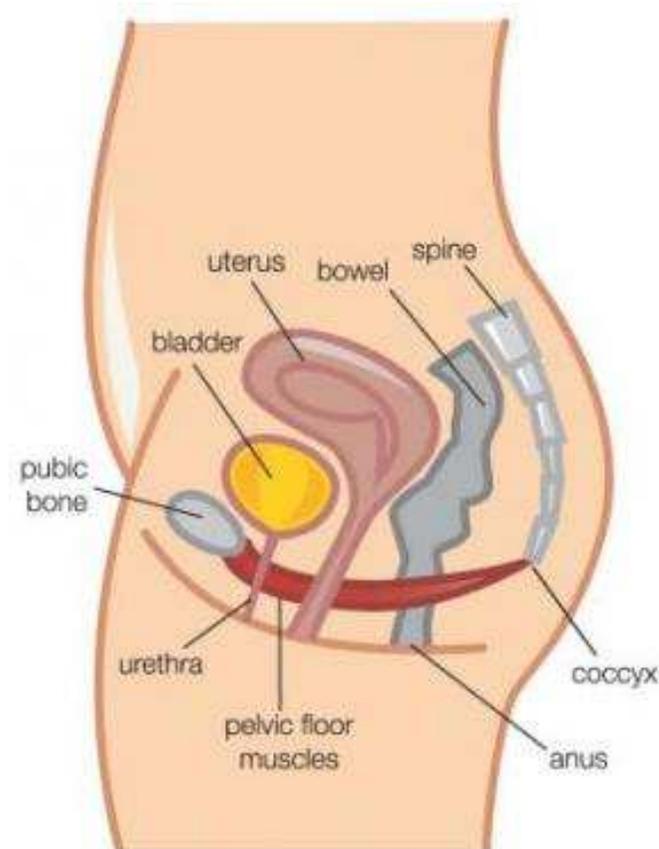
Blasentleerungsstörungen werden mit zunehmendem Alter häufiger

- Mit ↑ Alter steigt der Resturin, geringere Blasensensitivität auch ohne Stenose
- Grenzwert Resturin schwierig festzulegen
- Komorbiditäten: Diabetes mellitus, Neurologische Erkrankungen: Spinalkanalstenose
- Cognitive Fähigkeiten evtl. ↓, Demenz



Typisch für Beckenbodenerkrankungen: häufig Kombinationen, insbesondere mit zunehmendem Alter

- Belastungsinkontinenz **und** hyperaktive Blase, sog. **Mischinkontinenz**
- Zystozele, Miktionsbeschwerden, Resturin erhöht, rezidiv. HWI, hyperaktive Blase
- Double incontinence: Urin-und Stuhlinkontinenz
- Therapien müssen kombiniert werden: Trink-und Miktionsstraining, Pessare, Physiotherapie



Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit

- **Urotherapeutin:** Pflegefachfrau
- Betreut Patientinnen ausserhalb der Sprechstunden: Beratungen bezüglich Hilfsmittel, Anpassungen von Pessaren, Instruktion von konservativen Therapien Bsp. intermittierendes Katheterisieren, Katheterwechsel (Bsp. Zystofix) uvm.
- Definition: "Urotherapie" ein integriertes Therapiekonzept, das alle nicht pharmakologischen und nicht chirurgischen Verfahren zur Behandlung von Patienten mit Ausscheidungsstörungen des Urins umfasst
- Ist heute schon wichtig, wird in Zukunft noch wichtiger werden;
Stichwort: Aerztemangel

Operationen



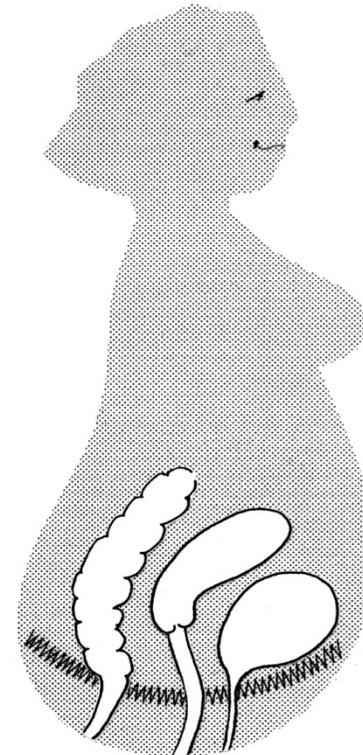
Indikationen, Diskussionen präoperativ

- störende Beschwerden, Leidensdruck
- konservative Therapien ohne Erfolg
- Wunsch
- Aufklärung über Erfolg-Risiken
- Operationstechnik erklären: Vor-Nachteile, Kombinationen
- Mit/ohne Hysterektomie
- zusätzliche Indikationen?



Was soll die Operation bewirken?

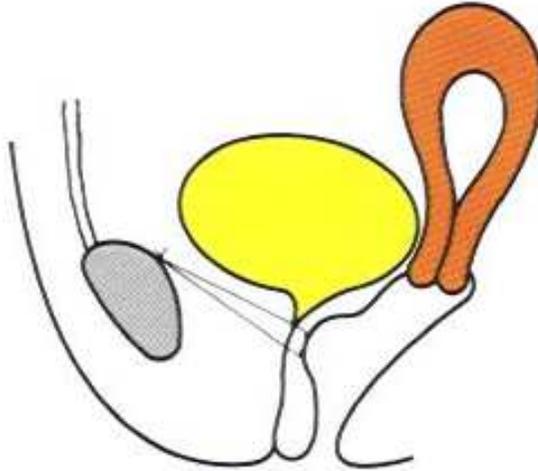
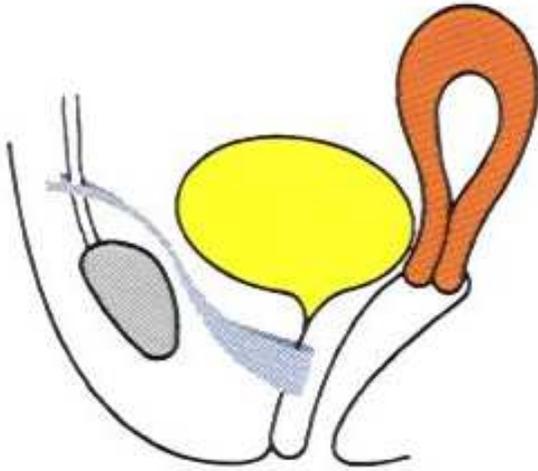
- Funktionsverbesserung
- Wiederherstellung der Anatomie mit eigenem Gewebe oder Fremdmaterial



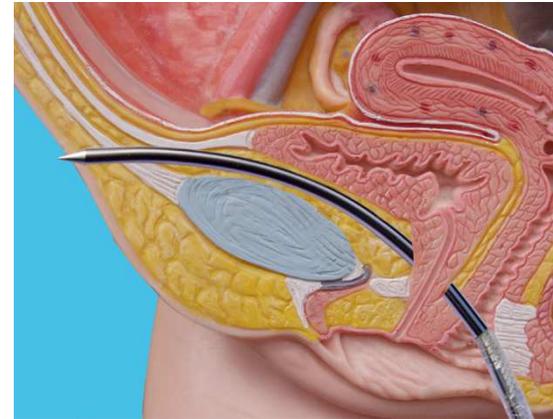
Operative Konzepte

- Belastungsinkontinenz: Blasenband; TVT: tension free vaginal tape
- Deszensus/Prolaps: vaginale Techniken – laparoskopische/abdominale Techniken; mit/ohne Netze
- Individuelle Entscheide
- Minimale Eingriffe: Botox, Urethral bulking system

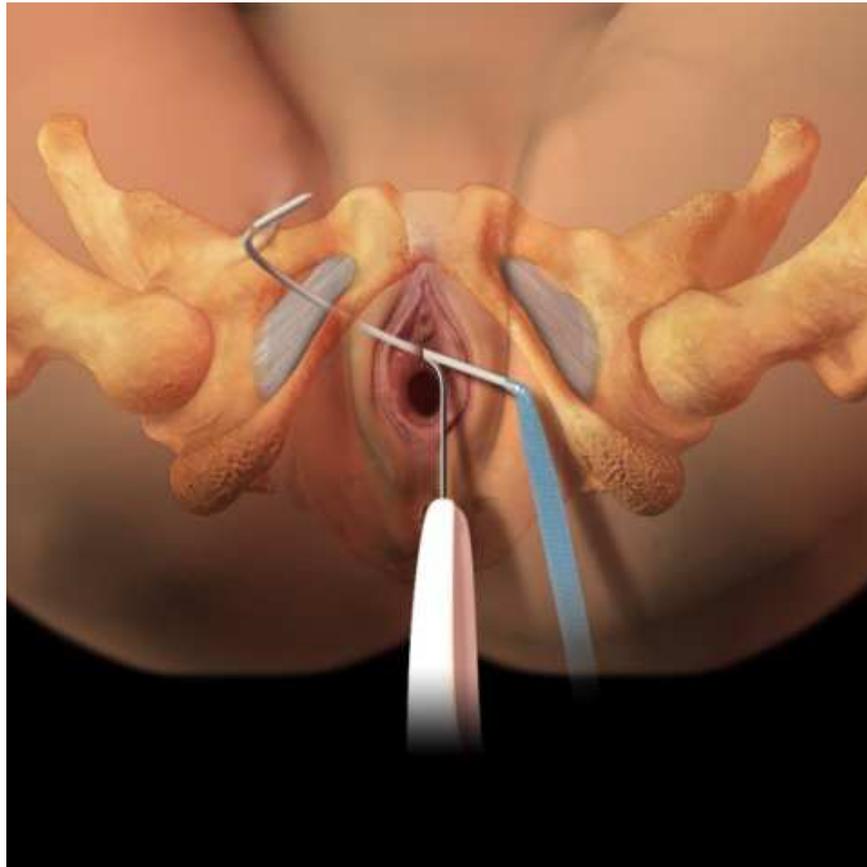
Belastungsinkontinenz:TVT, Kolposuspension



TVT: tension free vaginal tape



TVT-O, transobturatorisch



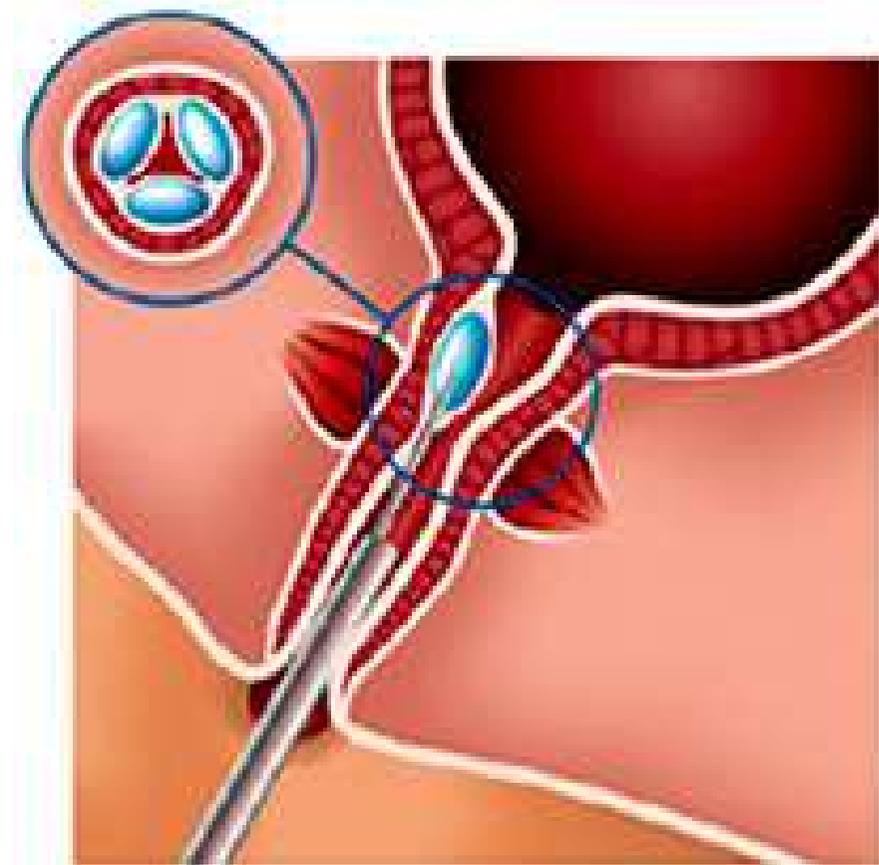
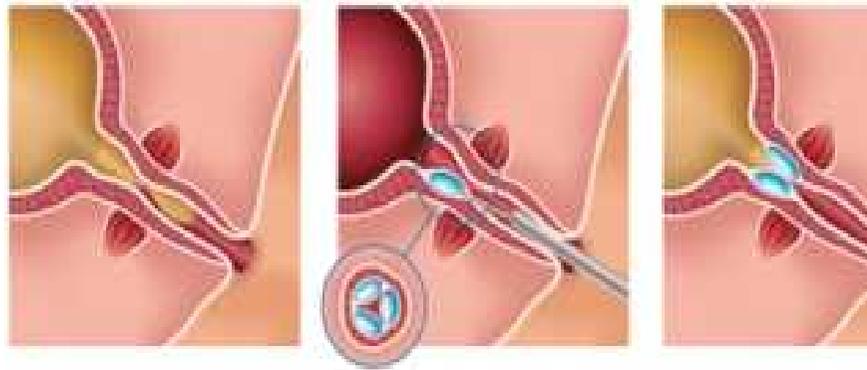
Vorteile des TVT, TVT-O

- keine Vollnarkose: Analgosedation, SPA
- Keine Laparotomie
- Operationszeit kürzer
- Spitalaufenthalt kürzer, ambulant
- Arbeitsunfähigkeit kürzer
- Erfolg nach 11- 17Jahren 80 bis 85%

Kolposuspension: früher Goldstandard; „Blase aufhängen“



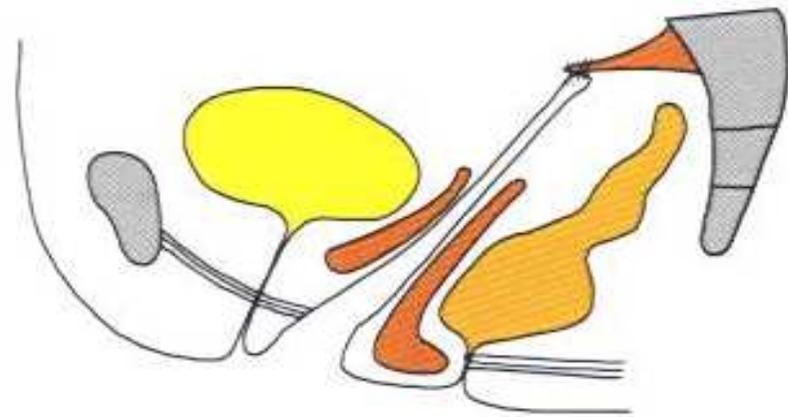
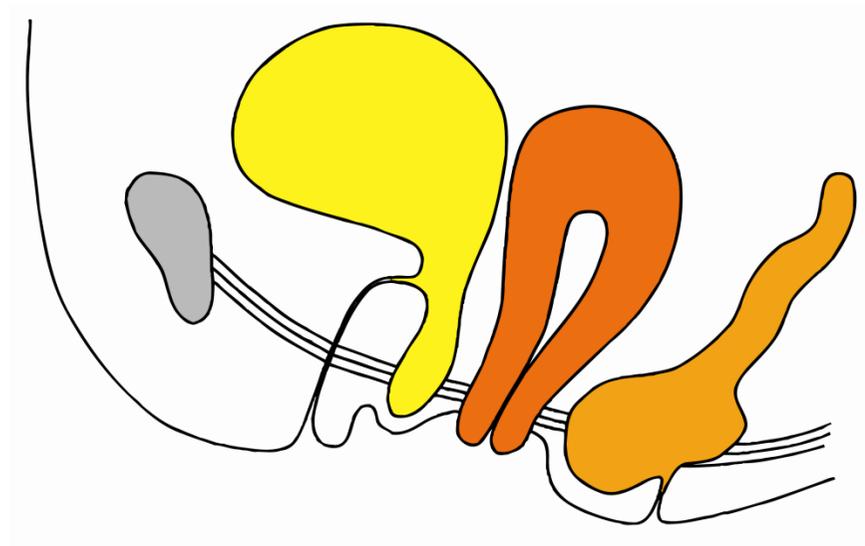
Urethral bulking System



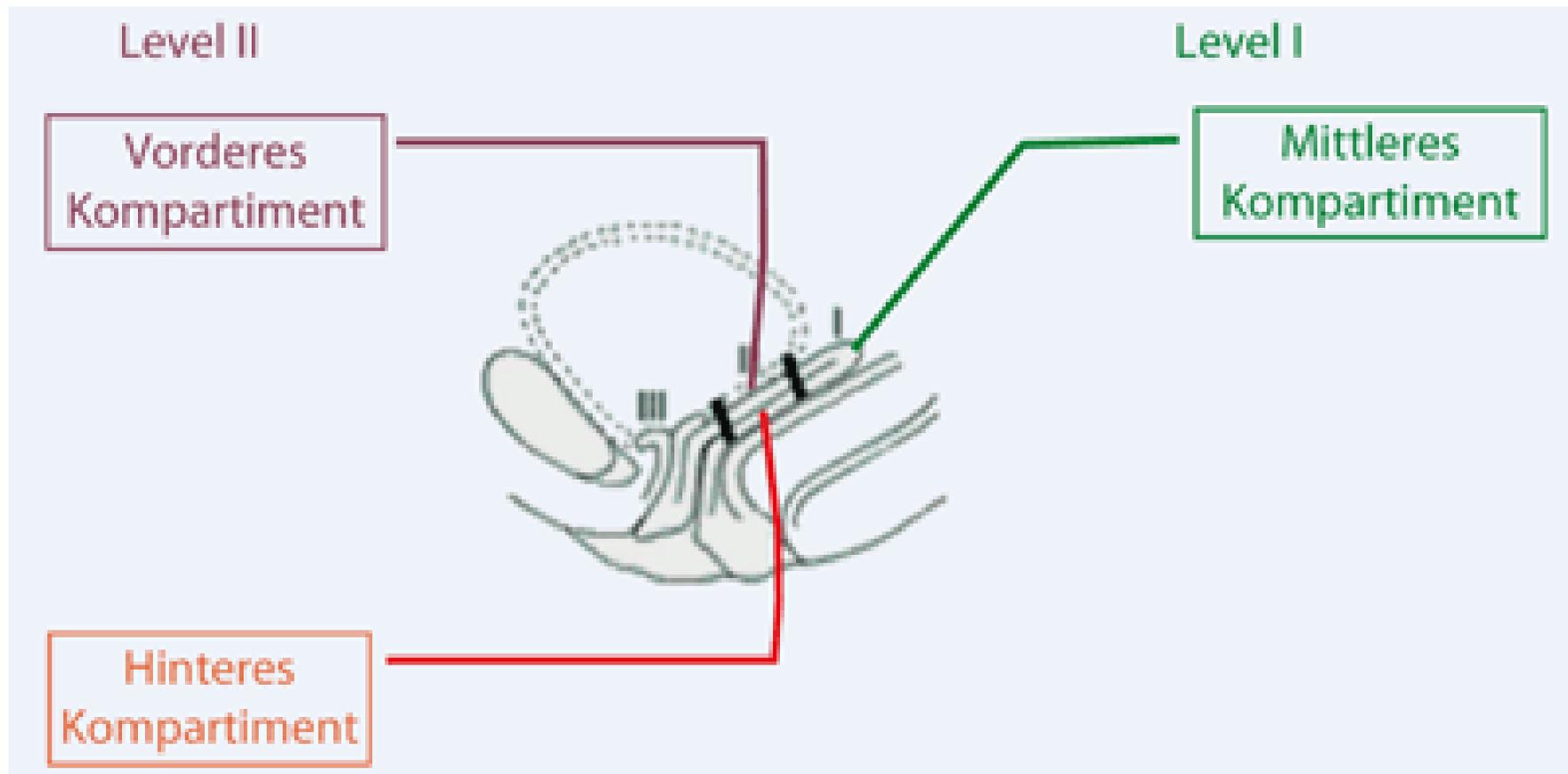
Bulkamid®

Bulkamid ist ein homogenes hydrophiles Gel, das zu 2,5 % aus Polyacrylamid und zu 97,5 % aus Wasser besteht. Dies ermöglicht eine Einsprossung und Proliferation von Blutgefäßen aus dem periurethralen Gewebe.

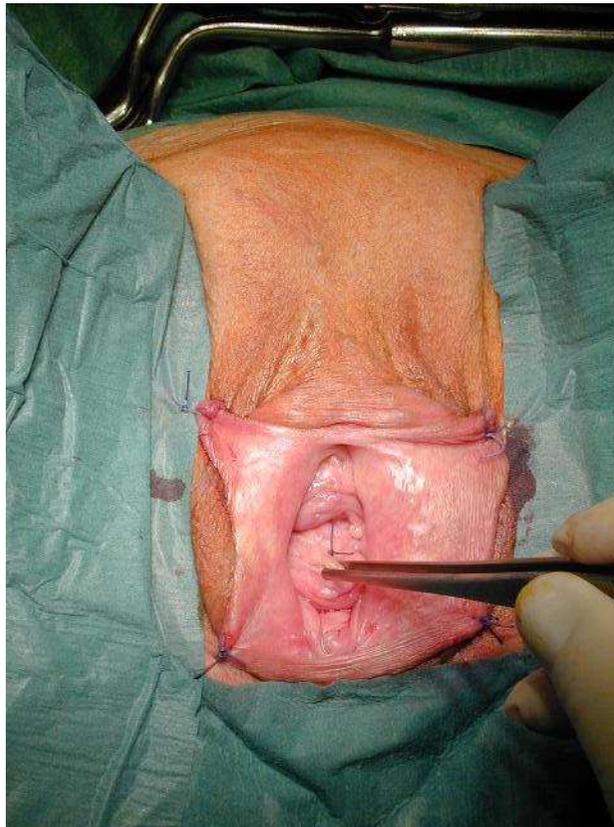
Operationen für Deszensus/Prolaps: Operationstechniken



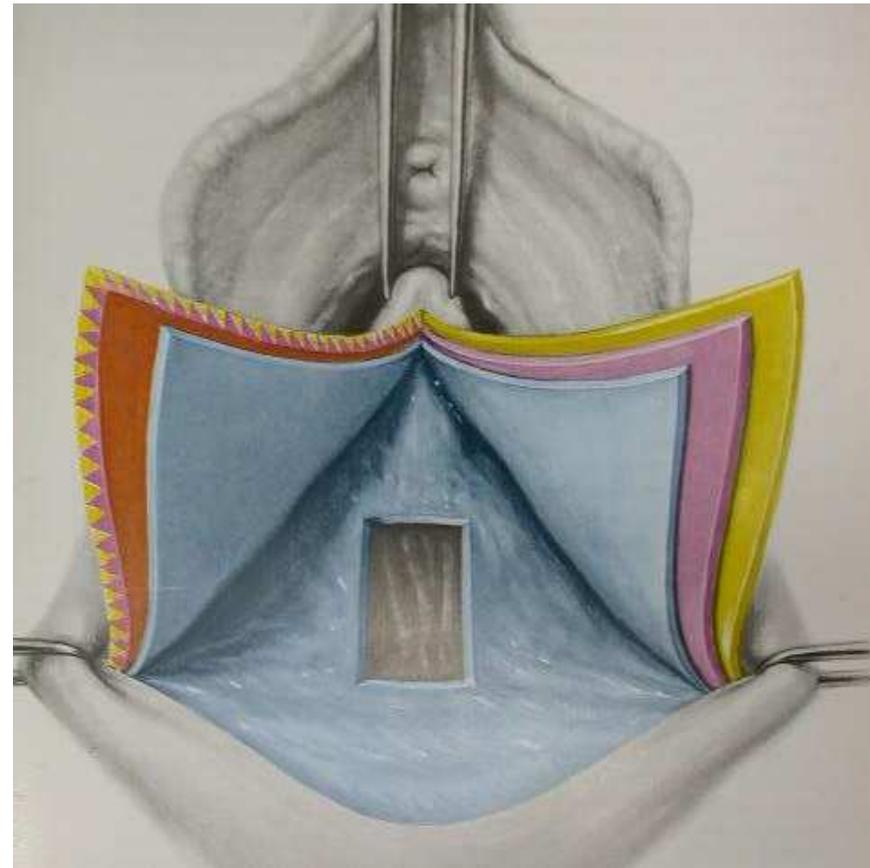
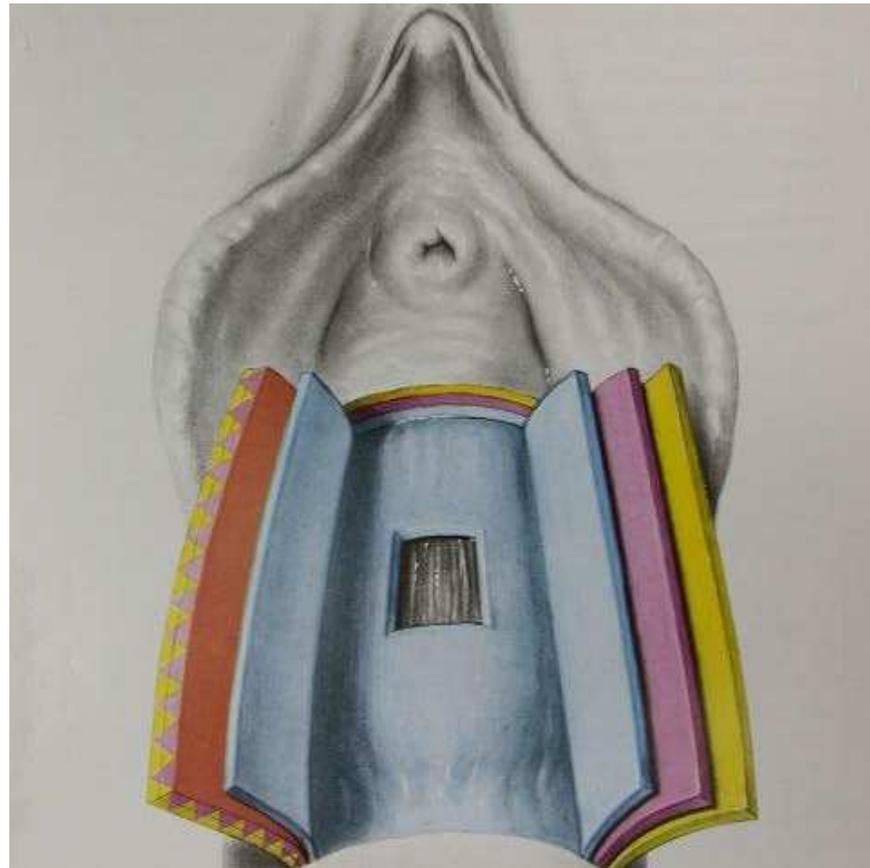
Anatomische Vorabklärungen



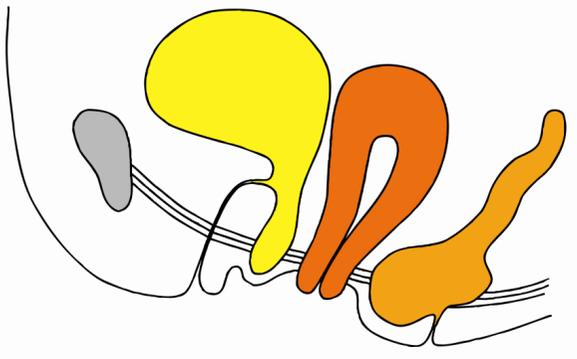
Vaginal: „Raffungen“, Kolporrhaphien, Diaphragmaplastik



Raffungsoperationen: schichtweise



Raffungsoperationen: mit Eigengewebe, „Lücke wird verschlossen“ wie Bsp. bei Leistenbrüchen



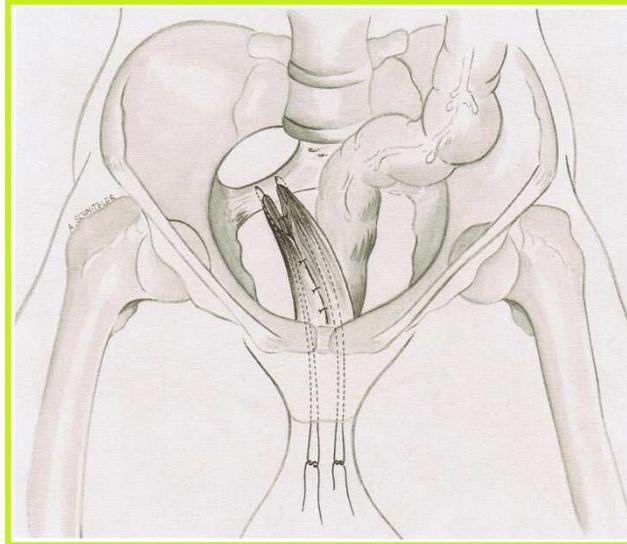
Vaginalprolaps

Complete vaginal vault prolapse

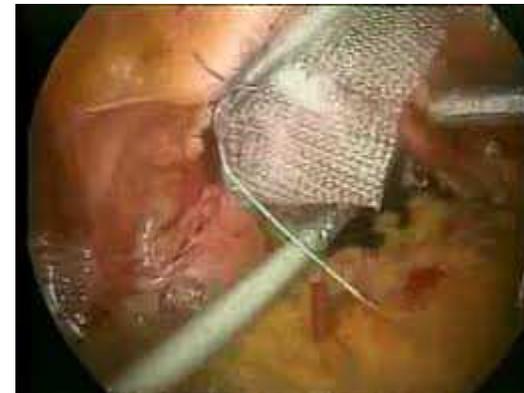


UpToDate

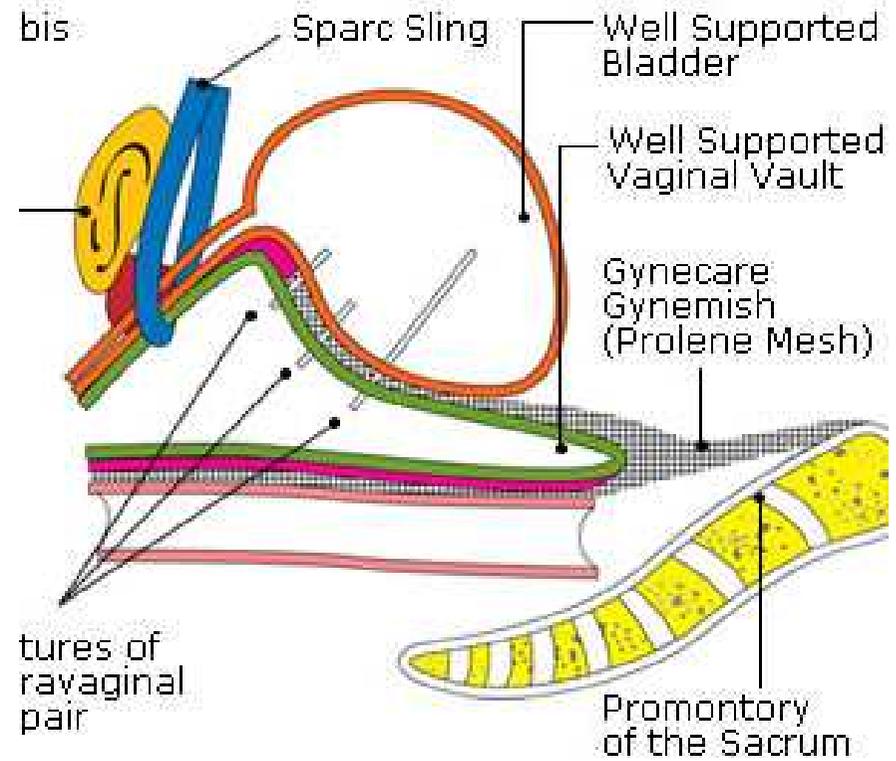
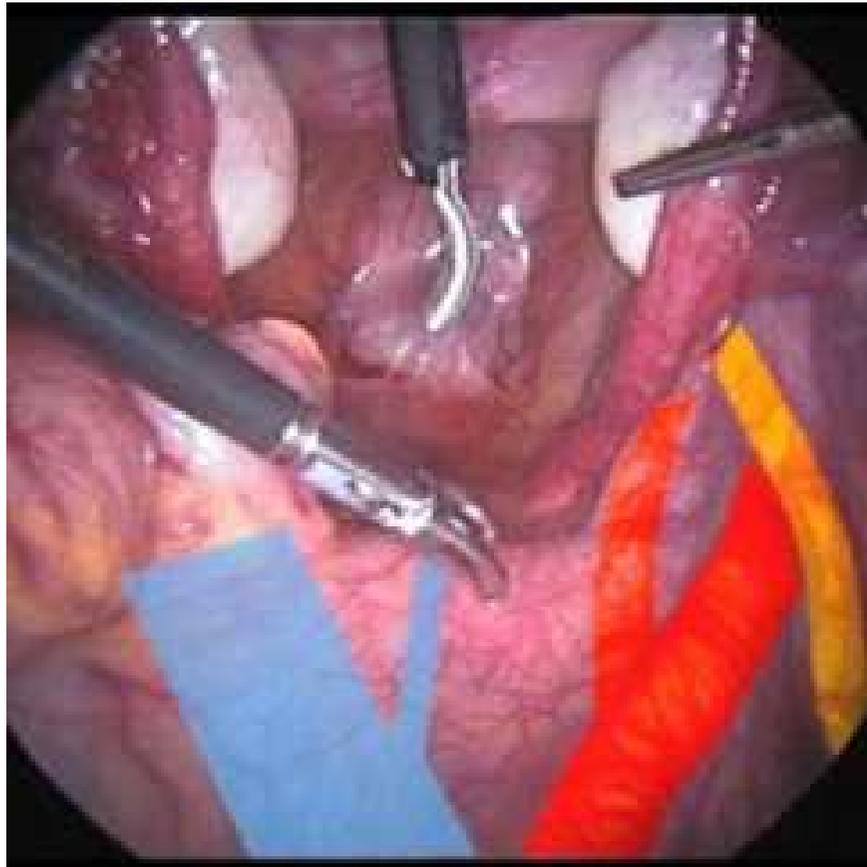
Fixation apikal: von vaginal oder



von abdominal mit Netz

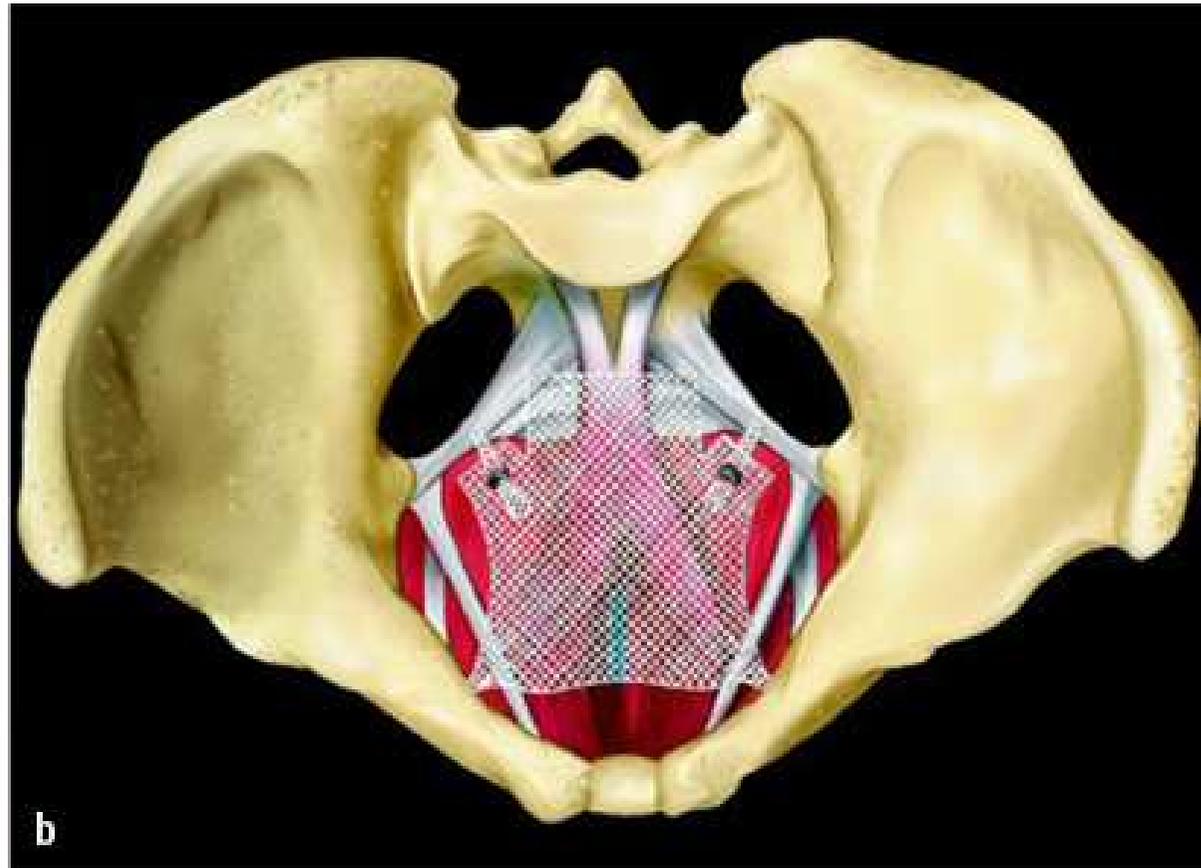


Sakrokolpopexie



18 Ramin Mirhashemi, MD, www.gynla.com

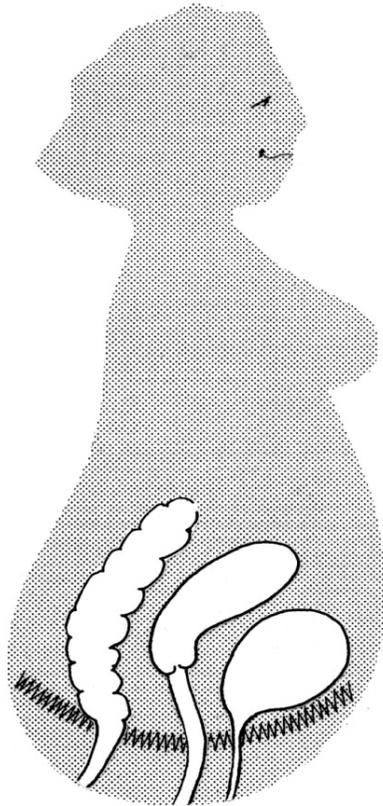
Fremdmaterial: Netze, Mesh Polypropylen, nicht resorbierbar



Indikationen für Netze

- Ungenügendes oder nicht vorhandenes Eigengewebe
- Poröse Netze bewirken Einsprossung von Bindegewebe/Gefässen
- Am häufigsten eingesetzt: Polypropylenetze: makroporös, nicht resorbierbar
- Rezidive
- Subjektive Einschätzung des Operateurs: weiches, rissfreudiges Gewebe
- Adipositas, chron.Husten
- Prolaps
- Heilungsraten bei der anterioren Raffung: 42 bis 100%

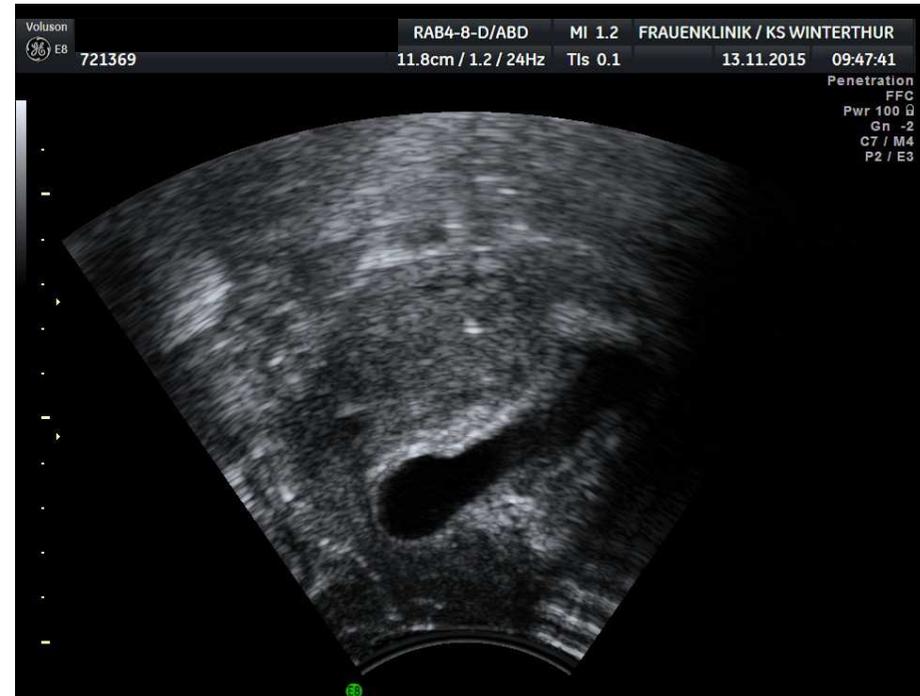
Ziel der Operationen



- Möglichst (lange) keine Rezidive
- Normale Funktion: urinkontinent, normale Miktion, keine rezidivierenden HWI, normaler Stuhlgang, gute Sexualfunktion, keine Dyspareunie
- Gute Lebensqualität

Prävention in der Urogynäkologie: der Beckenbodencheck

- Junge Frauen informieren, beraten
- Kontrolle des Beckenbodens während der SS, nach der Geburt
- Physiotherapie des Beckenboden
- Pessare
- Beckenboden-Ultraschall: 3/4 D



Herzlichen Dank – Fragen?



verena.geissbuehler@ksw.ch