

Abstracts



31. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
89. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik
und Urologie der Frau

KONGRESSPRÄSIDENTEN

Univ.-Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Evangelisches Krankenhaus Witten

PD Dr. Gert Naumann
Helios Klinikum Erfurt

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK FUNKTIONELLE UROLOGIE

Prof. Dr. Mark Goepel
Helios Klinikum Niederberg

Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke
St. Antonius-Hospital Gronau

www.kontinenzkongress.de



03	Deutsche Kontinenz Gesellschaft
06	AK Funktionelle Urologie
08	Übersicht der Abstracts
12	Abstracts Uro-Geriatrie
20	Abstracts Vernachlässigtes
29	Abstracts Deszensus
38	Abstracts Harninkontinenz in den Medien
46	Abstracts Neues zur OAB
50	Abstracts Funktionsstörungen des Beckenbodens
56	Abstracts Probleme und Lösungen
60	Abstracts Belastungsinkontinenz bei Mann und Frau
69	Abstracts Physiotherapie
71	Abstracts Aktuelles aus der Koloproktologie
72	Abstractautoren

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 und der Autoren gestattet.

Vorstand

1. VORSITZENDER

Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp
Direktor Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

2. VORSITZENDE

Prof. Dr. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen

SCHATZMEISTER

Univ.-Prof. Dr. Werner Kneist
Chefarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH
Mühlhäuser Straße 94, 99817 Eisenach

Ehrenpräsidenten

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

Ehrenmitglieder

Prof. Dr. Ingo Füsgen, Wien
Prof. Dr. Dr. h.c. Heinz Kölbl, Wien
Hofrat Prof. Dr. Helmut Madersbacher, Innsbruck
PD Dr. Michael Probst (†), Lemgo
Dr. Franz Raulf, Münster
Prof. Dr. Friedhelm Schreiter, Hamburg
Christa Thiel, Kassel
Prof. Dr. Boye Weisner, Hamburg

Expertenrat

CHIRURGIE/ KOLOPROKTOLOGIE

Dr. med. Gerd Kolbert

Chirurg, Koloproktologe, End- und Dickdarmzentrum
Hannover, Hildesheimer Straße 6, 30169 Hannover

Prof. Dr. med. Oliver Schwandner

Leitender Arzt Abteilung Proktologie
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Prüfeninger Straße 86, 93049 Regensburg

GERIATRIE

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann

Chefarzt der Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH
Pferdebachstraße 27, 58455 Witten

GYNÄKOLOGIE

Prof. Dr. med. Ursula Peschers

Bayerisches Beckenboden Zentrum
Direktorin der Klinik für Gynäkologie, Isarklinikum
Sonnenstraße 24–26, 80331 München

Prof. Dr. med. Thomas Dimpfl

Direktor der Frauenklinik, Klinikum Kassel GmbH
Mönchebergstraße 41/43, 34125 Kassel

HEIL- UND HILFSMITTELVERSORGUNG

Juliane Pohl

Leiterin Referat Homecare/Ambulante Versorgung
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

PD Dr. med. Annette Schröder, Ph. D., FEAPU

Leitung Kinderurologie
Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

NEURO-UROLOGIE

Prof. Dr. med. Jürgen Pannek

Chefarzt Neuro-Urologie
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido-A.-Zäch-Straße 1, 6207 Nottwil, Schweiz

PFLEGE

Angelika Sonnenberg

Fachkraft zur Kontinenzförderung und Pflegetrainerin
Fachkraft Palliativ Care
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH
Werthmannstraße 1, 50935 Köln

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

Prof. Dr. Birgit Schulte-Frei

Hochschule Fresenius Köln Gem. GmbH
Dekanin Fachbereich Gesundheit & Soziales
Im Mediapark 4D, 50670 Köln

PHYSIOTHERAPIE

Almut Köwing

Physiotherapeutin, Physio Pelvica Therapeutin
Tannenbogen 12, 21244 Buchholz

UROLOGIE

Prof. Dr. med. Daniela Schultz-Lampel

Direktorin der Klinik
Kontinenzentrum Südwest
Schwarzwald-Baar Klinikum
Klinikstraße 11, 78052 Villingen-Schwenningen

Prof. Dr. med. Markus Hohenfellner

Ärztlicher Direktor der Urologischen Klinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg

FÜR DIE APOTHEKEN

Thomas Wierig

Kur-Apotheke
Frankfurter Straße 28, 53572 Unkel

FÜR DEN FÖRDERKREIS

Thomas Leufgens

Leiter Produktmanagement Ethik
Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, 96045 Bamberg

FÜR DIE MEDIZINISCHE KONTINENZ- GESELLSCHAFT ÖSTERREICH

Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich, FRCS

Kooptiertes Mitglied im Beirat der MKÖ
Schwarzspanierstraße 15/3/1, 1090 Wien, Österreich

Premium Mitglieder im Förderkreis

Allergan GmbH

Stichlingstraße 1
60327 Frankfurt/Main
www.allergan.de

Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH

96045 Bamberg
www.dr-pfleger.de

PAUL HARTMANN AG

Paul-Hartmann-Straße 12
89522 Heidenheim/Brenz
www.hartmann.de

Förderkreis

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

Kyffhäuser Straße 27
01309 Dresden
www.apogepha.de

Aristo Pharma GmbH

Wallenroder Straße 8–10
13435 Berlin
www.aristo-pharma.de

Attends GmbH

Am Kronberger Hang 3
65824 Schwalbach
www.attends.de

B. Braun Melsungen AG

OPM, Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen
www.bbraun.de

Boston Scientific GmbH

Daniel-Goldbach-Straße 17-27
40880 Ratingen
www.bostonscientific.com

Coloplast Deutschland GmbH

Kuehnstraße 75
22045 Hamburg
www.coloplast.de

P.J. Dahlhausen & Co. GmbH

Emil-Hoffmann-Straße 53
50996 Köln
www.dahlhausen.de

Essity Germany GmbH

Sandhofer Straße 176
68305 Mannheim
www.essity.de, www.tena.de

Hollister Incorporated

Niederlassung Deutschland
Riesstraße 25
80992 München
www.hollister.de

Medtronic GmbH

Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch
www.medtronic.de

Recordati Pharma GmbH

Eberhard-Finckh-Straße 55
89075 Ulm
www.recordati.de

Manfred Sauer GmbH

Neurott 7-15
74931 Lobbach
www.manfred-sauer.com

Teleflex Medical GmbH

Welfenstraße 19
70736 Fellbach
www.teleflex-homecare.com

UROMED Kurt Drews KG

Meessen 7
22113 Oststeinbek
www.uromed.de

Wellspect HealthCare

An der kleinen Seite 8
65604 Elz
www.wellspect.de

AK Funktionelle Urologie

Vorstand

VORSITZENDE

Prof. Dr. med. Daniela Schultz-Lampel
Kontinenzzentrum Südwest
Schwarzwald-Baar Klinikum
Klinikstraße 11, 78052 Villingen-Schwenningen

STELLVERTRETER

Prof. Dr. med. Christian Hampel
Marienhospital Erwitte
Von-Droste-Straße 14, 59597 Erwitte

SCHRIFTFÜHRER

Prof. Dr. med. Mark Goepel
Klinikum Niederberg Velbert
Robert-Koch-Straße 2, 42549 Velbert

SCHATZMEISTER

Dr. med. Saladin Helmut Mahmud Alloussi
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21/Petersgraben 4, 4031 Basel, Schweiz

Mitglieder

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer, München
Prof. Dr. Stephan Bross, Bruchsal
Prof. Dr. Dr. Thomas Bschiepfer, Weiden
Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp, Mainz
Prof. Dr. Klaus Höfner, Dinslaken
Dr. Tanja Hüsch, Mainz
Prof. Dr. Ruth Kirschner-Herrmanns, Bonn
Dr. Gustav Kiss, Innsbruck, Österreich
Dr. Jennifer Kranz, Eschweiler
Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke, Gronau
Prof. Dr. Jürgen Pannek, Nottwil, Schweiz
PD Dr. André Reitz, Zürich, Schweiz
Dr. Michael Rutkowski, Korneuburg, Österreich
Dipl. Ing. Werner Schäfer, Pittsburgh, USA
PD Dr. Heinrich Schulte-Baukloh, Berlin
Prof. Dr. Stefan Schumacher, Abu Dhabi, VAE
PD Dr. Christoph Seif, Kiel



Save the date

13.–14. November 2020
bcc Berlin Congress Center

Deadline für
Vortragsanmeldungen:
15. April 2020

32. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft 91. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau

KONGRESSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Thomas Enzmann
Städtisches Klinikum Brandenburg

Prof. Dr. Ralf Tunn
St. Hedwig-Krankenhaus Berlin

Univ.-Prof. Dr. Martin E. Kreis
Charité Universitätsmedizin Berlin

KONGRESSORGANISATION

KelCon GmbH · Juliane Bröhl
Tauentzienstraße 1 · 10789 Berlin
Tel. +49 (0) 30 - 679 66 88 -59
E-Mail: j.broehl@kelcon.de



www.kontinenzkongress.de



	Uro-Geriatrie
Seite 12	Impulsvortrag: Die Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie. Version update 2019, Entwicklungsstufe S2e AWMF
Seite 15	Der urogeriatrische Patient: Charakterisierung über das ISAR-Screening und weitere Assessments
Seite 17	Stürze als Teil des „geriatrischen Syndroms Inkontinenz“ – eine Risikoanalyse bei 91 stationär urologischen Patienten
Seite 18	Arzneimittelassoziierte Blasenfunktionsstörungen bei Heimpatienten und geriatrischen, urologisch stationären Krankenhauspatienten – ein Zwischenbericht
Seite 19	Makrohämaturie als Leitsymptom bei geriatrischen Patienten: Welche Rolle spielen Katheter, Infekt, Blutverdünner?
	Vernachlässigtes
Seite 20	Bougierung der weiblichen Harnröhre – Wie weit können wir dilatieren?
Seite 22	283 Urethrotomien nach Otis bei relativer Harnröhrenenge und OAB-Symptomatik aus einer Serie von 1906 urodynamischen Untersuchungen
Seite 25	Beckenbodenrehabilitation post partum – eine interdisziplinäre Herausforderung und deren Unterstützung durch modulierte mittelfrequente Elektrotherapie
Seite 27	Pelvic floor muscle training (PFMT) against low anterior resection syndrome (LARS) PIPE: a randomized controlled multicenter clinical trial
Seite 28	Selbstachtung und Inkontinenz in unterschiedlichen Altersgruppen
	Deszensus
Seite 29	Prolapsoperationen in 30 Minuten? Positive Effekte der uterus-schonenden bilateralen sakrospinalen Hysterofixatio mit Splentis-Band bei Frauen mit schwergradigem Uterusprolaps
Seite 31	Transvaginale Colposuspension (TVC) zur Reparatur defekter pubovesikaler und pubourethraler bindegewebiger Aufhängungen mittels Nahtzange (ARSD-Ney)

Seite 33	4 years results of laparoscopic unilateral sacropexy with a reusable tunnelling device (RTD-Ney) using an MRI visible mesh sling for the treatment of POP
Seite 35	Pektoplexie: Eine neue Korrekturmethode des apikalen Deszensus; intraoperative Ergebnisse einer prospektiven internationalen Multicenter-Studie
Seite 36	Korrektur des anterioren/apikalen Deszensus mittels eines ankerlosen Single-Incision-Systems (SRS Implantat)
	Harninkontinenz in den Medien
Seite 38	"Blasenschwäche - Endlich wieder herzlich lachen" Prävention der Beckenbodendysfunktion der Frau bei den Bayerischen Landfrauen in Zusammenarbeit mit der Dt. Kontinenz Ges. und der AG GGUP/ZVK e.V. – eine Retrospektive
Seite 41	6 Jahre Blasenblog: Was ist daraus geworden?
Seite 42	Analyse des Twitterverhaltens zum Thema Harninkontinenz
Seite 43	Psyhyrembel war gestern – Amboß oder wie Studenten Inkontinenz lernen
Seite 44	Arbeitsgemeinschaft Beckenbodengesundheit e.V. in Bonn – erfolgreiche interdisziplinäre Arbeit vor Ort
	Neues zur OAB
Seite 46	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Schlafapnoe und überaktiver Blase?
Seite 48	Handkraftmessung nach Botulinumtoxin-Injektion in den Detrusor – gibt es eine postinterventionelle Skelettmuskelschwäche?
Seite 49	Obstipation und Überaktive Blase – gibt es einen Zusammenhang? Ergebnisse einer urodynamisch kontrollierten Studie unter den Bedingungen einer Rektumdistension

Funktionsstörungen des Beckenbodens	
Seite 50	Müssen bei lokaler Östrogenbehandlung systemische Effekte befürchtet werden?
Seite 51	Laserbehandlung bei vaginaler Atrophie – eine prospektive Fall-Kontroll-Beobachtungsstudie
Seite 52	Eignet sich die vaginale Lasertherapie bei Belastungsinkontinenz bereits für einen Einsatz in der ambulanten Praxis?
Seite 53	Punktgenaue Diagnostik und Therapie: 2,5 Jahre Erfahrung mit der MAPLe Sonde
Seite 54	„Back to sports and work“ – komplexes Training der PFM: Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen
Probleme und Lösungen	
Seite 56	Retrospektive Untersuchung der Unterschiede zweier Verfahren zur operativen Versorgung des benignen Prostatasyndroms („Transurethrale Elektroresektion der Prostata“ und „180-Watt-XPS™-Greenlight-Laserung der Prostata“): Katheterdicke und -liegedauer, Spülungsintensität und Schmerzscores in der klinischen Routine
Seite 58	Urotherapie – Möglichkeiten einer interdisziplinären Weiterbildung
Seite 59	A novel endoscopic surgery method: transurethral surgery – natural orifice transluminal endoscopic surgery (TUS-NOTES) for treatment of vesicovaginal fistula
Belastungsinkontinenz bei Mann und Frau	
Seite 60	Ergebnisse nach Einlage einer suburethralen Schlinge bei Belastungsinkontinenz in einem zertifizierten Kontinenzzentrum
Seite 61	Neuartiges adjustierbares Bandsystem zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz
Seite 63	Schlinge nach Schlinge in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz – eine Option?

Seite 65	Patientenselektion bei mittelgradiger bis schwerer männlicher Belastungsinkontinenz in Zentren mit chirurgischer Expertise
Seite 67	Advance XP: hat das Alter Einfluss auf die Ergebnisse und Komplikationen?
Physiotherapie	
Seite 69	OASIS – kann Physiotherapie helfen?
Aktuelles aus der Koloproktologie	
Seite 71	Anale Irrigation als Bedingung für die partiell intersphinkteräre TaTME – ein bemerkenswerter Fall?

Die Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie. Version update 2019, Entwicklungsstufe S2e AWMF

Klaus Becher¹, Barbara Bojack², Sigrid Ege³, Ruth Kirschner-Herrmanns⁴, Silke von der Heide⁵, Andreas Wiedemann⁶

- 1 Helios Hanseklinikum Stralsund, Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation, Stralsund, Deutschland
- 2 Ärztin für Urologie, Gießen, Deutschland
- 3 Robert-Bosch-Krankenhaus, Geriatrische Abteilung, Stuttgart, Deutschland
- 4 Universitätsklinikum Bonn, Neuro-Urologie im Chirurgischen Zentrum und Neuro-Urologie des Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e.V., Bonn, Deutschland
- 5 Promotio GmbH, Göttingen, Deutschland
- 6 Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Urologische Klinik, Witten, Deutschland

Einleitung:

Das Update der S2e Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie, eingestellt bei der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) mit seinen neu überarbeiteten Kapiteln ist für das Jahr 2019 erfolgt. Die Leitlinie wurde 2005 und 2008 publiziert und erstmals 2009 bei der AWMF eingestellt (Leitlinien-Nr. 84-001). Nach einem Update im Jahr 2014 liegt nun ein erneutes Update nach Ablauf der Gültigkeit für I/2019 vor.

Methoden:

Primäre Berücksichtigung fanden randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studien sowie bereits vorhandene Leitlinien zum Thema. Wo keine randomisierten, plazebokontrollierten Untersuchungen vorlagen oder aus methodischen Gründen prinzipiell nicht durchführbar sind, wurden auch Publikationen anderen Designs (nicht randomisierte Untersuchungen, Fallkontrollstudien) zur Leitlinienerstellung herangezogen. Die Bewertung erfolgte unter dem besonderen Blickwinkel des multimorbiden, multimedizierten, vulnerablen und von Chronifizierung sowie Autonomieverlust bedrohten geriatrischen Patienten.

Ergebnisse:

Empfehlungen zum Themenkomplex Assessment und Fragebögen zur Detektion und Quantifizierung von Harninkontinenz werden dargestellt, wie auch zum Kapitel instrumentelle Harnblasenlangzeitdrainage. Mit Ausnahme der Kapitel „operative Therapie“, sowie Unterkapitel „Duloxetin“ und „Parasympathomimetika“ wurden alle Kapitel überarbeitet. Das Kapitel „psychosomatische Aspekte“ wurde wegen der mangelnden Expertise der momentanen Mitglieder der Leitliniengruppe aus dem update 2019 entfernt.

Schlussfolgerung:

Mit dem Kapitel „instrumentelle Harnblasenlangzeitdrainage“ wurde ein neues, relevantes Kapitel eingefügt. Aufgrund der besonderen Situation bei gebrechlichen und multimorbiden älteren und hochbetagten Patienten erklären sich die andere Gewichtung der getroffenen Aussagen bzw. auch andere Schlussfolgerungen für den geriatrischen Patienten. Die vorliegende AWMF-Leitlinie ist die derzeit einzige aktualisierte Leitlinie zum Themenkomplex Harninkontinenz im deutschsprachigen Raum.

Interessenkonflikte:

Dr. Klaus Becher

- Berater- bzw. Gutachtertätigkeiten: Pfizer
- Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (advisory board): Ferring
- Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit: Pfizer
- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG e.V.); Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.); Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM e.V.); Deutsche Kontinenzgesellschaft (DKG e.V.); Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB e.V.); Gesellschaft der Internisten-MV e.V.; Bund Deutscher Internisten (BDI e.V.); International Continence Society; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Landesverband Mecklenburg-Vorpommern; Gesellschaft für Altersmedizin MV e.V.

Dr. Barbara Bojack

- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Urologie

Dr. Sigrid Ege

- Finanzielle Zuwendung für Forschungsvorhaben: Robert-Bosch-Stiftung
- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Kontinenzgesellschaft

Prof. Dr. Ruth Kirschner-Herrmanns

- Berater- bzw. Gutachtertätigkeiten: Repha GmbH
- Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit: Repha GmbH; Labore
- Finanzielle Zuwendung für Forschungsvorhaben: IPSN; MEC; ABC GmbH
- Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz): MRC; ABC Medical Care and Development in Aachen, Bonn, Cologne; ECO und Founder
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswissenschaft: ABC Medical Care and Development in Aachen, Bonn, Cologne; ECO und Founder, 100% der Geschäftsanteile
- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Deutsche Kontinenz Gesellschaft (DKG); Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU); Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG); International Consultation on Incontinence (ICI); Europäische Gesellschaft für Urologie (EAU); Amerikanische Gesellschaft für Urologie (AUA); Geriatrisch Urologische Gesellschaft (GUS); International Consultation on Incontinence Researchgroup (ICIR); European Society for Sexual Medicine (ESSM); DMGP (deutsche medizinische Gesellschaft für Paraplegie); ISCOS (international spinal chord society); DGNR (deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation); INUS (International Neuro-Urology Society)

Dr. Silke von der Heide

- Berater- bzw. Gutachtertätigkeiten: Fa. Otto Bock Orthesenentwicklung
- Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit: Fa. Abbvie-Rheumotion
- Autoren- oder Coautorenschaft: Buch: Beckenboden, B. Carriere, Verlag Thieme
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswissenschaft: Gesellschafterin und Ärztliche Leitung Promotio GmbH Göttingen
- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie von Physio Deutschland e.V.; AGUB e.V.; Beirat im Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V.; DGG e.V., Deutsche Gesellschaft für Sport und Prävention e.V.

Prof. Dr. Andreas Wiedemann

- Berater- bzw. Gutachtertätigkeiten: Dr. Pfleger; Pfizer
- Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (advisory board): Dr. Pfleger; Pfizer
- Bezahlte Vortrags- oder Schulungstätigkeit: Allergan; AMS Deutschland; Aristo; Astellas Pharma; Berlin-Chemie; Jansen; Lilly Deutschland; Medac; Dr. Pfleger; Pfizer Pharma; Pohl-Boskamp
- Finanzielle Zuwendung für Forschungsvorhaben: AMS Deutschland; Boston Scientific; Dr. Pfleger
- Indirekte Interessen – Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Urologie; Deutsche Gesellschaft für Geriatrie; NRW-Gesellschaft für Urologie; Deutsche Kontinenzgesellschaft

Der urogeriatrie Patient: Charakterisierung über das ISAR-Screening und weitere Assessments

Andreas Wiedemann¹, Jan Püttmann²

¹ Urologische Klinik, Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

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

Einleitung:

Seit 2015 ist das ISAR-Screening (Identification of Seniors at Risk, McCusker 1998) in NRW verbindlich für alle Krankenhauspatienten. Es sollten die Charakteristika dieser Patienten in einer retrospektiven Untersuchung dargestellt werden.

Methoden:

Auswertung der Kurvenblätter und der div. Assessments bei 337 über 75-jährigen Patienten (1.7.–31.12.2015).

Ergebnisse:

107 Patienten (32,7 %) waren ISAR-positiv, d. h. es bestand geriatrischer Handlungsbedarf. Die Ergebnisse hinsichtlich des Alters, der Aufnahmeart, des ISAR-Punktwertes (McCusker J, SAEM 5 (1998): 883), der Decubitusskala (Balzer A, Agentur HTA <https://portal.dimdi.de>), des Sturzrisikoassessments (Braden B, Rehabil Nurs 12 (1987): 8), des Ernährungsassessments (Kondrup J, Clin Nutrition 22 (2003): 415) und der Multimorbidität gemessen an der Anzahl der Diagnosen im DRG-Datensatz finden sich in der Tabelle 1. Bei den Diagnosen dominierten das Harnblasenkarzinom (18,2 %) gefolgt vom benignen Prostata-syndrom (15,2 %) und Harnwegsinfektionen (9,1 %) bei den ISAR-positiven Männern. Bei den ISAR-positiven Frauen waren dies nahezu ausschließlich „entzündliche“ Hauptdiagnosen wie die untere Harnwegsinfektionen (36,1 %), der Pyelonephritis (8,3 %) und Katheterkomplikationen (5,6 %).

	ISAR-pos.	ISAR-neg.	p =
mittlerer ISAR-Punktwert (0-6)	3,85	1,17	0,001
mittleres Alter	83,01	80,98	0,002
Nebendiagnosen (DRG-Satz)	16,06	11,07	0,001
Anteil Notaufnahmen	36%	20,3%	0,001
Sturzrisiko hoch	79,01%	37,03%	0,001
Punktwert Decubitusskala	16,84	21,25	0,001
Decubitusrisiko sehr hoch (0-9 Punkte)	4,09%	0,9%	0,001
Mangelernährung lt. Nutritional Risk Screening (0-7 Punkte)	2,0%	1,38%	0,001

Tabelle 1: Patientencharakteristika

Schlussfolgerung:

Urogeriatrische Patienten sind erwartungsgemäß multimorbid, decubitus- und sturzgefährdet, mangelernährt und kommen signifikant häufiger als Notaufnahmen ins Krankenhaus. Sie sind daher besonders vulnerabel und bedürfen einer schonenden, ggf. interdisziplinären Behandlung.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Astellas, Berlin-Chemie, Boston Scientific, Ipsen, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Medac, Dr. Pfleger, Pfizer, Pohl-Boskamp
- Studienfinanzierung: AMS Deutschland

Stürze als Teil des „geriatrischen Syndroms Inkontinenz“ – eine Risikoanalyse bei 91 stationär urologischen Patienten

Felix Spranger¹, Andreas Wiedemann²

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

2 Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Einleitung:

Stürze sind bei geriatrischen Patienten häufig – zu ihren Risikofaktoren gehören u. A. die OAB, Polypharmazie, Nykturie und Hyponatriämie. Erstmalig sollten bei stationär-urologischen Patienten die Sturz-Inzidenz, Sturzort und -zeitpunkt sowie Patientencharakteristika ermittelt werden.

Methoden:

Retrospektive Analyse der vom 1.1.2014 – 30.6.2016 bei allen in der Urologie des EVK Witten stationären Patienten (n = 6.101) aufgetretenen Stürze.

Ergebnisse:

Es ließen sich 91 Sturzereignisse (1,5 %, 80,2 % Männer, medianes Alter 80 Jahre im Vergleich zu 64 Jahren bei allen behandelten Patienten) elektronisch dokumentiert auffinden (28 davon mit leichten Verletzungen wie Schürf- oder Platzwunden, 1 Patient mit Schenkelhalsfraktur). 82,3 % der gestürzten Patienten wiesen im in NRW verpflichtenden Eingangsscreening (ISAR-Screening = identification of seniors at risk) einen Punktwert von ≥ 2 Punkten und damit einen „geriatrischen Handlungsbedarf“ auf. 68,1 % trugen einen Dauerkatheter, 74,3 % wiesen in der Braden-Skala ein Mobilitätsdefizit auf. Die im DRG-Datensatz hinterlegten Diagnosen bildeten mit 19,77 Diagnosen im Mittel (Entlassbrief: 8, 1) die bestehende Multimorbidität ab; eine Inkontinenz war entsprechend bei 53 (37) Patienten kodiert. 71 Patienten stürzten im Patientenzimmer, 14 im Bad, 3 im Flur (Rest: k. A.). Eine Häufung eines bestimmten Zeitpunktes im Tagesverlauf konnte nicht gesehen werden, wohl aber eine Sturzhäufung am 1. postop. Tag.

Schlussfolgerung:

Etwa jeder 80. stationär-urologische Patient stürzt während des stationären Aufenthaltes. Die durchgeführten Assessments beschreiben nach den vorliegenden Ergebnissen sehr gut die Risikokonstellation (multimorbide, mobilitätseingeschränkte, hochbetagte Patienten häufig mit Katheter und Inkontinenz), so dass hier entsprechen präventive Maßnahmen oder zumindest eine „awareness“ bei dem pflegerischen und ärztlichen Personal möglich wären.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Astellas, Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp

Arzneimittelassoziierte Blasenfunktionsstörungen bei Heimpatienten und geriatrischen, urologisch stationären Krankenhauspatienten – ein Zwischenbericht

Margret Plum¹, Andreas Wiedemann², Frank-Christian Hanke³

1 IGPIG e.V., Köln, Deutschland; 2 Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

3 IGPIG e.V., Universität Witten/Herdecke, Köln, Deutschland

Einleitung:

Es sollten die Zusammenhänge zwischen der Multimedikation und der Harnblasenfunktion mit den UAE (= Unerwünschte Arzneimittelereignisse) bei geriatrischen, vulnerablen Patienten untersucht werden. Hierzu sollten die Anzahl und Art der UAE (= Unerwünschte Arzneimittelereignisse) bei geriatrisch-urologischen Patienten erfasst und der Machbarkeit eines urogeriatrischen Arzneimittelrisikoassessments mit dem Ziel der Reduktion unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch Urologika sowie der Reduktion von unerwünschten Arzneimittelwirkungen am Harntrakt durch Nicht-Urologika überprüft werden.

Methoden:

Retrospektive UAE Detektion (Medication Review) nach WHO-/Naranjo-Assessment geriatrischer Patienten einer Altenpflegeeinrichtung und „ISAR-positiver“ (= Identification of Seniors at risk) Patienten einer Urologischen Klinik sowie eine prospektive UAE-Detektion in einer stationären Altenpflegeeinrichtung und Prä-Post-Vergleich.

Ergebnisse:

Zu Beginn der Studie nahmen 58 Altenheimbewohner teil, 19 Männer (mittleres Alter 85,1 Jahre, durchschnittlicher ISAR-Score 1,6) und 39 Frauen (mittleres Alter der Frauen 87,3 Jahre, durchschnittlicher ISAR Score 1,8), hiervon insgesamt 8 insulinpflichtige Diabetiker.

Schlussfolgerung:

Es zeigt sich, dass beinahe jeder teilnehmende Pflegeheimbewohner in sehr unterschiedlicher Ausprägung von Inkontinenz und/oder einer anderen Blasenfunktionsstörung betroffen ist. In der Gruppe der Urologika wurden einige UAE detektiert, unter anderem Obstipation, Kognitionsstörungen und Hypotonie. Für die meisten UAE waren bisher die Diuretika verantwortlich, insbesondere durch den blutdrucksenkenden Effekt. Es wurden bisher bei 10 Patienten 12 UAEs am Harntrakt gefunden, insgesamt wurden bisher 54 UAEs detektiert. Ein fassbares Ergebnis unserer Intervention war die wöchentliche Blutdruckmessung. Es zeigte sich ein über Monate viel zu niedriger Blutdruck (u.a. erhöhtes Sturzrisiko). Diuretika und Blutdrucksenker konnten bereits reduziert und abgesetzt werden, was zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Urininkontinenz führte.

Interessenkonflikte:

Prof. Dr. med. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp
- Aktien/Beteiligungen: keine
- Dr. rer. medic. Dipl. pharm. Frank Hanke: Geschäftsführer der Gesellschaft für Geriatrische Pharmazie – Gero PharmCare GmbH

Makrohämaturie als Leitsymptom bei geriatrischen Patienten: Welche Rolle spielen Katheter, Infekt, Blutverdünner?

Andreas Wiedemann¹, Lena Kueper²

1 Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

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

Einleitung:

Häufig werden in der Urologie hochbetagte Patienten mit einer Makrohämaturie aufgenommen. Unklar ist die Rolle eines einliegenden suprapubischen oder transurethralen Katheters, einer Harnwegsinfektion und der Einnahme von gerinnungsaktiven Medikamenten.

Methoden:

162 stationäre Patienten aus den Jahren 2015 und 2016 mit genuiner, nicht postoperativer Makrohämaturie als Aufnahmegrund ohne liegende Harnleiterschleife oder Nierenfistelkatheter älter als 75 Jahre wurden bzgl. demographischer Daten, Risikofaktoren, Ursachen und Interventionen retrospektiv betrachtet.

Ergebnisse:

Diese Patienten waren im Mittel 84,74 Jahre alt und besaßen einen mittleren Punktwert von 2,72 (von 6 möglichen) im geriatrischen Eingangsscreening. Bei Aufnahme lag bei 65,4 % ein Katheter ein. An Erstmaßnahmen erfolgte in 42,6 % eine Harnblasendauerspülung, in 39,5 % die Katheterneueinlage. Der Hb-Abfall betrug im Mittel 1,27 mg/dl. Der kulturelle Nachweis einer bakteriellen Zystitis war bei Katheterträgern nicht signifikant höher als bei Patienten ohne Katheter (51,7 vs. 42,6 %, $p = 0,51$). 75,3 % der Patienten nahmen gerinnungsaktive Medikamente ein, unter Cumarinen waren dabei 40,6 % untertherapiert, 28,1 % übertherapiert; 31,2 % lagen im Zielbereich. Die urologische Abklärung sicherte in 25,3 % einen Tumor von Harnblase, Harnleiter oder Prostata.

Schlussfolgerung:

Eine Makrohämaturie tritt bei geriatrischen Patienten sowohl mit als auch ohne Katheter, bakteriologisch nachweisbare Infektion und Blutverdünnung auf. Dabei war unter einer oralen Antikoagulation mit Cumarinen nicht die Überdosierung führend. Die urologische Abklärung erbrachte in rund einem Viertel der Patienten einen Malignomnachweis und sollte daher auch bei liegendem Katheter oder der Einnahme gerinnungsaktiver Medikamente als „offensichtliche“ Blutungsursache nicht vernachlässigt werden, sofern der Patient nicht moribund ist.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Astellas, Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp
- Aktien, Beteiligungen: keine
- L. Kueper: keine

Bougierung der weiblichen Harnröhre – Wie weit können wir dilatieren?

Miklos Szakacs, Christian Göpel

Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die primäre Harnröhrenstenose ist eine relativ seltene klinische Entität. In ca. 2,7-8% ist diese für Symptome des unteren Harntrakts verantwortlich. Diese Symptome sind vor allem Harndrang, Restharn sowie rezidivierenden Harnwegsinfektionen. Die Therapie der Wahl bei Harnröhrenstenose ist die Urethra-Bougierung. Trotz der langen Geschichte der Methode ist immer noch unklar, wie weit die Harnröhre dilatiert werden sollte, um die Restharmenge zu reduzieren.

Methoden:

Fallvorstellung: Eine 79-jährige Patientin stellte sich in der Sprechstunde mit Harndrangbeschwerden (12-15 x Miktionen tagsüber, 3 x nachts) und mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen vor. Bei der klinischen Untersuchung wurde eine Lageveränderung der inneren Geschlechtsorgane ausgeschlossen. Wir haben 150 ml Restharn und eine deutliche Verengung des mittleren Bereiches der Harnröhre festgestellt. Es lag keine Voroperation vor. Bei der Patientin wurde eine Urethra-Bougierung mit Hegar-Stiften von Hegar 3 (Ch 9) bis Hegar 13 (Ch 39) durchgeführt (Abbildung 1).



Abbildung 1: Urethra-Bougierung

Ergebnisse:

Bei den postoperativen Kontrollen in 4 Wochen und in 6 Monaten berichtete die Patientin über Wohlbefinden ohne Harndrang. Sie war sowohl restharnfrei als auch kontinent.

Schlussfolgerung:

Die relativ niedrige Erfolgsrate der Urethra-Bougierung (ca. 50%) könnte mit Benutzung von größeren Dilatatoren (z.B. Hegar-Stifte) sowie mit sanftem Drücken nach unten erhöht werden.

Literatur:

1. Gunnemann A, Liedl B, Palma PC, Yoshimura Y, Muctar S. Female urethral obstruction and bladder neck stenosis - fact or myth - how to proceed. *Aktuelle Urol.* 2015;46(5):382-7.
2. Osman NI, Mangera A, Chappie CR. A systematic review of surgical techniques used in the treatment of female urethral stricture. *Eur Urol.* 2013;64:965-73.
3. Osman NI, Chapple CR. Contemporary surgical management of female urethral stricture disease. *Curr Opin Urol.* 2015;25:341-5.

283 Urethrotomien nach Otis bei relativer Harnröhrenenge und OAB-Symptomatik aus einer Serie von 1906 urodynamischen Untersuchungen

Gerd Mohnfeld

Ev. Kliniken, Gelsenkirchen, Deutschland

Einleitung:

Auf dem Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft 2018 in Stuttgart wurden die Ergebnisse von 440 externen Meatotomien mit einer Heilungsrate von über 70 % vorgestellt. Dieser minimalen operativen Therapie entspricht der Pathophysiologie, dass auch bei der Frau eine infravesikale Obstruktion einen relevanten Anteil der OAB-Symptomatik verursacht. Nach der ICS-Definition von 2002 ist die OAB eine Ausschlussdiagnose. Dazu wird auch der Ausschluss einer infravesikalen Obstruktion erwähnt, die im klinischen Alltag aber meist nicht diagnostiziert wird. Die relative Enge des Meatus externus ist die häufigste Form der Obstruktion, die gezielt mit einer Kalibrierung mit bougie à boule gefunden wird. Weitere Formen einer Obstruktion sind eine narbige, starre Urethra (postoperativ oder nach Radiatio), die interne Harnröhrenenge (unbekannter Ursache) und der erhöhte Urethraverschlussdruck (UVD >70-120 cm H₂O). Der erhöhte UVD verursacht eine funktionelle Obstruktion. Die Urethrotomie nach Otis ist für diese Befunde die Methode der Wahl, da nicht der Meatus externus, sondern die gesamte Urethra betroffen ist. Aus einer Serie von 1906 vollständigen urodynamischen Untersuchungen wurden 283 Urethrotomien nach Otis durchgeführt. Die hohe Erfolgsrate belegt, wie auch die Ergebnisse der externen Meatotomie, dass ein relevanter Anteil der OAB-Symptomatik bei der Frau durch eine infravesikale Obstruktion verursacht wird und zu einer zunehmenden Trabekulierung führt. Diese kann mit der Urethrotomie einfach behandelt werden.

Methoden:

Bei 1906 Patientinnen in der Uro-Gyn-Sprechstunde von Dez. 1999 – Jan. 2009 wurden mit vollständiger Urodynamik, einschließlich der Urethronometrie, der Harnröhrenkalibrierung mit bougie à boule und minutiöser lokaler Inspektion und Palpation die narbige Urethra (postoperativ, Radiatio) eine interne Urethraenge (unbekannter Ätiologie, Atrophie) und erhöhtem UVD >70-120 cm H₂O die Obstruktion diagnostiziert.

Angepasst an die individuellen Befunde erfolgte die Operation in Lokalanästhesie, geringer Analgesiedierung und mit einer Weite von 30-34 Charrière des Otis-Instruments. Mit Berücksichtigung der Verletzungsgefahr und der anatomischen, topografischen und embryologischen Strukturen der weiblichen Harnröhre wurde die Urethrotomie nicht auf 12 Uhr, sondern auf 6 Uhr durchgeführt. Für 24 Stunden wurde ein großlumiger Dauerkatheter gelegt und nach Kontrolle der restharnfreien Entleerung entfernt. Intra- oder postoperative Komplikationen wurden nicht festgestellt oder gemeldet (Blutung, Fistel, de novo Inkontinenz etc.). Der Therapieerfolg wurde nach Angaben der Patientinnen bei der Nachuntersuchung registriert und bei 50 % Besserung mit gut und mehr als 50 % mit sehr gut bewertet, nach Angaben der Patientinnen. Die Empfehlung zur Nachuntersuchung 6-8 Wochen nach vollständiger Abheilung wurde nur unregelmäßig befolgt. Die Dauer des Therapieerfolges konnte somit nicht systematisch erfasst werden. Die meisten Nachuntersuchungen erfolgten nach zwei Monaten, aber auch nach mehreren Jahren, wenn die Patientinnen zu weiteren Therapieoptionen (TVT, Descensus-OP, etc.) eingewiesen wurden. Die Urethrotomie erfolgte immer vor jeder anderen Therapie, die sich aus der gesamten Diagnostik ergab. Somit konnte die kausale Wirkung dieser Methode bewertet werden.

Ergebnisse:

Von 283 Urethrotomien nach Otis konnten 148 Nachuntersuchungen dokumentiert werden. Davon wurden 69 (47 %) mit sehr gut und 68 (46 %) mit gut bewertet und ohne Besserung 11 (7 %). Zusätzlich wurden vier Untergruppen ausgewertet:

- erhöhter UVD gesamt n:59, davon 26 dokumentiert und 12 (46 %) sehr gut und 11 (42 %) mit gut und 3 (12 %) ohne Besserung.
- narbige Urethra gesamt, n:53, davon 33 Nachuntersuchungen, mit sehr gut 16(48 %), mit gut 14 (42 %) und ohne Erfolg 3 (9 %).
- Urge-Inkontinenz motorisch, n:48, davon 25 mit Nachuntersuchung, mit sehr gut 12 (48 %) und gut 8 (32 %), ohne Erfolg 5 (20 %)
- Urge-Inkontinenz sensorisch, n:43, davon 20 mit Nachuntersuchung, mit sehr gut 12 (60 %), und 8 (40 %) mit gut, und kein Misserfolg verzeichnet

Im Überblick zu verschiedenen Relationen von zahlreichen Einzelbefunden (Trabekulierung, Drangsymptomatik, Dauer der Symptomatik, Ausmaß der Symptome und Ausmaß der Trabekulierung) lässt sich eine Ätiologie ableiten: Die infravesikale Obstruktion führt zur OAB-Symptomatik und Trabekulierung, wobei die Parameter tendenziell und synchron mit der Dauer des Leidens zunehmen.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse der Meatotomie nach Otis zeigen eine ebenso hohe Rate einer guten und sehr guten Wirksamkeit im Vergleich zu den Ergebnissen der externen Meatotomie. Die Methode nach Otis wird wesentlich kritischer bewertet, da Fisteln und Inkontinenz als Komplikation auftreten können. Die Urethrotomie nach Otis ist ohne abschließende Bewertung jahrzehntelang kontrovers diskutiert worden. Die Verletzungsgefahr der weiblichen Urethra, insbesondere im Bereich des Blasenhalsses, ist offensichtlich größer als bei der männlichen Urethra, die ja in diesem Bereich vom festen Gewebekblock der Prostata umgeben ist. Die Klinge, die 2 mm über das Otis-Instrument herausragt, wird auf der Position 12 Uhr bei der männlichen Urethra durchgezogen. In der cranialen Blasenhalssregion findet sich bei der Frau kein ausreichendes Stützgewebe bei zu tiefem Schnitt, sondern Nervenleitbahnen und zarte Gefäßkomplexe. Deswegen haben wir in Kenntnis der anatomischen und embryologischen Vorgaben den Schnitt in der Position 6 Uhr durchgeführt, ohne Gefährdung der kritischen cranialen Strukturen. Außerdem hat die Urethra dorsal feste und stützende Verbindungen zur fascia vaginalis. Entsprechend der embryologischen Entwicklung ist auch dorsal die Verletzungsgefahr für den externen Sphinkter am geringsten. Die Berücksichtigung dieser geweblichen Gegebenheiten mögen auch dazu beigetragen haben, dass wir keine Komplikationen durch Fisteln, de novo Inkontinenzen oder Blutungen registrieren mussten, auch wenn Narben, Atrophie, Strahlenfolgen oder topografische Verlagerungen bestanden. Mit diesen Befunden rückt eine Kernfrage zur OAB-Symptomatik in den Fokus der Pathophysiologie. Die infravesikale Obstruktion bei der Frau führt zu Symptomen, die der Bladder Outlet Obstruction (BOO) beim Mann durch die benigne Prostatahypertrophie entsprechen.

Die infravesikale Obstruktion der weiblichen Harnröhre ist häufig Ursache für die OAB-Symptomatik. Die Diagnose der Obstruktion wird im klinischen Alltag häufig unter der OAB-Diagnose kaschiert, da der Ausschluss einer infravesikalen Obstruktion durch die simple Harnröhrenkallibrierung mit bougie à boule nicht erfolgt.

Mit den Ergebnissen dieser umfangreichen klinischen Untersuchungen wird die infravesikale Obstruktion als bedeutender Pathomechanismus für die OAB-Symptomatik genannt. In der Uro-Gyn-Sprechstunde beklagen 70 % der Patientinnen eine OAB-Symptomatik und davon werden ca. 30 % (je nach Patientinnenkollektiv) durch eine Harnröhrenenge, extern oder intern, verursacht. Dieser Sachverhalt sollte im klinischen Alltag regelmäßig beachtet werden. Die simple Diagnose und Therapie mit einem minimalen operativen Eingriff ohne bemerkenswerte Nebenwirkungen ist erfolgreich und kann langwierige, teure und risikoreiche Algorithmen der OAB-Therapie vermeiden.

Diese umfassenden klinischen Befunde sollten von zertifizierten Zentren bestätigt werden, damit eine wirksame, aber vergessene Methode wieder den gebührenden Rang im Therapiealltag gewinnt.

Literatur:

1. Mohnfeld G. Die externe Meatotomie Eine vergessene Methode zur Behandlung von relativer Harnröhrenenge und OAB-Symptomatik. *Frauenarzt*. 2019;60(4):226-30.
2. Worth PHL. Urethrotomy. In: Stanton SL, Tanagho EA, editor. *Surgery of Female Incontinence*. Springer; 1980. p. 145-51.
3. Thüroff JW, et al. Meatotomie, Urethrotomie. In: Petri E, Kölbl H, Hrsg. *Gynäkologisch Urologie*. Thieme; 2013. S. 195.
4. Kessler R, Constantinou CE. Internal urethrotomy in girls and its impact on the urethral intrinsic and extrinsic continence mechanisms. *J Urol*. 1986 Dec;136(6):1248-53.
5. Wahren J, Seifert K. *Atlas des Weiblichen Beckens*. Band II. IW Verlag; 2000.
6. Fritsch H, Lienemann A, Brenner E, Ludwikowski B. Clinical anatomy of the pelvic floor. *Adv Anat Embryol Cell Biol*. 2004; 175:III-IX, 1-64.
7. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC. Bladder outlet obstruction in women: definition and characteristics. *NeuroUrol Urodyn*. 2000;19(3):213-20.
8. Eastwood DM, Goldman M, Farrar DJ. Urethral overdistention in females with lower urinary tract symptoms. *J R Soc Med*. 1984 Aug;77(8):639-42.

Beckenbodenrehabilitation post partum – eine interdisziplinäre Herausforderung und deren Unterstützung durch modulierte mittelfrequente Elektrotherapie

Armin Fischer, Christine Riechmann

Klinikum Werra-Meißner GmbH, Eschwege, Deutschland

Einleitung:

Der Beckenboden in seiner Funktion als Stütz- und Haltestruktur während des gesamten Lebens der Frau einerseits und in seiner Funktion als Anteil des Geburtskanals andererseits, rückt ihn in den Fokus der Interdisziplinarität von unterschiedlichen Berufsgruppen, die sich mit dessen Funktion und Störung auseinandersetzen. Im Rahmen der Beckenbodenrehabilitation postpartal kann die modulierte mittelfrequente Elektrotherapie eine gute Unterstützung bieten. Die Effizienz der Methode wird hier beleuchtet.

Methoden:

Aus der Beckenbodensprechstunde rekrutierte Frauen zwischen 35 und 85 Jahren wurden mit moduliert-mittelfrequenter Elektrotherapie bei struktureller und funktioneller Insuffizienz der Beckenbodenmuskulatur behandelt. 18 Einheiten (2/Woche) über 10 Wochen umfasste das initiale Training. Vor und nach der Behandlung wurde eine palp. Evaluation des Beckenbodens in Anlehnung an das PERFECT-Schema von Laylock und nach dem Oxford-Grading vorgenommen, kombiniert mit einem Fragebogen mit visuellem Analogscore. Der Mittelwert der Geburten lag bei 1,65, nur 4 hatten ausschließlich Schnittentbindungen. Das Gerätetraining wurde mit einem Amplitrain pro-Gerät (Amplitrain) bzw. dem Stimawell-EMS-Gerät der Firma Schwa-Medico durchgeführt, beides Ganz-Körper-EMS-Geräte mit modulierter Mittelfrequenz.

Ergebnisse:

Das Training ist auch am vorgeschädigten Beckenboden sehr effektiv. Zunahmen der Muskelmasse lagen palp. bei 20-30%, besonders gut sprach die kraniale Levatorikante auf die Behandlung an und verbesserte so die Tragfähigkeit des Beckenbodens, auch für z.B. Pessare. Das Grading nahm um bis zu 1,75 Punkte auf der Oxford-Skala zu. Der VAS-Wert für die subj. Verbesserung lag bei 6,8 Punkten auf der Skala, für die Lebensqualität sogar bei 7,12. 75% aller Bewertungen lagen über 6.

Schlussfolgerung:

Das Beckenbodensystem aus Muskulatur und Bindegewebe als Stabilisator der Eingeweide und „Motor“ für die Funktion der Beckenorgane bedarf einer intensiven Betreuung, vor allem in Phasen kritischer Belastung (Schwangerschaft, Geburt, postpartal und periklimakterisch). Muskuläres Defizit lässt sich nicht (immer) allein durch konventionelle Physiotherapie und entsprechende Verhaltensadaptation kompensieren. Die bislang etablierte niederfrequente Behandlung stößt bisweilen vor allem bei ausgeprägtem Deszensus an ihre Grenzen. Daher ist die Erweiterung des therapeutischen Spektrums um die modulierte Mittelfrequenz begrüßenswert, es zeigt sich aber, wie wichtig die Verzahnung interdisziplinärer Bemühungen um die weibliche Beckenbodengesundheit gefordert ist, will man helfen, den Frauen eine gute Lebensqualität zu erhalten/wiederzuerlangen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Geburtshelfern, Urogynäkologen und Kollegen aus den benachbarten Bereichen, Physio- und Elektrotherapeuten (u.a.) ist unbedingt geboten, will man eine gute Beckenbodengesundheit in der Bevölkerung flächendeckend erzielen. Die mod.-mittelfr. Elektrotherapie kann hierzu einen wertvollen Beitrag leisten.

Literatur:

1. Fischer A. Elektrotherapie des Beckenbodens. Frauenarzt. 2016;57(12):1136-1144

Pelvic floor muscle training (PFMT) against low anterior resection syndrome (LARS) PIPE: a randomized controlled multicenter clinical trial

Jonas Schiemer¹, Kai Kronfeld², Julia Wosniok², Hauke Lang¹, Almut Köwing³, Werner Kneist¹

1 AVTC UMM Mainz, Mainz, Deutschland

2 IZKS UMM Mainz, Mainz, Deutschland

3 Buchholz, Deutschland

Introduction:

Low anterior resection for rectal cancer frequently results in severe bowel dysfunction known as Low anterior resection syndrome (LARS). Pelvic floor muscle training (PFMT) is a potential treatment option to improve patient's functional outcome and quality of life (QoL). Since there are no previous studies available, we designed a randomized controlled study to assess the effects of PFMT by LARS and QoL questionnaires.

Method:

PIPE is a prospective two-arm randomized controlled multicenter clinical trial comparing the functional outcome and quality of life in rectal cancer patients after total mesorectal excision (TME) and stoma closure with and without PFMT using the German evaluated versions of the LARS score and the EORTC QLQ-C30 QoL score (European Organization for Research and Treatment of Cancer, QoL Questionnaire). After stoma closure baseline evaluation with LARS and QLQ-C30 scores will be performed. The special physiotherapeutic intervention takes 12 weeks per patient, consisting of about 20 minutes PFMT per week. Follow-up period is 6 months per patient in total. Data collection after commencement of PFMT is after 6, 12, 18 and 24 weeks. With an assumed effect size of 0.5 and drop-out rate of 10%, a total of 142 patients will be necessary. Primary endpoint is absolute change to baseline in LARS score 12 weeks after commencement of PFMT. Secondary endpoints are absolute changes to baselines in LARS score 6, 18 and 24 weeks and in QLQ-C30 score 6, 12, 18 and 24 weeks after initiation of PFMT. For assessment of safety adverse events are acquired.

Results:

The PIPE study will be performed according to The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use and good clinical practice and the principles of the Declaration of Helsinki in its latest version. It is approved by the ethics committee of the State Chamber of Medicine Rhineland Palatinate, Germany with the number 837.270.17 (11104) of the University Medicine of the Johannes Gutenberg-University Mainz, Germany. The trial is registered at DRKS (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00012932) and accredited by Study-Box. Several centers are currently willing to participate. However, funding is remaining.

Conclusion:

LARS is common and affects patient's QoL, but PFMT is no validated treatment option. Improving functional outcome and QoL of rectal cancer survivors is essential. Adequate assessment may be carried on the basis of the LARS and QLQ-C30 scores. The PIPE study will firstly evaluate PFMT against LARS in a randomized controlled multicenter approach.

Selbstachtung und Inkontinenz in unterschiedlichen Altersgruppen

Katharina Oleksiw¹, Wilfried Schlüter²

¹ FH Kaernten, Feldkirchen, Österreich

² Westsächsische Hochschule Zwickau, Zwickau, Deutschland

Einleitung:

Das Thema Selbstachtung und Inkontinenz hat in den letzten Jahren in der Zusammenarbeit Betroffener und professionell Tätiger mehr an Bedeutung gewonnen. Selbstachtung ist die Achtung, die eine Person von sich selbst hat. Selbstachtung steht im direkten Zusammenhang mit dem bisherigen Leben und sozialen Status, den sozialen Kontakten, Erfahrungen sowie positiven oder negativen Reaktionen darauf. Die Akzeptanz und die entwickelten Strategien zur Bewältigung der Inkontinenz im Alltag legen die Vermutung nahe, dass die Selbstachtung das eigene Wohlbefinden sowie die damit verbundene Lebensqualität im Alltag möglich macht. Eine wichtige Aufgabe beruflich Handelnder ist daher, prospektiv im Sinne einer Stärkung der Selbstachtung rechtzeitig die Kompetenzen sowie Selbsthilfepotenziale Betroffener zu stärken. Hierbei müssen sowohl kulturelle, individuelle, bedürfnisorientierte als auch evidenzbasierte Aspekte berücksichtigt werden. Gezielte Informationen, professionelle Beratung und angepasste Hilfs- und Lösungsmöglichkeiten könnten zur Bewältigung des Alltags und zur Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

Methode:

Literaturrecherche, Evaluierung von internationalen Studien

Ergebnisse:

Wissenszuwachs durch die themenspezifische Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten der Selbstachtung und Inkontinenz; Veränderung von mentalen Modellen bezüglich Inkontinenz; Handlungsempfehlungen für die Praxis.

Schlussfolgerung:

Verbesserung der Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Menschen mit einer Inkontinenz, deren Selbstachtung gestärkt werden sollte; Professionalisierung der Aufklärung und Beratung von Betroffenen, Angehörigen und von professionell Tätigen im Gesundheits- und Pflegebereich; Stärkung der Selbsthilfepotenziale Betroffener.

Literatur:

1. Fischer N, Church P, Lyons J, McPherson AC. A qualitative exploration of the experiences of children with spina bifida and their parents around incontinence and social participation. *Child Care Health Dev.* 2015 Nov;41(6):954-62. DOI: 10.1111/cch.12257
2. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary Incontinence and Psychosocial Factors Associated With Intimate Relationship Satisfaction Among Midlife Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017 Jul-Aug;46(4):555-566. DOI: 10.1016/j.jogn.2017
3. Schlüter W, Oleksiw K, et al. Würde und Inkontinenz, Bestimmung von Faktoren für eine würdevolle Inkontinenzversorgung von Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen. 2010.

Prolapsoperationen in 30 Minuten? Positive Effekte der uteruserhaltenden bilateralen sakrospinalen Hysterofixatio mit Splentis-Band bei Frauen mit schwergradigem Uterusprolaps

Gert Naumann, Sebastian Schröder, Clara Börner

Helios Klinikum, Erfurt, Deutschland

Einleitung:

Frauen mit ausgeprägten Genitalsenkungszuständen in der zweiten Lebenshälfte profitieren von einer effektiven und sicheren operativen Therapie. Ein vaginaler Zugang unter Nutzung von nur minimalem Fremdkörpermaterial und Uteruserhalt sowie Operationszeiten unter 30 Minuten ermöglichen in den meisten Fällen hoch zufriedenstellende Erfolge für die betroffenen Frauen. Bei einer Vielzahl an möglichen Operationsvarianten scheint der vaginale Zugangsweg mit apikaler Fixierung der Cervix/Uterus durch Verstärkung der körpereigenen Bandstrukturen des Sakrouterinligamentes mit schmalen Netzstreifen Splentis® ein hocheffektives und sicheres Sanierungsverfahren zu sein.

Die vorliegende prospektive Untersuchung ermittelt die Veränderungen der Symptomatik und Lebensqualität nach uteruserhaltender bilateraler Hysterofixatio mit Splentis-Band bei Frauen mit ausgeprägtem Genitalprolaps.

Methoden:

Im Zeitraum von Januar 2017 bis April 2019 wurden insgesamt 195 Frauen mit einem Uterusprolaps POP-Q ≥ 2 in diese prospektive Untersuchung eingeschlossen. Das Alter der Patientinnen betrug im Durchschnitt 67,4 (37 - 93; \pm SD 9,3). Neben einer urogynäkologischen Abklärung mit Ermittlung des POP-Q wurden Lebensqualitätsparameter durch Fragebögen wie dem validierten Dt. Beckenboden-Fragebogen und dem Visual-Analog-Score (VAS) abgefragt. Die Datensammlung erfolgte präoperativ, sowie 3 und 12 Monate postoperativ, bislang wurden 110 Patientinnen nachuntersucht.

Ergebnisse:

Die uteruserhaltende bilaterale Hysterofixatio sacrospinalis mit Splentis-Band und Kolporrhaphia anterior konnte in allen Fällen erfolgreich durchgeführt werden. Die mittlere OP-Zeit betrug 22 Minuten (min 11 min – max. 63 min, $SD \pm 10$). Es fand sich eine intraoperative Blutung über 200ml, ansonsten keinerlei Läsionen oder Infektionen. Der initiale Schmerz-VAS postoperativ nach 24 h betrug \bar{x} 0,6 ($SD \pm 0,8$). 190 Frauen (97,4%) konnten im Durchschnitt nach 3,8 Tagen mit einem Restharn unter 100ml in die Häuslichkeit entlassen werden, n=5 führten für einige Tage einen intermittierenden Selbstkatheterismus bis zur Restharnfreiheit durch. Nach 4-12 Monaten fanden sich bei allen 110 nachuntersuchten Frauen ein guter Fixationseffekt mit POP-Q ≤ 1 . Bei 3 Patientinnen zeigte sich ein kleiner Granulationspolyp im Bereich der Uterusfixationsstelle, ansonsten keinerlei Arosionen. Eine Patientin zeigte eine einseitige Hydronephrose aufgrund eines Harnleiterkinkings durch die Kolporrhaphia anterior mit Notwendigkeit einer DJ-Kathetereinlage. In 5 Fällen mit einer demaskierten Belastungsinkontinenz wurde in zweiter Sitzung eine suburethrale Schlinge eingelegt. In Analyse der Lebensqualitätsparameter zeigten sich 97% aller Frauen zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Behandlungsergebnis.

Schlussfolgerung:

Entsprechend der vorliegenden Ergebnisse nach uteruserhaltender sacrospinaler Hysterofixatio mit Splentis-Band zeigten die Patientinnen eine signifikante Verbesserung der Prolapsbeschwerden ohne schwerwiegende Nebenwirkungen oder Komplikationen. Besonders ältere Frauen profitieren von einer kurzen Operationszeit von unter 25 Minuten. Die permanente apikale Fixation des Uterus von vaginal mit minimalem alloplastischem Streifen scheint eine effektive und sichere OP-Option zu sein.

Interessenkonflikte:

Gert Naumann

Vortragshonorare für folgende Firmen: Astellas, Dr. Pfleger, Promedon, Gedeon-Richter

Transvaginale Colposuspension (TVC) zur Reparatur defekter pubovesikaler und pubourethraler bindegewebiger Aufhängungen mittels Nahtzange (ARSD-Ney)

Joerg Neymeyer, Sarah Weinberger, Sharon Brecher, Mona Alzaabi, Thorsten Schlomm

Klinik für Urologie, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die minimalinvasive Transvaginale Colposuspension (TVC; Abb1) stellt die Kontinenz durch eine bilaterale elevierende wiederherstellende Fixation des mittleren Urethrabereiches dynamisch wieder her. Mit der minimalinvasiven vaginalen Rekonstruktion der pubourethralen und pubvesikalen ligamentären Aufhängung mittels Nahtzange werden Risiken wie Netzerosion in die Urethra sowie in die Scheide, Dyspareunie und de-Novo-Symptomatik vermindert. Spontangeburt sind aufgrund der anatomischen Rekonstruktion und Netzfreiheit unter der Urethra ebenfalls nach dem Eingriff möglich.

Methode:

Sonographisch werden Läsionen der pubourethralen beziehungsweise pubovesikalen Bänder dargestellt. Die Transvaginale Colposuspension (TVC) ist eine minimalinvasive, rasch durchführbare transvaginale symmetrische Kolposuspension. Die Lernkurve beträgt etwa 10 Fälle. Transvaginal wird beidseitig mit der Nahtzange je ein dazu ein nichtresorbierbarer Faden oder ein evaluiertes MRT-visibles Tape (SlimSling™) in die pubourethrale Adventitia der ventralen Vaginalperipherie eingeführt und so die Urethra suspensierend repositioniert und fixiert. Das strickleiterartige Netz wird mittels einer am Ende befindlichen Nadel periurethral fixiert. Unter der Urethra liegt somit kein Fremdmaterial. Dieses den Blasenhalsh hebende Netzband wird unter Sicht auf der Membrana obturatoria verknüpft. Überkorrekturen konnten somit vermieden werden. Bildgebende Kontrollen erfolgen sonographisch, sono-elastographisch und optional magnetresonanztomographisch.

Ergebnisse:

97 Frauen (Alter 31-94) mit gesicherten Stressinkontinenz wurden sowohl mit konventionellem Nahtmaterial (n=69) als auch mit dem SlimSling™ (n=28) operiert. Mittlere Schnitt-Naht-Zeit betrug 20min (15 - 27min). 85 Patientinnen (87%) waren kontinent bzw. wesentlich verbessert. Bei Eingriffen mit der SlimSling™ tratt eine Erosion, mit Naht zwei Erosionen auf die operativ vaginal behoben wurden. Hingegen traten in 5 von 69 Eingriffen (7%) mit Einsatz von Ethibond-Nahtmaterial Rezidive wegen begrenzter mechanischer Verträglichkeiten des Nahtmaterials auf. Sonographisch waren in diesen Fällen Lockerungen der Fäden in das fixierte Gewebe erkennbar. Perineale, vaginale und abdominale sono-elastographische Kontrollen waren unauffällig.

Schlussfolgerung:

Die minimalinvasive rasch durchführbare TransVaginale Colposuspension (TVC) ist als primäre dynamische Inkontinenzkorrektur indiziert. Periurethrale Fixationen sind eine bekannte Technik in der Inkontinenztherapie. Die Operation wurde durch die Nutzung der Nahtzange vereinfacht und ermöglicht die sichere Nahtsetzung auf Level III. Der Einsatz von großporigem, polypropylen, einwachsendem, strickleiterartigem und stechbarem Schlingenmaterial zur anatomischen defektorientierten Rekonstruktion bei geringerer Rezidiv- und Komplikationsrate zeigte gegenüber der Naht leicht bessere Ergebnisse. Auf die Möglichkeit einer kompletten Eingriffsreversibilität bei Auftreten von Komplikationen wurde strikt geachtet. Nähte waren hierbei unproblematisch zu entfernen. Die Resultate entsprechen klassischen Kolposuspensionen nach Burch.

Interessenkonflikte:

Erfinder der Nahtzange Dr. Joerg Neymeyer; Patent der Nahtzange liegt bei der Charité und Serag-Wiessner.

4 years results of laparoscopic unilateral sacropexy with a reusable tunnelling device (RTD-Ney) using an MRI visible mesh sling for the treatment of POP

Joerg Neymeyer, Berinice Weichert, Diana Moldovan, Sarah Weinberger, Thorsten Schlomm

Klinik für Urologie, Berlin, Deutschland

Introduction:

Surgical treatment for pelvic organ prolapse (POP) underwent significant changes in recent years. The traditional vaginal hysterectomy does not address the underlying pathophysiology of poor connective tissue support, which may result in a higher incidence of recurrence. Vaginal meshes that were used extensively were simplified to mesh kits and following the FDA warnings regarding their safety, they have been widely abandoned. A change in practice patterns among urogynecologists has been noted reviving the use of sacropexy.

Abdominal sacropexy is considered the "gold standard" in POP surgery. It is associated with high success rates of over 90% with low recurrence rates. The laparoscopic sacropexy seems to achieve similar success rates in addition to having advantages of less blood loss, reduced morbidity, and shorter hospital stay.

Nevertheless, complications such as new onset bowel, voiding, and sexual dysfunction, de-novo stress incontinence, obstructed defecation syndrome and mesh erosion after sacropexy have been reported and may have a negative effect on patient's satisfaction.

One of the greatest technical challenges in performing this procedure is creating a sub-peritoneum tunnel for the mesh. Optimizing the procedure in order to obtain better anatomic reconstruction and choosing the material according to its biomechanical characteristics are a challenge that surgeons are faced with in an attempt to minimize mesh-related complications.

Method:

From 02/2014 until 05/2019 we used a novel technique to perform laparoscopic sacropexy for women with POP using a reusable helical tunnelling device and an MRI visible narrow, macroporous monofilament mesh sling with a needle at the end.

Results:

117 women were assessed at a mean follow-up of 4.1 (range, 0.2–0.9) years after laparoscopic sacrocolpopexy, 87% (102/117) of whom considered themselves to be cured or improved, and none had required reoperation. On clinical examination, prolapse recurrence in the apical compartment was not diagnosed in any patient. Dyspareunia or chronic pelvic pain was not diagnosed in 1 patient. The tunneling device reduced the total operation time to 65 min (from 100 min without RTD).

Conclusion:

At an average follow-up of 4 years, laparoscopic sacrocolpopexy was highly effective for apical support. This novel procedure shows great promise in the treatment of POP. This procedure apart from having the advantages of a minimal invasive surgery, is easy to learn, easy to perform, has shorter operating time, has a minimal mesh area reducing the risk of erosion and is MRI visible. This new technique may be used for young patients wishing to preserve the uterus as well as for older patients following hysterectomy.

Competing interests:

Dr. J. Neymeyer was paid for teaching and speaking on behalf of SERAG, AMS and ETHICON. Other authors declare no financial disclosure.

Pektopexie: Eine neue Korrekturmethode des apikalen Deszensus; intraoperative Ergebnisse einer prospektiven internationalen Multicenter-Studie

Günter Noé, Michael Anapolski

KKH Dormagen, Dormagen, Deutschland

Einleitung:

Laparoskopische Sakrokolpopexie gilt als Goldstandard der apikalen Defektkorrektur. Im Rahmen dieser Operation besteht allerdings ein Blutungsrisiko aus präsakralen Gefäßen. Darüber hinaus ist auch eine Beeinträchtigung des Nervus hypogastricus möglich, wodurch ein Risiko für eine de novo Obstipation besteht. Außerdem könnte auch eine mechanische Einengung des kleinen Beckens durch das Netzimplantat zu einem erhöhten Obstipationsrisiko führen.

Pektopexie ist eine beidseitige Fixation der Zervix bzw. des Scheidenstumpfes am Lig. pectineum mit Hilfe eines Mesh-Implantats auf der Höhe von S2. Diese Methode wurde als Alternative zur Sakropexie in schwierigen Situationen entwickelt – adipöse Patientinnen, narbige Veränderungen im präsakralen Bereich; die ersten Daten wurden bereits im Rahmen einer Pilotstudie veröffentlicht.

Im Rahmen der aktuellen Studie werden intra- und unmittelbar postoperative Ergebnisse einer laparoskopischen Pektopexie dargestellt.

Methoden:

501 Patientinnen mit symptomatischem apikalem Deszensus \geq Grad II erhielten an 11 internationalen klinischen Zentren eine laparoskopische Pektopexie mittels eines Polyvinylidene-fluoride (PVDF)-Implantats. Je nach Bedarf wurden im Rahmen der durchgeführten Eingriffe auch weitere Begleitdefekte des Beckenbodens behoben (z. B. vordere Kolporrhaphie).

Ergebnisse:

Durchschnittliche Operationsdauer betrug 60 Minuten. In vier Fällen wurden Organverletzungen gemeldet, wobei keine von ihnen mit Pektopexie assoziiert war (Verletzungen bei Adhäsio-lyse oder während der Begleiteingriffe).

In einem Fall wurde eine schwere Blutung angegeben.

Die Lernkurve lag bei ca. 30 Eingriffen.

Schlussfolgerung:

Die Teilauswertung der Studie belegt, dass Pektopexie auch außerhalb des High-Volume-Referenzzentrums im klinischen Alltag durchführbar ist. Zu Langzeiteffekten und Komplikationen müssen allerdings die Follow-up-Ergebnisse der Studie abgewartet werden.

Korrektur des anterioren/apikalen Deszensus mittels eines ankerlosen Single-Incision-Systems (SRS Implantat)

Tina Cadenbach-Blome¹, Christoph Hemcke², Friedrich Pauli³, Gerald Staudenmaier⁴

1 Asklepios Klinik Altona, Hamburg, Deutschland

2 St. Josefs Hospital, Dortmund, Deutschland

3 Universitätsklinikum, Augsburg, Deutschland

4 Marienhaus Klinikum Hetzelstift, Neustadt a.d. Weinstrasse, Deutschland

Einleitung:

Levy et al. haben 2017 erste Ergebnisse mit dem ankerlosen und selbsthaltenden (Self-Retaining Support) SRS Implantat veröffentlicht [1]. Um nationale Daten über den Einsatz des neuen SRS Implantats zu sammeln, wurde eine registerbasierte Studie zur Bewertung der Gebrauchstauglichkeit initiiert.

Methoden:

In dieser prospektiven, registerbasierten Studie (DRKS 00016753) werden Patientinnen mit einer symptomatischen Zystozele eingeschlossen (\geq Grad II, ICS POP-Q-Klassifikation). Die Korrektur erfolgt mittels des SRS Implantats (Lyra Medical Ltd.), das aus einem titanisierten Netz und einem Halterahmen besteht. Insgesamt sollen die Implantationen dokumentiert und bewertet werden, die innerhalb des ersten Jahres der Anwendung durchgeführt werden. Primäres Studienziel ist die Gebrauchstauglichkeit des SRS Implantats. Sekundäre Studienziele sind die intraoperativen Komplikationen sowie die erwartete Hospitalisierungsdauer. Die Daten werden auf einem papiergebundenen Fragebogen gesammelt und in einer elektronischen Datenbank dokumentiert. Die Übertragung vom Papier zur Datenbank wird zu 100% geprüft.

Ergebnisse:

Bis zum 30.04.2019 wurden 49 Patientinnen mit einem SRS Implantat behandelt. Intraoperativ traten bei keiner der 49 Netzimplantationen Komplikationen auf. Postoperativ bildete sich bei zwei Patientinnen ein Hämatom aus. Bei elf Patientinnen wurden begleitende Eingriffe durchgeführt.

Schlussfolgerung:

Die bisher erzielten Ergebnisse der Studie deuten auf eine erfolgreiche, komplikationsarme, netzgestützte Behandlung des anterioren/apikalen Deszensus ohne aufwändige Fixierung des Implantats hin. Intraoperativ traten keine Komplikationen auf und bisher sind während des Krankenhausaufenthalts keine unerwarteten Ereignisse aufgetreten. Die teilnehmenden Ärzte werden, außerhalb der Datenerhebung für die Studie, in einem postoperativen Follow up Daten erfassen, sodass auch das anatomische Resultat dargestellt werden kann.

Interessenkonflikte:

Cadenbach-Blome

- Beratertätigkeit/ Vortragstätigkeit für pfm medical, Dahlhausen, Coloplast, Johnson und Johnson
- Tutor OP Workshop für pfm medical, Dahlhausen, FEG Textiltechnik

Hemcke

- Beratertätigkeit für pfm medical
- Tutor OP Workshop für pfm medical

Pauli

- Beratertätigkeit für pfm medical, Rudolph
- Tutor OP Workshop für pfm medical

Staudenmaier

- Beratertätigkeit für pfm medical, BARD
- Tutor OP Workshop für pfm medical, BARD

Literatur:

1. Levy G, Padoa A, Fekete Z, Bartfai G, Pajor L, Cervigni M. Self-retaining support implant: an anchorless system for the treatment of pelvic organ prolapse-2-year follow-up. Int Urogynecol J. 2018 May;29(5): 709-714. DOI: 10.1007/s00192-017-3415-3

„Blasenschwäche – Endlich wieder herzlich lachen“. Prävention der Beckenbodendysfunktion der Frau bei den Bayerischen Landfrauen in Zusammenarbeit mit der DKG und der AG GGUP/ZVK e.V. – eine Retrospektive

Christiane Rothe

Wörth, Deutschland

Einleitung:

Die Krankenkassen sind gemäß § 20 SGB zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen verpflichtet. Die Informationen im Internet sind dazu sehr inhomogen und nicht immer aktuell. Die Grundlage der Prävention der Beckenbodendysfunktion ist die Anpassungsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft der Muskulatur, die eingebunden ist in Körpererleben und motorische Fähigkeiten, dies schützt vor Funktionsverlust. Ganz besonders war dieser Schutz für eine Gruppe von Frauen zu erreichen, die aufgrund höherer Geburtenraten und durch schwerere körperliche Arbeit besonderen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Das war die Grundlage der folgenden Zusammenarbeit.

Methoden:

In der Zusammenarbeit der DKG, der AG GGUP und des Bayerischen Bauernverbandes im Jahr 2017 ist die Gesundheitsinitiative „Blasenschwäche – Endlich wieder herzlich lachen“ gestartet worden und bis in das Jahr 2018 umgesetzt worden. In der bayernweiten Aktion wurden die Möglichkeiten von Informationsveranstaltungen und Präventionsgruppen-Angeboten organisiert.

Die Abläufe der Organisation sind durch Fragebögen und Daten der Webseiten dokumentiert und die Ergebnisse der durchgeführten Präventionsmaßnahmen durch die Anfangs- und End-Evaluationsbögen (Zertifiziert durch die ZPP, Lickert Skala und offene Fragen) der teilnehmenden Landfrauen erfasst worden. So kann eine Beobachtung der landesweiten Informationskampagne und eine Auswertung der Evaluationen dargestellt werden. Dadurch ergibt sich die Erfassung von Daten für eine spezifische Zielgruppe.

Ergebnisse:

Es ist festzustellen, dass die Angebote regional sehr unterschiedlich genutzt wurden und es stellt sich die Frage welche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen benötigt werden, um so eine groß angelegte flächendeckende Initiative zukünftig noch erfolgreicher umzusetzen. Die Auswertung der Evaluationsbögen beschreibt den Prozess der Verhaltensänderung und des veränderten Gesundheitswissens als wichtigen Anteil von Prävention. Das individuelle Erleben von gezielter funktioneller Körperarbeit sowie den Alltagssituationen wie Sitzen, Stehen, Bücken, Husten, Heben und Tragen wird durch die Landfrauen bewusst wahrgenommen. Durch Information, Reflektion, Veränderung der Koordination und Kraft des Beckenbodens und seiner Synergismen und einer neuen Interpretation der Bewegungsergebnisse werden Chancen für eine Verhaltensänderung gegeben. Erst durch Reflektion und Wiederholung werden Verhaltensanpassungen in das eigene Erleben eingebunden, ein weiteres Ziel der Prävention „Beckenbodenschule“ der AG GGUP/ZVK e.V.

Schlussfolgerung:

Der salutogenetische Ansatz in der „Beckenbodenschule“ der AG GGUP zertifiziert durch die Zentrale Prüfstelle für Prävention ist ein wichtiger Beitrag in der Prävention von Beckenbodenfunktionsstörungen und unterstützt Frauen in der Erhaltung und Wiedergewinnung von Gesundheitsbewusstsein. Das hat sich auch in diesem Angebot für die bayerischen Landfrauen bewiesen. Eine besondere Chance und Herausforderung ist die Durchführung eines Präventionsangebotes im Rahmen verbandsspezifischer Strukturen.

Literatur:

1. Ashton-Miller JA, Delancey J. The Knack: use precisely-timed contraction can reduce leakage in SUI. *NeuroUrol Urodyn.* 1996;15(4):392-393.
2. Bo K, Berghmans B, Morkved S, van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Churchill Livingstone: Elsevier; 2007
3. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10: CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub4
4. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub2
5. Hay-Smith J, Herbison P, Morkved S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD003191.
6. Hung HC, Hsiao SM, Chih SY, Lin HH, Tsao JY. An alternative intervention for urinary incontinence: retraining diaphragmatic, deep abdominal and pelvic floor muscle coordinated function. *Man Ther.* 2010 Jun;15(3):273-9. DOI: 10.1016/j.math.2010.01.008
7. Madill SJ, McLean L. Relationship between abdominal and pelvic floor muscle activation and intravaginal pressure during pelvic floor muscle contractions in healthy continent women. *NeuroUrol Urodyn.* 2006;25(7):722-30.
8. Paterson J, Pinnock C, Marshall V. Pelvic floor exercises as a treatment for post-micturition dribble. *Br J Urol.* 1997;79(6):892-893
9. Shafik A, Shafik I. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol.* 2003 May;20(6):374-377.
10. Baessler K, et al, editors. Pelvic Floor Re-education. Principles and Practice. 2. Aufl. Springer; 2008. ISBN: 9781852339685
11. Sapsford R. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Man Ther.* 2004 Feb;9(1):3-12
12. Sherburn M. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. *NeuroUrol Urodyn.* 2011 Mar;30(3):17-24.
13. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Gorin AA, Macer J, Kusek JW, Grady D; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med.* 2009 Jan 29;360(5):481-90. DOI: 10.1056/NEJMoa0806375
14. Sriboonreung T, Wongtra-ngan S, Eungpinichpong W, Laopaiboon M. Effectiveness of pelvic floor muscle training in incontinent women at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai.* 2011 Jan;94(1):1-7.
15. Bayerisches Gesundheits- und Pflegeministerium. Bündnis für Prävention. Verfügbar unter: https://www.stmgp.bayern.de/ministerium/behoerden-und-gremien/#buenndnis_fuer_praevention
16. Bayerisches Gesundheits- und Pflegeministerium. Frauengesundheit. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-frauen/>
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Frauengesundheitsportal. Daten und Fakten. Verfügbar unter: <https://www.frauengesundheitsportal.de/service/daten-und-fakten>
18. Bayerischer Bauernverband. Verfügbar unter: <https://www.bayerischerbauernverband.de/>

19. Robert Koch-Institut, Hrsg. Harninkontinenz. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 39). Verfügbar unter: http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11170
20. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
21. Lisbach B, Zacharopoulos M. Gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Psychologisches Basiswissen für Physio-, Sport- und Ergotherapeuten. München: Urban und Fischer; 2007.
22. WHO. International classification of functioning, disability and health. Genf: WHO; 2001.
23. Steininger K, Buchbauer J. Funktionelles Kraftaufbau-Training in der Rehabilitation. 5. Aufl. Elsevier, Urban und Fischer; 2004.
24. Vandenboorn H, Romme K, Schellings C. Prävention in der Physiotherapie. Urban & Fischer; 2001.

6 Jahre Blasenblog: Was ist daraus geworden?

Andreas Wiedemann¹, Udo Hermann², Gert Naumann³

1 Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

2 IFEM Management- und Marketingservice eK, Simmerath, Deutschland

3 Helios Klinikum Erfurt, Erfurt, Deutschland

Einleitung:

Der ehrenamtlich von den Autoren betreute Blog „dieBlase“ sollte 5 Jahre nach einem Relaunch reevaluiert werden.

Methode:

Analyse der gestellten Fragen, der Fragenden und dem „Ranking“ des Blogs bei webbasierten Stichwort-Suchen und der sog. „click-through-rate“.

Ergebnisse:

Mittlerweile sind 108 „Teaser“ – kleine, blogadaptierte, informative Artikel zu bestimmten Themen rund um die Harninkontinenz eingestellt worden. Bei 38 Stichwörtern gelang es sogar, die Position 1 der Ergebnisanzeige bei Google zu erzielen. Dies ging einher mit einer entsprechend hohen CTR, d. h. tatsächlichem Einstieg in die Seite über die reine Anzeige hinaus. Die häufigste Zahl von Clicks bzw. Impressions absolut verzeichnete das Thema „suprapubisch oder transurethral“ mit 1344 Clicks und 21.357 Impressions, die geringste Zahl an Clicks war bei dem Thema „Anticholinergikum und Glaukom“ mit 28 Clicks und 269 Impressions vorhanden. Insgesamt ließen sich aus dem Fragenbereich des Blogs 164 Fragen analysieren (2013: 8, 2014: 23, 2015: 19, 2016: 20, 2017: 33, 2018 Januar–November: 61). Diese Fragen kreisten überwiegend um das Thema Überaktive Blase und Harninkontinenz und wurden überwiegend von Frauen gestellt (92 x weiblich, 38 x männlich, 34 x an Hand des nicknames nicht zu bestimmen).

Schlussfolgerung:

Der „Blasenblog“ ist ein ständig intensiver und häufig von Frauen in Anspruch genommenes, niederschwelliges Angebot der Information rund um das Thema „Harninkontinenz“. Durch die regelmäßig eingestellten „Teaser“ gelingt es, bei Suchanfragen in Google häufig auf die erste Seite der Google-Ergebnisse zu gelangen.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Astellas, Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp

Analyse des Twitterverhaltens zum Thema Harninkontinenz

Markus Grabbert¹, Johannes Salem², Jan-Niclas Mumm³, Ricarda Michaela Bauer³

1 Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

2 Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

3 Klinikum der Universität München (LMU), München, Deutschland

Einleitung:

Twitter ist eine erfolgreiche Plattform für den schnellen Austausch von Informationen und gewinnt zunehmend an Bedeutung für den wissenschaftlichen Austausch. Zu onkologischen Themen bestehen zahlreiche Publikationen, welche die Interaktion auf Twitter analysiert haben. Ziel unserer Arbeit war eine Analyse der Aktivität, der Nutzer sowie des Inhalts auf Twitter zu Harninkontinenz und Themen der funktionellen Urologie bzw. Urogynäkologie.

Methode:

Mithilfe von Symplur Signals (Social Media Analytics for Healthcare Insights) wurde die Aktivität auf Twitter für folgende Hashtags in den Jahren 2015-2018 analysiert: #Incontinence, #OAB, #InterstitialCystitis, #FPMRS (Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery) und #BPH resp. #UroBPH. Mit einem speziellen Algorithmus, der sämtliche Konversationen unter dem jeweiligen Hashtag analysiert und bewertet, wurden die Daten durch Symplur Signals analysiert. Es wurden zunächst die Tweets resp. Re-Tweets sowie die Anzahl der geposteten Medien und Benutzer des jeweiligen Hashtags analysiert. Weiter wurden die Influencer sowie deren Tweetverhalten analysiert. Inhaltlich erfolgte weiter eine Analyse der am häufigsten mit den Tweets verbundenen Worte bzw. weitere Hashtags und deren positive bzw. negative Bewertung.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden für die o.g. sechs Hashtags 191.383 Tweets durch 54.094 User in den Jahren 2015 bis 2018 erstellt. Die durchschnittliche Anzahl an Tweets pro User betrug 3,5. Die Rate an Re-Tweets betrug 39,2% aller Tweets. 61,7% der Tweets waren mit einem Link und 39,3% der Tweet mit Medien verknüpft. Die Influencer waren in 44,6% der Fälle Einzelpersonen aus dem Gesundheitswesen und in 36,5% der Fälle durch Organisationen aus dem Gesundheitswesen. Unter den Influencern für den Hashtag Incontinence im Jahr 2018 finden sich aber auch 7,0% Patienten. Die am häufigsten verwendeten Worte waren: OAB, Urinary, In-continance, Help, Women, Bladder, Need, Treatment, Pain, Attention. Die am häufigsten verbundenen Hashtags waren: Incontinence, InterstitialCystitis, BPH, Mesh, Lawyer, Prolapse, PelvicFloor, Bladder, WomensHealth. 63% der Tweets wurden inhaltlich als positiv, 37% der Tweets als negativ eingestuft. Für den Hashtag Inkontinenz (#Incontinence) zeigt sich eine deutliche Zunahme der Aktivität von 13.823 Tweets im Jahr 2015 auf 19.996 Tweets im Jahr 2018. Im Vergleich zum Hashtag Prostatakarzinom zeigt sich konstant eine deutlich geringere Anzahl an Tweets zum Hashtag Inkontinenz. Vergleich für das Jahr 2018: 19.996 (#Incontinence) vs. 150.119 (#ProstateCancer).

Schlussfolgerung:

Soziale Medien wie Twitter haben die Art der Kommunikation in den letzten Jahren revolutioniert und scheinen eine Chance für eine interaktive Diskussion auf wissenschaftlicher Ebene zu bieten sowie die Möglichkeit der Integration von Patienten in die Diskussion. Auch scheint Twitter eine sinnvolle Informationsquelle für Betroffene zu sein. Themen aus dem Bereich der funktionellen Urologie wie der Inkontinenz erscheinen im Vergleich zu onkologischen Themen wie dem Prostatakarzinom unterrepräsentiert.

Pschyrembel war gestern – Amboss oder wie Studenten Inkontinenz lernen

Andreas Wiedemann

Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Einleitung:

Im Studentenunterricht fiel auf, dass die Vorkenntnisse der Studierenden in puncto Inkontinenz mangelhaft sind. Deshalb sollten die entsprechenden Inhalte des bundesweit verbreiteten Online-Portals „Amboss“ überprüft werden.

Methode:

Das Modul „Harninkontinenz“ mit den entsprechenden Verlinkungen wurde mit der ICS-Terminologie und aktuellem Lehrbuchwissen abgeglichen.

Ergebnisse:

Das Online-Portal „Amboss“ der Firma miamed enthält Faktenwissen und ist modular aufgebaut (<https://www.amboss.com/de/studierende>, Zugriff 10.09.2018). Seit 2012 auf dem Markt wird das Nachschlagewerk nach eigenen Angaben von einem Team aus > 30 Ärzten „ständig weiterentwickelt“. Die Verbreitung unter der Studentenschaft ist mit rund 90 % Nutzern bundesweit hoch; viele Hochschulen bieten einen kostenlosen Gruppenaccount für alle Studenten des sonst kostenpflichtigen (8 € pro Monat bei monatlicher Kündbarkeit) Portals an. Die Terminologie in „Amboss“ entspricht nicht der seit 2003 gültigen ICS-Nomenklatur. Der Begriff OAB wird gänzlich vernachlässigt, stattdessen findet sich der der „Urge-Inkontinenz“ mit dem überholten Konzept der „sensorischen“ und „motorischen Urgeinkontinenz“. Im Link „Urodynamik“ wird diese als Methode „zur Bestimmung des Detrusordruckes bei der Miktion benannt“, die es erlaube, „eine Unterscheidung zwischen subvesikaler Obstruktion und neurogener Harninkontinenz zu treffen“. Zwar werden im Modul Therapie Verfahren wie das TVT oder TOT erwähnt; die „Kolposuspension nach Burch sei jedoch der Goldstandard“. In der Therapie der „Urgeinkontinenz“ kommt Mirabegron nicht vor.

Schlussfolgerung:

Das Modul „Harninkontinenz“ des studentischen Online-Nachschlagewerkes „Amboss“ enthält eine inkomplette und veraltete Nomenklatur, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erscheinen unvollständig, veraltet und nicht mehr up to date. Aus Sicht der Autoren ist die „Einmischung“ der Fachgesellschaften sinnvoll und notwendig.

Interessenkonflikte:

- Beratungstätigkeit: Astellas, Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pfleger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp
- Aktien, Beteiligungen: keine

Arbeitsgemeinschaft Beckenbodengesundheit e.V. in Bonn – erfolgreiche interdisziplinäre Arbeit vor Ort

Sigrid Tapken¹, Julia Begemann², Katharina von Gadow³, Annette Kohler⁴, Katrin Franke⁵, Ralf Anding⁶

- 1 Praxis für Urologie, Bonn, Deutschland
- 2 Praxis für Gynäkologie, Troisdorf, Deutschland
- 3 Praxis für Ernährungsberatung, Bonn, Deutschland
- 4 Praxis für Gynäkologie, Mendig, Deutschland

Einleitung:

Im Sinne der Deutschen Kontinenz Gesellschaft ist die Interdisziplinarität ein wesentliches Element bei der Prävention und Versorgung von Harn- und Stuhlinkontinenz. Mit zunehmendem Zeit- und Kostendruck, überbordender Bürokratie im Gesundheitswesen und Inseldenen rückt dieses seit über 30 Jahren propagierte Ziel eher wieder in den Hintergrund. Nur durch das persönliche, uneigennützig Engagement einzelner Akteure kann die Zusammenarbeit vor Ort zwischen den verschiedenen Disziplinen dennoch gelingen. Wir stellen ein Beispiel eines wachsenden interdisziplinären Verbundes in der Stadt Bonn vor, der vielleicht auch Kolleginnen und Kollegen in anderen Regionen Anregungen geben kann.

Methode:

Die Arbeitsgemeinschaft Beckenbodengesundheit e.V. wurde 2010 von Urologen, Gynäkologen, Proktologen und spezialisierten Physiotherapeuten in Bonn ins Leben gerufen und ist seit 2014 auch als Verein registriert. Im Verlauf kamen Geriater, Osteopathen, Psychotherapeuten, Ernährungswissenschaftler, Hebammen und Urotherapeuten hinzu. Als gemeinsame Zielsetzung wurde der multidisziplinäre Austausch über alle Funktionsstörungen der Beckenorgane und des Beckenbodens bei Frauen, Männern und Kindern formuliert. Dieser Zirkel trifft sich monatlich, es werden anhand von Patientenfällen unterschiedliche Lösungswege auf Augenhöhe diskutiert und durch Fachvorträge ergänzt. Regelmäßig veranstaltet die Arbeitsgemeinschaft unter anderem im Rahmen der Weltkontinenzwoche Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen für Patienten und Fachkollegen. Darüber hinaus versteht sich die AG-BBG als Netzwerk für die interdisziplinäre Versorgung von Patienten und als Ansprechpartner für Kollegen, die Unterstützung in der Therapie ihrer Patienten suchen.

Ergebnisse:

Mit der Entscheidung zur Gründung eines gemeinnützigen Vereins wurden entsprechende Strukturen mit klaren Zuständigkeiten geschaffen, was zum Fortbestehen und Wachstum dieser Gemeinschaft wesentlich beigetragen hat. Inzwischen hat die Arbeitsgemeinschaft 30 aktive Mitglieder. Ein wichtiges Element ist der Internetauftritt mit Präsentation der Mitglieder, Informationen zu den Themen Blase, Darm und Beckenboden und Angeboten zur Unterstützung des Fachpublikums, von Hausärzten und vor allem Betroffenen. Die Homepage www.ag-bbg.de wird inzwischen jeden Monat 1.500–2.500 Mal aufgerufen und wurde ebenfalls mit einem Blog ergänzt. Die selbst organisierten Veranstaltungen für Fachpublikum oder als offene Patientenveranstaltungen schließen auch weitergehende Themen wie Sexualität, Onkologie, Pädiatrie, alternative Therapiemethoden und mehr mit ein. Hohen Stellenwert hat die Öffentlichkeitsarbeit mit Zeitungsartikeln, Radiobeiträgen und jährlichen Telefonaktionen.

Schlussfolgerung:

Neben den wichtigen, in der Regel klinikinternen Kontinenzzentren bietet eine regionale interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft über Fächer-, Klinik-, Berufs- und Ortsgrenzen hinweg eine äußerst fruchtbare Plattform zum fachlichen Informationsaustausch, Verständnis anderer Perspektiven zu Kontinenzthemen, Kollegialität zwischen Berufsgruppen und Einrichtungen und einen näheren Kontakt zu Patienten. Dies bereichert nicht nur die eigene Positionierung, sondern verbessert vor allem die Versorgung von Betroffenen und Angehörigen vor Ort.

Interessenkonflikte:

Keine in Zusammenhang mit der präsentierten Arbeit.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Schlafapnoe und überaktiver Blase?

Djalal Rouzitalab^{1,2}, Andreas Wiedemann^{1,2}

1 Lehrstuhl für Urogeriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

2 Urologische Abteilung, Evangelisches 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 (133 Männer, 75 Frauen, Alter $55,1 \pm 12,9$ Jahre, BMI 31,8,8) mit einer polysomnographischen Untersuchung rekrutiert und mit dem OAB-Symptom-Score (OABSS [1]) befragt. Ein OSAS wurde bei einem Apnoe-Hypopnoe-Index AHI ≥ 10 (Anzahl der Apnoe- und Hypopnoe-Ereignisse: Gesamtschlafzeit) und eine ÜAB bei einem OABSS ≥ 4 angenommen. 16 Patienten erhielten zusätzlich eine Zystomanometrie.

Ergebnisse:

Bei 73% der Patienten lag ein polysomnographisch bestätigtes Schlafapnoesyndrom vor. 31 % dieser Patienten wiesen Symptome einer ÜAB im OABSS auf. Der Unterschied im Vergleich mit Patienten ohne OSAS war nicht signifikant ($p = 0,867$). Zystomanometrisch unterschieden sich jedoch die Messgrößen VEH (54 vs. 175 ml, $p = 0,02$), MBK (138 vs. 350 ml, $p = 0,007$) und MDD (21,5 vs. 6 cm/H $2 \cdot 0$ $p = 0,014$) signifikant zwischen Patienten mit einem AHI ≥ 10 und < 10 . 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 V. a. OSAS häufiger vor als in der Normalbevölkerung Bestätigung (z. B. EPIC-Studie [2]) unabhängig von dem polysomnographischen Befund. Die urodynamische Messung zeigt hingegen bei Patienten einem AHI ≥ 10 Hinweise auf eine ÜAB. Patienten mit V. a. Schlafapnoe sollten daher als Risikogruppe für eine ÜAB begriffen, gescreent und ggf. funktionsurologisch untersucht werden.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Astellas, Berlin-Chemie, Boston Scientific, Das Fortbildungskolleg, Jansen, Ipsen, Lilly Deutschland, Dr. Pfleger, Pfizer, Pohl-Boskamp
- Aktien/Beteiligungen: keine
- D. Rouzitalab: keine

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
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

Handkraftmessung nach Botulinumtoxin-Injektion in den Detrusor – gibt es eine postinterventionelle Skelettmuskelschwäche?

Shareef Haider, Andreas Wiedemann

Evangelisches Krankenhaus Witten, Deutschland

Einleitung:

Eine Skelettmuskelschwäche nach Botulinumtoxin-Injektion in den Detrusor wird in Studien durch Patienten mit einer Häufigkeit von knapp 10 % angegeben [1] berichtet. Dieses würde bei geriatrischen Patienten ggf. eine vorhandene Sturzneigung verschärfen. Das Phänomen sollte erstmals mit einer geriatrischen Methodik (Handkraftmessung) objektiviert werden.

Methode:

Messung der Handkraft (dominante Hand, Dokumentation des besten von 3 Messwerten, eine Schwäche wird bei einem Abfall von > 20 % angenommen) mit einem in der Geriatrie üblichen Ballon-Hand-Dynamometer in einem prospektiven Design von 6/2015 bis 11/2018 vor und 3 Monate nach Gabe von Botulinumtoxin in einer Dosierung je nach Indikation von 100–200 MU. Es waren 100 Patienten avisiert.

Ergebnisse:

Die Abnahme der Handkraft betrug nach einer Zwischenauswertung von 53 Patienten für die Gabe von 100 MU im Mittel 0,009 kPa, nach 200 MU war eine Zunahme um 0,025 kPa zu verzeichnen ($p = 0,129$, $p = 0,056$ für den Unterschied zwischen den beiden Subgruppen. Daraufhin wurde die Untersuchung vorzeitig beendet.

Schlussfolgerung:

Die Resultate der erstmals durchgeführten Handkraftmessung nach intravesikaler Botulinumtoxin-Gabe zeigen, dass dosisunabhängig keine Handkraftschwäche als Indikator einer generalisierten Muskelschwäche entsteht. Dies lässt Botulinumtoxin auch bei uro-geriatrischen Patienten bei therapieresistenter idiopathischer OAB oder neurogener OAB risikoarm im Hinblick auf eine Sturzgefährdung erscheinen.

Interessenkonflikte:

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Dr. Pfleger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Astellas, Berlin-Chemie, Boston Scientific, Das Fortbildungskolleg, Jansen, Ipsen, Lilly Deutschland, Dr. Pfleger, Pfizer, Pohl-Boskamp
- Aktien/Beteiligungen: keine
- Haider: keine

Literatur:

1. Bauer RM, Gratzke C, Roosen A, Hocaoglu Y, Mayer ME, Buchner A, Stief CG, May F. Patient-reported side effects of intradetrusor botulinum toxin type a for idiopathic overactive bladder syndrome. *Urol Int.* 2011;86(1):68-72. DOI: 10.1159/000316080

Obstipation und Überaktive Blase – gibt es einen Zusammenhang? Ergebnisse einer urodynamisch kontrollierten Studie unter den Bedingungen einer Rektumdistension

Lucas Wechselberger¹, Andreas Wiedemann²

¹ Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

² Lehrstuhl für Uro-Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Einleitung:

Ziel der Studie war die Reproduktion der in der Literatur postulierten Zusammenhänge zwischen Obstipation und Blasenfunktion in der Urodynamik an einem größeren Patientengut als in den bisher durchgeführten Studien [1], [2].

Methode:

Bei 113 Patienten wurde zunächst eine standardmäßige Zystomanometrie nach ICS-Standard durchgeführt. Als rektaler Messkatheter diente ein dünner blockbarer Harnblasenkatheter, dessen Ballon vor einem zweiten analogen Messdurchgang bis zur subjektiven Angabe eines Stuhldranges mit ca. 30–50 ml geblockt wurde. Die Ergebnisse der Harnblasensensibilität (Volumen erster Harndrang) und -Kapazität (Volumen maximaler Harndrang) unter der Bedingung eines artifiziellen Stuhldranges wurden mit denen des ersten, routine-mäßigen Durchgangs verglichen.

Ergebnisse:

Von den 113 Patienten litten 71 Patienten unter den Symptomen einer überaktiven Blase, 32 Patienten unter einer Blasenentleerungsstörung und 17 Patienten unter einer Belastungsincontinenz.

Die Blasenensibilität zeigte keine statistisch signifikante Veränderung durch die Rektumdistension (Vorzeichen-test: $z = -0,096$; $p > 0,05$; $n = 113$). Ihr Median erhöhte sich sogar von 92 ml auf 103 ml im Durchgang der Rektumdistension. Die Blasenkapazität hingegen zeigte eine statistisch signifikante Veränderung durch die Rektumdistension (Vorzeichen-test: $z = -2,021$; $p = 0,043$; $n = 113$). Ihr Median verminderte sich von 190 ml auf 171 ml im Durchgang der Rektumdistension.

Es ergab sich hierbei kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen der Blasen-funktionsstörungen (überaktive Blase, Belastungsincontinenz, Blasenentleerungsstörung) (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 1,616; $p > 0,05$).

Schlussfolgerung:

Das Volumen der Harnblasenkapazität ist durch Veränderungen der Rektumfüllung im Sinne einer Abnahme wie in der Literatur beeinflussbar. Damit könnte eine Obstipation auch bei der Entstehung einer funktionell kleinen Blase eine Rolle spielen.

Literatur:

1. Panayi DC, Khullar V, Digesu GA, Spiteri M, Hendricksen C, Fernando R. Rectal distension: the effect on bladder function. *Neurourol Urodyn.* 2011;(3):344-347.
2. Akl MN, Jacob K, Klauschie J, Crowell MD, Kho RM, Cornella JL. The effect of rectal distension on bladder function in patients with overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2012;(4):541-543.

Müssen bei lokaler Östrogenbehandlung systemische Effekte befürchtet werden?

Gerold Link¹, Steffen Hauptmann²

¹ Krankenhaus Düren gem. GmbH, Düren, Deutschland

² Maastricht Universitair Medisch Centrum MUMC, Maastricht, Niederlande

Einleitung:

Die weit verbreitete lokale Behandlung der urogenitalen Atrophie mit Östrogenen ist bei Patientinnen mit hormonsensiblen Tumoren und thromboembolischen Erkrankungen aus Furcht vor nachteiligen Folgen umstritten. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob bei topischer Östrogentherapie systemische Effekte nachweisbar sind.

Methode:

Bei 38 urogynäkologischen Patientinnen in der Postmenopause wurden psychologische, somato-vegetative und urogenitale Beschwerden (= Subskalen der Menopause-Rating-Skala, MRS), vaginale Rugae, pH-Wert sowie die Endometriumdicke (ED) zwischen einer Gruppe mit (n = 17) und ohne (n = 21) lokale Östrialtherapie (ÖT) mit 2x 0,5 mg Östrial/Woche verglichen.

Ergebnisse:

Alter, BMI und POP Q Stadium ergaben keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen. Der vaginale pH-Wert in der ÖT-Gruppe (4,9±0,8) war niedriger, die Ausprägung der Rugae dagegen deutlicher als in der Vergleichsgruppe (5,6±0,6, p < 0,05). Die Abnahme des pH-Wertes ging der Stärke des vaginalen Reliefs parallel (2α < 0,01). Die ED zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, noch fanden sich Beziehungen zu Dauer der ÖT, Alter oder BMI. Die 3 Subskalen der MRS lieferten für beide Gruppen vergleichbare Summenwerte. Insgesamt aber nahmen im Verlauf der ÖT nur die urogenitalen Symptome ab (2α < 0,05). Die systemischen Beschwerden (psychologische und somato-vegetative Symptomatik) zeigten einen Rückgang mit fortschreitendem Alter (2α < 0,05), reagierten aber nicht auf die ÖT. Der BMI spielte bei der Analyse der MRS keine Rolle.

Schlussfolgerung:

Durch die ÖT werden der vaginale pH-Wert gesenkt und urogenitale Symptome vermindert. Systemische Effekte (Endometriumproliferation, Abnahme psychovegetativer Beschwerden) wurden nicht nachgewiesen. Nachteilige Auswirkungen der ÖT auf hormonsensitive Tumoren oder das Gerinnungssystem sind daher unwahrscheinlich.

Laserbehandlung bei vaginaler Atrophie – eine prospektive Fall-Kontroll-Beobachtungsstudie

Vera Döllinger, Saskia Hilgers, Christopher Wolf, Boris Gabriel

St. Josefs Hospital, Wiesbaden, Deutschland

Einleitung:

Vaginale Atrophie ist definiert als die Rückbildung der Wand der Scheide (Kollagenfasern, Scheidenepithel) und der Epithelfalten bis zu einer glatten Oberfläche. In der Post-Menopause kommt es zum natürlichen Östrogenmangel. Dieser führt fast immer zur vaginalen Atrophie und in ca. 50 % zu Symptomen wie Scheidentrockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Ebenso klagen auch Patientinnen mit einer Mammakarzinom-erkrankung aufgrund der systemischen Therapie gehäuft über die o.g. Symptome. Dies führt nicht selten zu einer hohen psychosozialen Belastung der Patientin. Ziel ist die Stimulierung der Lamia propria zur Verbesserung der Elastizität und Ausbildung weiterer Kollagenfasern zur Verbesserung des Zustandes der Vaginalhaut und Tonus der Beckenbodenmuskulatur.

Methode:

Ein MCL31 Dermablate YAG-Laser wurde von der Firma Asclepion Laser Technologies zur Verfügung gestellt. Die Patientinnen werden zum Zeitpunkt 0 sowie nach 6-8 Wochen einbestellt. Bei beiden Vorstellungen erfolgt die Anamnese mittels standardisiertem Erhebungsbogen und Erhebung des Vaginal-Health-Indexes. Vor der Behandlung wurden Ausschlusskriterien festgelegt (Ausschluss eines HWIs, aktueller Pap Abstrich Befund, etc.). Die Behandlung erfolgt standardisiert mittels dualphasischem Laserverfahren.

Ergebnisse:

16 Patientinnen konnten mit einer vaginalen Atrophie rekrutiert werden. Sechs Patientinnen gaben in der Eigenanamnese ein Mammakarzinom an. Hauptbeschwerde lag bei der vaginalen Trockenheit und der Dyspareunie. In allen Fällen konnte eine Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden. Die innere Haut wird elastisch und feucht und zeigt eine verbesserte Dicke und Weichheit. Ein Einfluss auf die Libido war (subjektiv) nicht zu spüren.

Schlussfolgerung:

Eine Laserbehandlung mit dem Nd:YAG-Laser scheint als Therapieversuch bei vaginaler Atrophie und GMS sinnvoll. Eine Erfolgsgarantie kann nicht gegeben werden. Im Rekrutierungszeitraum behandelten wir auch Patientinnen mit weiteren Indikationen (Belastungsinkontinenz I°, Lichen sclerosus, Vaginal Laxity, Vaginale Synechien). Weitere Indikationen (z.B. präoperative Behandlung vor vaginaler Mesheinlage zur Verhinderung vor Erosionen) sind zu diskutieren. Das Projekt geht weiter. Die Studie wird fortgeführt.

Eignet sich die vaginale Lasertherapie bei Belastungsinkontinenz bereits für einen Einsatz in der ambulanten Praxis?

Christian Ratz

Urologie Groß-Gerau, Groß-Gerau, Deutschland

Einleitung:

Trotz noch zurückhaltender Positionspapiere der Fachgesellschaften gewinnt nicht nur international die vaginale Lasertherapie an Bedeutung. Da auch das Patienteninteresse aufgrund der unbefriedigenden Standardtherapien bei der Grad I Belastungsinkontinenz hoch ist, soll anhand der verfügbaren Studienlage untersucht werden, ob das Verfahren sich bereits für einen Einsatz in der ambulanten Praxis eignet.

Methode:

Die bislang veröffentlichten Positionspapiere urogynäkologischer Fachgesellschaften (International Continence Society (ICS), International Urogynecological Association (IUGA), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), European Society of Sexual Medicine (ESSM)) wurden mit der neueren Studienlage verglichen: Anhand einer Pubmed Literaturrecherche mit den Schlagworten „vaginal laser therapy“ und „incontinence“ wurden 14 Studien ausgewertet mit insgesamt 1182 Patientinnen. Über unterschiedliche Endpunkte wurde eine Beurteilung der Wirksamkeit, sowie der Nebenwirkungsraten vorgenommen, um die Eignung für eine Anwendung in der Praxis zu beurteilen.

Ergebnisse:

Zwar zeigen sämtliche bisher publizierte Studien eine signifikante Besserung der gemessenen Parameter (meist standardisierte Fragebögen wie ICIQ-SF, im Einzelfall auch Pad Test oder Urodynamik) bei insgesamt niedrigen Nebenwirkungsraten und hoher Patient compliance und -zufriedenheit, dennoch sehen die vorliegenden Positionspapiere die Studienlage insgesamt als noch zu gering an, um eine Behandlung außerhalb von Studien zu empfehlen. Allerdings werden neuere Studien, darunter eine randomisiert kontrollierte Studie, sowie eine Vergleichsstudie zu operativen Verfahren in den Stellungnahmen noch nicht berücksichtigt.

Schlussfolgerung:

Vaginale Lasertherapie ist ein ambulant durchführbares, sicheres und effektives Verfahren ergänzend oder alternativ zu den bestehenden Therapien wie lokale Östrogenisierung, Beckenbodengymnastik oder operativen Eingriffen. Bei sorgfältiger Aufklärung der Patientinnen scheint ein Einsatz in der Praxis aufgrund der aktuellen Studienlage sicher und für geeignete Patientinnen vorteilhaft zu sein. Weitere, robustere wissenschaftliche Studien sind allerdings wünschenswert und erforderlich und stehen bereits kurz vor Abschluss. Noch unklar ist die Rolle des verwendeten Gerätes und Therapieregimes.

Interessenkonflikte:

Vorträge und Workshops für Asclepion Laser Technologies

Literatur:

1. Ratz C. Vaginale Lasertherapie bei Harninkontinenz und urogenitalem Syndrom der Menopause. Der Urologe. 2019;58:284-290.

Punktgenaue Diagnostik und Therapie: 2,5 Jahre Erfahrung mit der MAPLe Sonde

Sonja Soeder

Physiotherapie am Deutschen Beckenbodenzentrum, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die Voraussetzung für eine zielgerichtete und wirksame Physiotherapie besteht in einer genauen Diagnostik. Die Physiotherapie bedient sich der ICF Kriterien, um die Veränderungen von Struktur/Funktion, Aktivität, Partizipation und den Kontextfaktoren darzustellen. Es entstehen Hypothese-kategorien und Hypothesen in Abstimmung mit dem PatientIn und sind Teil des therapeutischen Entscheidungsprozesses, auch ob eine Instrumentengestützte Physiotherapie indiziert ist.

Ziel ist es Funktionen und Verhalten im physiologischen Funktionskontext zu optimieren.

Methode:

MAPLe ist eine vaginal und rektal nutzbare Sonde mit 24 Elektroden als Messpunkte und Stimulationspunkte. Punktgenau kann aufgrund der mittels MRT zugeordneten Punkte genau differenziert werden welcher Muskel wo welche Aktivität aufzeigt. Die standardisierte Lagerung und Übersichtsmessung ermöglicht einen Vergleich zwischen den PatientInnen. Eingangs werden Ruhe-EMG (1 Minute), Schnellkraft (10 x jeweils 3 sec Kontraktion / Entspannung) und Ausdauer (15 x Anspannung (15 sec) / Entspannung (10 sec)) gemessen. Jede Kontraktion ist einzeln und im Überblick darstellbar. Die Rekrutierung oder Ermüdung einzelner Muskeln ist darstellbar.

Ergebnisse:

Es wurden seit September 2016 98 PatientInnen mit MAPLe behandelt.

Diagnosen (Patientenzahl): Harninkontinenz Postpartum (6), Beckenbodenschwäche (4) Dyspareunie (22) Beckenbodenschmerz (24) Inkontinenz bei orthopädischen Diagnosen (13) Dranginkontinenz (11), Stuhl-inkontinenz (18), die durchschnittliche Behandlungszahl betrug 10 Therapiesitzungen. Bei den SchmerzpatientInnen konnte die Dolenz von VAS 8-10/10 auf VAS 0-1/10 nach 4-14 Sitzungen erreicht werden.

Schlussfolgerung:

Es handelt sich um ein sehr genaues diagnostisches und therapeutisches Verfahren, welches bei optimaler Nutzung und richtiger Indikation und Anwendung sehr gute Therapieergebnisse in kurzer Zeit zeigt.

Interessenkonflikte:

Es werden MAPLe Schulungsseminare in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Elektrotherapie im Verband Physio Deutschland e.V. und der Firma MTR Rostock durchgeführt.

Literatur:

1. Voorham-van der Zalm PJ, Voorham JC, van den Bos TW, Ouwerkerk TJ, Putter H, Wasser MN, Webb A, DeRuiter MC, Pelger RC. Reliability and differentiation of pelvic floor muscle electromyography measurements in healthy volunteers using a new device: the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe). NeuroUrol Urodyn. 2013 Apr;32(4):341-8. DOI: 10.1002/nau.22311
2. Voorham JC, De Wachter S, Van den Bos TW, Putter H, Lycklama À Nijeholt GA, Voorham-van der Zalm PJ. The effect of EMG biofeedback assisted pelvic floor muscle therapy on symptoms of the overactive bladder syndrome in women: A randomized controlled trial. NeuroUrol Urodyn. 2017 Sep;36(7):1796-1803. DOI: 10.1002/nau.23180

„Back to sports and work“ – komplexes Training der PFM – Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen

Birgit Schulte-Frei¹, Julia Wachter²

1 Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit & Soziales, Köln, Deutschland

2 Mieming, Österreich

Einleitung:

Der Beckenboden ist in Alltag, Beruf und Sport verschiedensten Belastungen ausgesetzt, denen er standhalten muss. Therapeutische und präventive Programme beinhalten vorwiegend evidenzbasiertes isoliertes Training der Beckenbodenmuskulatur [1]. Komplexes Training der PFM wird aufgrund noch unklarer Wirkmechanismen immer noch kritisch beurteilt. Dabei stellt sich aber das Problem, dass diese Trainingsformen nicht den Anforderungen in Alltag, Beruf und Sport entsprechen und demnach nur einen Einstieg in das Training darstellen können. So fehlen weiterführende evidenzbasierte Konzepte, welche zur alltäglich geforderten Belastung überführen, die über z.B. Anleitung eines korrekten Aufstehens und Hinsitzens oder das Heben von Lasten hinausgehen. Eine vollständige Rekonvaleszenz kann nur gelingen, wenn die Beckenbodenmuskulatur auch für Alltags- und sportliche Bewegungen bedarfsgerecht vorbereitet ist. Dazu ist es notwendig, dass entsprechende Inhalte auch in ein (komplexes) Training der PFM integriert werden.

Ziel der Präsentation ist es daher, Möglichkeiten und Grenzen eines komplexen PFMT aufzuzeigen und kritisch zu diskutieren.

Methode:

Systematische Literaturrecherche

- Keywords: PFM, incontinence, pelvic floor dysfunction, incontinence and sports, high impact exercise, stress urinary incontinence, pelvic floor muscle reflex activity, pelvic floor muscle and fascia training, muscle loops and pelvic floor activity, incontinence and physical activity
- Advanced search: MeSH-Terms, Trunkierungen, Boolesche Operatoren
- Datenbanken: Pubmed, Spolit, Pedro, Cochrane

Ergebnisse:

Auf der Grundlage der funktionellen Anatomie und der biomechanischen Belastung werden Möglichkeiten und Grenzen eines komplexen PFMT aufgezeigt. Dazu wird zunächst innerhalb definierter theoriegeleiteter Belastungsgrenzen im Folgenden das methodische Vorgehen u.a. mittels konkreter Übungen aufgezeigt. Berücksichtigung finden sowohl konzentrische als auch exzentrische Kontraktionsformen [2], [3].

Schlussfolgerung:

Komplexe Übungen sind notwendig, damit die PFM wieder vollständig auch im Alltag, im Beruf oder auch im Sport den geforderten Beanspruchungen standhalten kann. Unter Beachtung bestehender Grenzen ist auch ein komplexes Training der PFM möglich.

Literatur:

1. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10:CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub4
2. Saeuberli PW, Schraknepper A, Eichelberger P, Luginbuehl H, Radlinger L. Reflex activity of pelvic floor muscles during drop landings and mini-trampolining-exploratory study. *Int Urogynecol J.* 2018 Dec;29(12):1833-1840. DOI: 10.1007/s00192-018-3664-9
3. Luginbuehl H, Lehmann C, Baeyens JP, Kuhn A, Radlinger L. Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015 Nov 17;16:524. DOI: 10.1186/s13063-015-1051-0

Retrospektive Untersuchung der Unterschiede zweier Verfahren zur operativen Versorgung des benignen Prostatasyndroms („Transurethrale Elektresektion der Prostata“ und „180-Watt-XPS™-Greenlight-Laserung der Prostata“): Katheterdicke und -liegedauer, Spülungsintensität und Schmerzscore in der klinischen Routine

Tobias Lichtenberg¹, Andreas Wiedemann²

1 Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke, Bochum, Deutschland

2 Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke Urologische Abteilung Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland

Einleitung:

Die transurethrale Prostata-Resektion (TUR-P) gilt als Goldstandard in der operativen Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS). Neben der klassischen TUR-P existieren zahlreiche technische Modifikationen des Verfahrens. Neuerdings erfahren auch Laserverfahren wie die 180-Watt-XPS™-Greenlight-Laserung der Prostata (GLL) eine größere Verbreitung [1].

Sowohl die TUR-P als auch die GLL wurden bereits hinsichtlich ihrer Sicherheit, Effektivität und Ökonomie verglichen [2]. Die vorliegende Studie beleuchtet Aspekte des postoperativen Patientenaufenthaltes, des Patientenkomforts und des Schmerzscores.

Methode:

Anhand anonymisierter Patientenkurvenblätter und Schmerzerfassungsbögen wurden die Daten von 100 TUR-P- und 150 GLL-Patienten retrospektiv erfasst. Betrachtet wurden Prostataresektat-Gewicht (TUR-P), Energieabgabe (GLL), Prostatavolumen, Status der Gerinnungskompromittierung, Außendurchmesser und Liegedauer des Harnblasenkatheters, Dauer der Harnblasenspülung, Länge des stationären Aufenthaltes und postoperativer Schmerzverlauf.

Ergebnisse:

Dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Prostatavolumen ($p = 0,434$). In der GLL-Gruppe fand sich ein signifikant höherer Anteil gerinnungskompromittierter Patienten ($p < 0,0001$). Der Außendurchmesser des postoperativ eingebrachten Harnblasenkatheters unterschied sich nicht signifikant ($p = 0,102$). Die Liegedauer des Katheters und die Dauer der Harnblasenspülung waren in der GLL-Gruppe signifikant kürzer ($p = 0,016$ und $p = 0,01$). Bezüglich der Dauer des stationären Aufenthaltes zeigte sich die Tendenz zu einem kürzeren Aufenthalt nach GLL, ohne statistische Signifikanz zu erreichen ($p = 0,233$). Beide Behandlungsmethoden gingen mit wenigen Schmerzen einher, welche kurz nach der Operation maximal ausgeprägt waren.

Schlussfolgerung:

Die erfassten Unterschiede zeichnen die GLL – ein Verfahren dem in der klinischen Routine gezielt gerinnungskompromittierte und multimorbide Patienten zugewiesen wurden – als Behandlungsmethode mit hohem postoperativen Patientenkomfort und Einsparpotential im pflegerischen Ressourcenverbrauch (Spülungsintensität und -dauer) aus.

Interessenkonflikte:

T. Lichtenberg

Keine

A. Wiedemann

- Beratungstätigkeit: Astellas, Dr. Pflieger, Pfizer, Omega Pharma
- Vortragstätigkeit: Allergan, AMS Deutschland, Aristo, Astellas Pharma, Berlin-Chemie, Jansen, Lilly Deutschland, Meda, Dr. Pflieger, Pfizer Pharma, Pohl-Boskamp
- Aktien, Beteiligungen: keine

Literatur:

1. Schiefelbein F. Greenlight-Laser-Vaporisation der Prostata. In: Hofmann R, Hrsg. Endoskopische Urologie. Atlas und Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018. S. 153-165.
2. Thomas JA, Tubaro A, Barber N, d'Ancona F, Muir G, Witzsch U, Grimm M, Benejam J, Stolzenburg J, Riddick A, Pahernik S, Roelink H, Amej F, Saussine C, Bruyère F, Loidl W, Lerner T, Gogoi N, Hindley R, Muschter R, Thorpe A, Shrotri N, Graham S, Hamann M, Miller K, Schostak M, Capitán C, Knispel H, Bachmann A. 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. DOI: 10.1016/j.eururo.2015.07.054

Urotherapie – Möglichkeiten einer interdisziplinären Weiterbildung

Barbara Schilcher

Urotherapie Schilcher, Meerbusch, Deutschland

Einleitung:

Weiterbildung Urotherapie als logische Schlussfolgerung nicht nur für Pflegepersonal in der Pädiatrie oder Erwachsenenbetreuung welches sich in ihrem beruflichen Alltag mit von Harn- und/oder Stuhlinkontinenz betroffenen Patienten beschäftigt. Dieses können auch Physiotherapeuten, Hebammen, oder Ärzte sein die eine immer häufiger auftretende, inzwischen als Volkskrankheit beschriebene Erkrankung, behandeln. Im Vortrag wird ein Überblick über die Weiterbildung und anschließende Einsatzgebiete gegeben.

Methode:

Vorbild dieser Fachqualifizierung ist die mehr als 20-jährige Erfahrung der KollegInnen aus Skandinavien. Die Weiterbildung wird von der UTF (Urotherapeutinnen-Vereinigung der skandinavischen Länder) anerkannt und erfüllt damit als erste Weiterbildung außerhalb Skandinaviens die Qualitätsstandards der UTF.

Ergebnisse:

Vorstellung der derzeitigen Weiterbildung mit Inhalten und Kosten. Vorstellung von interdisziplinären Einsatzbereichen der Urotherapeuten.

Schlussfolgerung:

Urotherapie beinhaltet sowohl nicht-chirurgische und nicht-medikamentöse Therapien, als auch die Unterstützung betroffener Menschen bei chirurgischer und medikamentöser Therapie. Die Diagnostik und Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz erfordert nicht nur spezielle Kenntnisse, sondern auch die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams. In skandinavischen und diversen anderen europäischen Ländern wurde die Urotherapie bereits vor 20 Jahren etabliert. Seit über 10 Jahren wird diese wichtige und zielführende Weiterbildung auch in Deutschland angeboten.

A novel endoscopic surgery method: transurethral surgery – natural orifice transluminal endoscopic surgery (TUS-NOTES) for treatment of vesicovaginal fistula

Joerg Neymeyer, Kira Kornienko, Diana Elena Moldovan, Schlomm Thorsten

Klinik für Urologie, Berlin, Deutschland

Introduction:

Vesicovaginal fistula (VVF) formation represents a condition with devastating consequences for the patient and continues to pose a significant challenge to the surgeon. Quick and accurate diagnosis, followed by timely repair is essential to the successful management of these cases. To minimize the morbidity of classical fistula repair, we hereby present a new minimally invasive surgery technique to perform a fistulae repair of inside closing without transcutaneous, laparoscopic or vaginal incision: transurethral surgery- natural orifice transluminal endoscopic surgery (TUS-NOTES) by using a new small fine needle holder and knot pusher.

Setting:

A rigid cystoscope with 30 degree optics is inserted into the patients bladder with CO(2) insufflation. After inspecting the bladder and finding the fistulae orifices the fistulae area is manipulated with an endoscopic hooklet. The bladder segment is excised with electrocautery. First the monocryl 4-0 fibre is put into the needle holder. To fit into the needle is bended. The needle is put loose next to the cystoskope put into the bladder and after touching the wall the fibre is fixed at the end of the needle holder with a clamp. Now by a rotation the whole is at both sides stiched. With a grasp –put through the working channel- the needle is grasped and by loosing the clamp everything can be pulled out. By tying an extracorporeal knot and putting an knot pusher over the fibre, the knot is fixed. This procedure is repeated till the whole is closed. The fibres are cutted. Equipment needed: Cystoscope with 30 degree optics, CO(2) insufflation, 1 mm diameter Needle holder (MRSD-Ney), Monocryl 4-0, 0.5 mm diameter Knot pusher, Cystoscopic grasp, Cystoscopic scissor.

Results:

The aim of the presentation is to show the TUS-NOTES technique and teach the viewer how to apply this novel intervention to close the fistulae inside of bladder at 6 cases. The mean operative time was 55 min (35 min-110 min), whereas the blood loss was less 10 ml. The patients were discharged 3 days after surgery, and the catheter were removed 10 days after surgery.

Conclusion:

To reduce morbidity and prolonged recovery of excision of the VVF, TUS-NOTES technique is efficacious and the preferred method of intervention.

Competing interests:

Dr J. Neymeyer was paid for teaching and speaking on behalf of SERAG, AMS and ETHICON. Other authors declare no financial disclosure.

Ergebnisse nach Einlage einer suburethralen Schlinge bei Belastungsinkontinenz in einem zertifizierten Kontinenzzentrum

Nathalie Ng-Stollmann, Christian Fünfgeld

Klinik Tettang, Tettang, Deutschland

Einleitung:

Die Zertifizierung eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums nach Clarcert und in Zukunft auch der Kontinenzgesellschaft fordert eine verpflichtende Evaluation der Ergebnisse nach Inkontinenzoperation mit einer suburethralen Schlinge nach 12 Monaten mit dem ICIQ-short-Fragebogen. In einem seit 6 Jahren zertifizierten Zentrum wurden nun die Ergebnisse ausgewertet.

Methode:

Die Zertifizierungsrichtlinien fordern die Beantwortung des ICIQ-Fragebogens vor und 12 Monate nach dem Eingriff. Die operierten Patientinnen erhielten präoperativ den Fragebogen. Diese bekamen diesen nach 12 Monaten erneut per Post mit einem Freiumschlag zur Rücksendung. Alle Patientinnen wurden präoperativ klinisch, sonographisch und urodynamisch abgeklärt. Es gab keine Patientenselektion. Es wurden auch mehrfach voroperierte mit einem Band versorgt. Auch viele Frauen mit Mischinkontinenz wurden nach Vorbehandlung der Urge operiert, wenn Leidensdruck durch die Belastungsinkontinenz bestand. Es gab keine Altersbeschränkung nach oben.

Ergebnisse:

Von 2012 bis April 2019 wurden 1203 Patientinnen operiert. 948 Patientinnen wurden nach einem Jahr angeschrieben. Bei den übrigen ist das Jahr noch nicht um. 764 schickten den Fragebogen zurück (80,6%). Der ICIQ-short-Fragebogen bewertet mit 0=keine, 1–5=leichte, 6–10=mäßige, 11–25=starke Inkontinenz. Präoperativ lag der Wert der Beeinträchtigung bei 14,7, postoperativ 6,1. Bei nichtresorbierbaren Bändern bei 5,2, bei teilresorbierbaren deutlich schlechter bei 8,3.

Schlussfolgerung:

Die routinemäßige Befragung aller mit einem suburethralen Band operierten Patientinnen zeigt eine deutliche Reduktion des Beschwerdeindex. Da das Patientengut unsortiert ist, ergibt sich ein realistisches Bild. Wobei zu berücksichtigen ist, dass die Drangkomponente in die Resultate mit eingeht. Die Differenzierung der Daten hierzu erfolgt bis zum Kongress.

Interessenkonflikte:

Christian Fünfgeld: Vortragshonorare vom AML, Serag-Wiessner, Promedon, Contura, PFM

Neuartiges adjustierbares Bandsystem zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz

Ralf Anding, Ruth Kirschner-Hermanns

Universitätsklinikum, Bonn, Deutschland

Einleitung:

Bis zur Einführung des AdVance® Bandes (AMS Men's Health/Boston Scientific, MA, USA) 2006 spielte die Obturatorregion keine Rolle in der operativen Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz. Daher gibt es bislang wenig Erkenntnisse über die Eigenschaften der Membrana obturatoria beim Mann. Ebenso gibt es bislang nur wenige Daten zum urethralen Verschlussdruck nach Bandeinlage, welcher bei adjustierbaren Bändern auch postoperativ noch variabel ist. Dieser kann durch den maximalen urethralen Verschlussdruck (MUCP) und durch den vesikalen Druck bei einsetzendem Urinverlust („Leak Point Pressure“, ALPP, VLPP, CLPP, RLPP) beschrieben werden. Nach Comiter et al. korreliert der RLPP bei Patienten mit Post-Prostatektomie-Inkontinenz gut mit MUCP und ALPP und beträgt etwa 50 cmH₂O [1].

Wir präsentieren ein neuartiges adjustierbares Bandsystem mit einer intraobturatorischen Verankerung und einem dazu entwickelten Applikator, wodurch die Insertion eines Bandsystems erheblich vereinfacht und das operative Risiko wesentlich reduziert werden soll.

Methode:

An vier fixierten männlichen Leichen wurde die Dicke der Membrana obturatoria vermessen und die optimale Lokalisation der Verankerung bestimmt. Dann erfolgten Ausreißversuche mit dem PelFix Anker (FEG Textiltechnik mbH, Aachen), für die Insertion beim Mann wurde dazu ein neuer Applikator entwickelt. Die Testanker wurden aus Aluminium gefertigt, die Ausreißkräfte wurden mit einem Newtonmeter gemessen. Anschließend erfolgte mit dem fertigen neuen Bandsystem die retrograde Messung des Harnröhrenverschlussdrucks (RLPP) in simulierten Operationen bei sieben männlichen Leichen über einen Nelaton Katheter und ein ZVD System nach dem Schwerkraftprinzip. Es wurden jeweils vier Messreihen nach Einlage des Bandes, nach Bandstraffung, nach endgültiger Bandfixierung und nach Wundverschluss durchgeführt. Das Wirkelement wurde dabei in Schritten von 1 ml bis 20 ml aufgefüllt und der RLPP in cmH₂O bestimmt. Danach erfolgten erneut Ausreißversuche mit dem Anker.

Ergebnisse:

Es zeigte sich eine konsistente Zunahme der Membrandicke von cranio-lateral nach caudal-medial. Die Äste von A., V. und N. obturatorius liegen lateral dieser caudal-medialen „Sicherheitszone“. Die Ausreißkräfte des PelFix Ankers lagen konstant zwischen 30 und 50 Newton, was deutlich oberhalb der Kräfte liegt, die im männlichen Becken erwartet werden können, obwohl hierzu keine in vivo Daten existieren. Die Sicherheit der Applikation wurde detailliert anatomisch untersucht.

Bei der Messung des Harnröhrenverschlussdrucks konnte in den ersten Versuchen aufgrund von Fixierungsproblemen mit dem Wirkelement noch keine ideale Drucktransmission auf die bulbäre Harnröhre erreicht werden. Nach Verbesserungen der Endoprothese zeigten sich homogene Druckanstiege mit Verschlussdrücken über 50 cmH₂O bei einer Füllung des Wirkelements über 12 ml. In manchen Versuchen wurden Drücke über 100 cmH₂O erreicht. Das finale Wirkelement ist durch eine anatomiegerechte Form und gute Einpassung in den Beckenboden gekennzeichnet. Die Implantation des neuen Bandsystems gelang regelmäßig schnell, einfach, sicher und gut reproduzierbar.

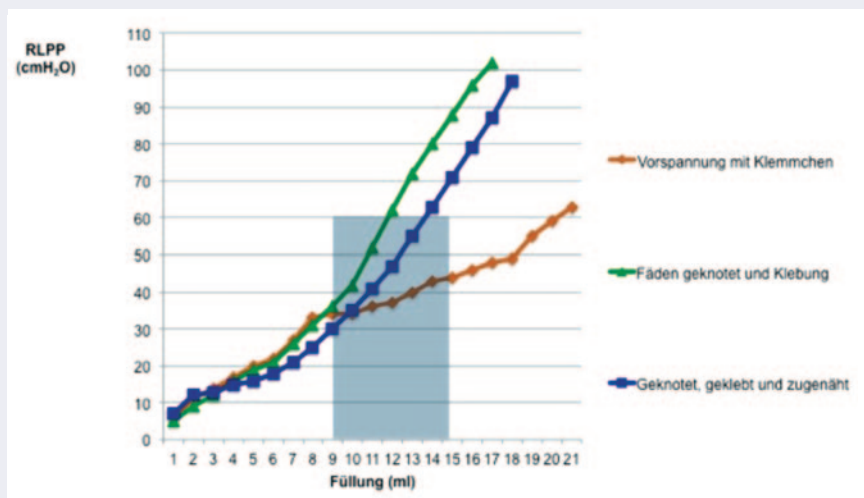


Abbildung 1

Schlussfolgerung:

Der caudal-mediale Bereich der Membrana obturatoria ist die stabilste und sicherste Lokalisation und daher am besten zur Ankerplatzierung beim Mann geeignet. Das neuartige adjustierbare Bandsystem hat eine einfache Applikation und eine exzellente Stabilität gezeigt. Der urethrale Verschlussdruck konnte an der männlichen Leiche effektiv in Abhängigkeit von der Befüllung des Wirkelements erhöht werden. Das neue Bandsystem ist somit für die Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz geeignet. Der Zusammenhang von Verschlussdruck und Kontinenz muss in klinischen Studien weiter untersucht werden.

Interessenkonflikte:

Keine in Zusammenhang mit der präsentierten Arbeit

Literatur:

1. Comiter CV, Sullivan MP, Yalla SV. Correlation among maximal urethral closure pressure, retrograde leak point pressure, and abdominal leak point pressure in men with postprostatectomy stress incontinence. *Urology*. 2003;62(1):75-78.

Schlinge nach Schlinge in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz – eine Option?

Markus Grabbert¹, Tanja Hüscher², Alexander Kretschmer³, Axel Haferkamp², Ricarda Michaela Bauer³

1 Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

2 Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

3 Klinikum der Universität München (LMU), München, Deutschland

Einleitung:

Die Nachfrage nach minimalinvasiven Alternative zum künstlichen Schließmuskel ist von Patientenseite hoch. Daher wurde die Therapieoption der suburethralen Schlinge nach vorheriger nicht zufriedenstellender Schlingenimplantation in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz evaluiert.

Methode:

Insgesamt wurden 41 Patienten identifiziert und aus der DOMINO (Debates on Male Incontinence) Datenbank extrahiert. Alle Patienten erhielten ein erneutes Schlingensystem, zwischen 2010 und 2012, nach vorheriger nicht zufriedenstellender Operation mittels Schlingensystem. Die statistische Analyse erfolgte mittels SPSS.

Ergebnisse:

Insgesamt wurde 8 (19,5%) Patienten eine AdVance resp. AdVance XP Schlinge und 33 (80,5%) Patienten ein adjustierbares Schlingensystem implantiert. Das durchschnittliche Alter betrug 78,8 Jahre. Die inkontinenzauslösende Operation war in 37 (90,2%) Fällen eine radikale Prostatektomie. Eine vorherige Radiatio hatten insgesamt 5 Patienten (12,2%). Eine vorherige Schlitzung der Harnröhre bzw. des Blasenhalses wurde bei 4 Patienten (9,8%) in der Vorgeschichte durchgeführt. Der präoperative Vorlagenverbrauch lag im Durchschnitt bei 5,7 Vorlagen pro Tag (SD: 3,45; min-max: 1-20). Im 24h Pad-Test lag der durchschnittliche Urinverlust präoperativ bei 611g (SD: 821,54; min-max: 100-3500), sofern verfügbar. Es traten keine intraoperativen Komplikationen auf. Eine zeitgleiche Schlingenexplantation erfolgte bei 12 Patienten (29,3%). Das mediane Follow-Up lag bei 14 Monaten. Es trat keine de-novo Urge Symptomatik auf. Eine anticholinerge Medikation wurde bei 2 Patienten fortgeführt (4,9%). In der subjektiven Wahrnehmung geben 27,7% der Patienten an trocken zu sein, 38,9% der Patienten berichten über eine Verbesserung, jedoch geben auch 27,7% der Patienten an, dass sie keine Veränderung erfahren hätten bzw. 5,6% der Patienten berichten über eine Verschlechterung der Symptomatik. Der postoperative Vorlagenverbrauch lag im Durchschnitt bei 0,72 Vorlagen (SD 0,46; min-max: 0-2), sofern verfügbar. Eine Nachadjustierung erfolgte bei 18 Patienten (54,5% der Patienten mit adjustierbarer Schlinge). Die durchschnittliche Anzahl an Nachadjustierungen lag bei 1,4 (SD 0,61; min-max: 1-3). Es kam zu keiner Harnröhrenarrosion oder Systemdefekten. Jedoch erfolgten im Verlauf insgesamt 5 Explantation aufgrund von Schmerzen bzw. kutaner Arrosion des Bandsystems.

Schlussfolgerung:

Für ausgewählte Fälle kann die Implantation eines Schlingensystems nach vorheriger nicht zufriedenstellender Operation mittels suburethraler Schlinge eine Therapieoption in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz sein. Bei guter Patientenselektion scheinen die Ergebnisse zufriedenstellend und die Komplikationen zu sein.

Interessenkonflikte:

- M. Grabbert, T. Hüsich, A. Kretschmer and A. Haferkamp declare no potential conflict of interest.
- R. M. Bauer declares consultancy work, lectures, and participation in clinical trials for AMS/Boston Scientific (Minnetonka, MN, USA) and Promedon (Cordoba, Argentina).

Patientenselektion bei mittelgradiger bis schwerer männlicher Belastungsinkontinenz in Zentren mit chirurgischer Expertise

Markus Grabbert¹, Tanja Hüsich², Alexander Kretschmer³, Ruth Kirschner-Hermanns⁴, Ralf Anding⁵, Achim Rose⁶, Alexander Friedl⁷, Alice Obaje⁸, Bernhard Brehmer⁹, Carsten Maik Naumann¹⁰, Fabian Queissert¹¹, Hagen Loertzer¹², Jesco Pfitzenmaier¹³, Joan Nyarangi-Dix¹⁴, Martin Kuroschi², Roberto Ollanas¹⁵, Roland Homberg¹⁶, Rudi Abdunnur¹⁷, Josef Schweiger¹⁸, Carola Wotzka¹⁹, Tobias Pottel²⁰, Axel Haferkamp², Ricarda Michaela Bauer³, Wilhelm Huebner²¹

- 1 Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland
- 2 Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland
- 3 Klinikum der Universität München (LMU), München, Deutschland
- 4 Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland
- 5 Universitätsklinikum, Bonn, Deutschland
- 6 Helios Klinik Duisburg, Duisburg, Deutschland
- 7 KH der Barmherzigen Schwestern, Wien, Österreich
- 8 St. Bernward KH Hildesheim, Hildesheim, Deutschland
- 9 Diakonie KH Schwäbisch Hall, Schwäbisch Hall, Deutschland
- 10 UKSH Kiel, Kiel, Deutschland
- 11 Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland
- 12 Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern, Kaiserslautern, Deutschland
- 13 EVK Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
- 14 Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland
- 15 Klinikum Lüneburg, Lüneburg, Deutschland
- 16 St. Barbara KH Hamm, Hamm, Deutschland
- 17 Helios KH Schwelm, Schwelm, Deutschland
- 18 Katholisches KH Erfurt, Erfurt, Deutschland
- 19 Diakonie KH Stuttgart, Stuttgart, Deutschland
- 20 Vivantes Klinikum am Urban, Berlin, Deutschland
- 21 Landeskrankenhaus Korneuburg, Korneuburg, Österreich

Einleitung:

Adjustierbare kompressive Schlingen (Adj. Schlingen) stellen eine minimalinvasive Alternative zum artifiziellen Sphinkter (AUS) bei männlichen Patienten mit Belastungsinkontinenz dar. Ziel unserer Studie war die Evaluation präoperativer Faktoren im Entscheidungsprozess in Zentren mit hoher chirurgischer Expertise.

Methode:

Insgesamt wurden die Daten von 220 Patienten aus der DOMINO (Debates on Male Incontinence) Datenbank analysiert, die sich zwischen 2010 und 2012 einer operativen Therapie unterzogen haben. Insgesamt wurden 88 AUS und 132 Adj. Schlingen implantiert. Es wurden die Daten aus fünf Kliniken inkludiert, die den Patienten sowohl adjustierbare Schlingen als auch den künstlichen Schließmuskel anbieten und somit verschiedene Optionen anbieten können. Zur statistischen Auswertung wurden der nicht parametrische t-Test sowie der Mann-Whitney-U Test zur Analyse der Unterschiede zwischen beiden Gruppen verwendet.

Ergebnisse:

Patienten, denen eine adjustierbare Schlinge implantiert wurde hatten weniger neurologische Vorerkrankungen (5.3% vs. 9.1%, $p=0.030$), weniger Harnröhrenstrikturen in der Vorgeschichte (22.7% vs. 50.0%, $p=0.001$), weniger vorherige Inkontinenzoperationen (24.4% vs. 45.5%, $p=0.01$) sowie eine geringe Rate an vorheriger Radiatio (26.5% vs. 40.1%, $p=0.001$) im Vergleich zu Patienten mit künstlichem Schließmuskel. Der Schweregrad der Harninkontinenz war bei Patienten, die einen AUS erhielten ausgeprägter (mittlerer Vorlagenverbrauch pro Tag: 7,60 vs. 5,80, $p<0.001$; 24h Pad Test: 734 g vs. 470 g; $p=0.049$).

Der postoperative Vorlagenverbrauch war vergleichbar in beiden Gruppen mit einem Durchschnitt von 1,77 (min/max: 0-7; SD 1.96) Vorlagen für die Patienten mit AUS resp. 1,95 Vorlagen (min/max: 0-7; SD 1.88) für die Patienten mit adjustierbaren Schlingen ($p=0.106$).

In einer Subgruppenanalyse bestrahlter Patienten zeigte sich ein deutlich geringerer Vorlagenverbrauch für die Patienten mit AUS (Mittlerer Vorlagenverbrauch untertags: 2.73; SD 1.79 vs. 1.46; SD 1.39; $p=0.042$).

Schlussfolgerung:

Eine vorherige Bestrahlung, eine vorherige Inkontinenzoperation sowie Harnröhrenstrikturen in der Vorgeschichte scheinen relevante Faktoren für den Entscheidungsprozess in Klinik zu sein, die mehrere chirurgische Optionen bieten. Der AUS wird tendenziell für komplexere Fälle gewählt, zeigt allerdings auch eine höhere Komplikations- sowie Explantationsrate. Trotz einer höhergradigen präoperativen Inkontinenz bei den Patienten, die für einen AUS ausgewählt wurden, scheinen die postoperativen Ergebnisse vergleichbar, was die bedachte Patientenselektion in Patienten mit entsprechender chirurgischer Expertise bestätigt.

Interessenkonflikte:

- M. Grabbert, T. Hüscher, A. Kretschmer, R. Kirschner-Hermanns, R. Anding, A. Rose, A. Friedl, A. Obaje, B. Brehmer, F. Queissert, J. Pfitzenmaier, J. Nyarangi-Dix, M. Kurosch, R. Ollianas, R. Homberg, J. Schweiger, T. Hofmann, C. Wotzka and A. Haferkamp declare no potential conflict of interest.
- C. M. Naumann declares lectures, consultancy work, and participation in clinical trials for Coloplast.
- H. Loertzer declares lectures, consultancy work, and participation in clinical trials for Coloplast.
- R. Abdunnur declares consultancy work, lectures, and participation in clinical trials for AMS/Boston Scientific (Minnetonka, MN, USA) and Promedon (Cordoba, Argentina).
- T. Pottek declares consultancy work, lectures for Boston Scientific/AMS, Promedon, Zephyr, and Teleflex.
- R. M. Bauer declares consultancy work, lectures, and participation in clinical trials for AMS/Boston Scientific (Minnetonka, MN, USA) and Promedon (Cordoba, Argentina).
- W. Hübner declares consultancy work, lectures, and participation in clinical trials for Uromedica (Plymouth, MN, USA) and Promedon (Cordoba, Argentina).

Advance XP: hat das Alter Einfluss auf die Ergebnisse und Komplikationen?

Jan-Niclas Mumm¹, Benedikt Klehr¹, Christian Gozzi², Peter Rehder³, Florian May⁴, Roland Homberg⁵, Peter Gebhart⁶, Christian G. Stief¹, Ricarda M. Bauer¹

- 1 München, Deutschland
- 2 Bozen, Italien
- 3 Innsbruck, Österreich
- 4 Dachau, Deutschland
- 5 Hamm, Deutschland
- 6 Vöcklabruck, Österreich

Einleitung:

In der Therapie der Post-Prostatektomie-Inkontinenz ist die AdvanceXP-Schlinge in Europa bereits seit Jahren etabliert. Viele Studien haben die Sicherheit und Effektivität in einem ausgewählten Patientenkollektiv mehrmals bestätigen können. Ziel dieser Arbeit war es nun die Erfolgsraten und postoperativen Komplikationen in Abhängigkeit vom Patientenalter zu analysieren.

Methode:

Insgesamt wurden 115 Patienten in die Studie eingeschlossen. Patienten mit Urinverlust im Liegen, vorheriger Inkontinenz-Operation und einer funktionellen Harnröhrenlänge <1 cm wurden ausgeschlossen. Postoperativ wurden ein standardisierter 24-Stunden-Pad-Test sowie eine Erhebung der Lebensqualität mittels I-QoL und ICIQ-UI SF durchgeführt. Weiter wurden der postoperative Schmerz mittels visueller Analogskala (VAS) erhoben und IIEF-5, IPSS sowie PGI wurden abgefragt. Alle Patienten mit einem Urinverlust von ≥ 5 g im 24-Stunden-Pad-Test wurden als „geheilt“ bewertet. Patienten mit einer Reduktion des Urinverlusts $>50\%$ wurden als „gebessert“ bewertet. Alle erhobenen Variablen wurden in Abhängigkeit zum Patientenalter beurteilt. Unterschieden wurde zwischen Patienten unter 70 Jahren und Patienten über 70 Jahren.

Ergebnisse:

Der Mittelwert des präoperativen Urinverlusts im 24h-Pad-Test war bei den über 70-jährigen Patienten 323 g. Der Mittelwert des präoperativen Urinverlusts der unter 70-Jährigen betrug 270 g. Nach einem Follow-Up von 3 Monaten ($n=72$) waren 66,7% der Patienten unter 70 Jahren geheilt und ($n=45$) 65,9% der Patienten über 70 Jahren geheilt. Bei 29,2% der unter 70-Jährigen und 29,5% der über 70-Jährigen verbesserte sich die Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 36,2 g ($p<0,001$) bei den unter 70-jährigen Patienten und auf 30,8 g bei den über 70-jährigen Patienten. Die mittlere VAS lag bei 0,6 Punkten bei den unter 70-jährigen und bei 0,5 bei den über 70-jährigen, der mittlere PGI bei 1,4 bei den unter 70-jährigen und bei 1,7 bei den über 70-jährigen Patienten. In beiden Patientengruppen verbesserten sich die Lebensqualitäts-Scores signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar.

Nach einem Follow-Up von 6 Monaten (n=70) waren 68,6% der Patienten unter 70 Jahren geheilt und (n=45) 64,4% der Patienten über 70 Jahren geheilt. Bei 25,7% der unter 70-Jährigen und 26,7% der über 70-Jährigen verbesserte sich die Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 17g ($p<0,001$) bei den unter 70-jährigen Patienten und auf 34,6 g bei den über 70-jährigen Patienten. Die mittlere VAS lag bei 0,4 Punkten bei den unter 70-jährigen und bei 0,4 bei den über 70-jährigen, der mittlere PGI lag bei 1,5 bei den unter 70-jährigen und bei 1,6 bei den über 70-jährigen Patienten. In beiden Patientengruppen verbesserten sich die Lebensqualitäts-Scores signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar.

Nach einem Follow-Up von 12 Monaten (n=70) waren 72,9% der Patienten unter 70 Jahren geheilt und (n=44) 56,8% der Patienten über 70 Jahren geheilt. Bei 21,4% der unter 70-Jährigen und 34,1% der über 70-Jährigen verbesserte sich die Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 19,8 g ($p<0,001$) bei den unter 70-jährigen Patienten und auf 26,4 g bei den über 70-jährigen Patienten. Die mittlere VAS lag bei 0,2 Punkten bei den unter 70-jährigen und bei 0,3 bei den über 70-jährigen der mittlere PGI lag bei 1,4 bei den unter 70-jährigen und bei 1,6 bei den über 70-jährigen Patienten. In beiden Patientengruppen verbesserten sich die Lebensqualitäts-Scores signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar.

Patienten mit höherem Alter zeigten postoperativ einen höheren Urinverlust im 24 h-Pad-Test nach 1 Jahr ($p=0,003$).

Es traten keine intraoperativen Komplikationen auf. Bei 6 Patienten (5,5%; FU12 mit n=108) kam es zu einem persistierenden Restharn, davon 3 Patienten über 70 Jahre und 3 Patienten unter 70 Jahre. Die Restharnbildung trat dabei durch eine Überkorrektur im Rahmen der intraoperativen Entfernung der Tyvek-Hüllen auf. Deshalb wurde im weiteren Studienverlauf die Implantationstechnik geändert. Hieraufhin kam es zu keinen weiteren Fällen mit dauerhafter Restharnbildung. Es traten weder Erosionen noch Explantationen auf.

Schlussfolgerung:

Die vorliegenden Ergebnisse konnten zeigen, dass das AdVanceXP-male-sling in der Therapie der Post-Prostatektomie-Inkontinenz eine dezent abnehmende Erfolgsrate bei steigendem Alter aufweist. Das Alter der Patienten zeigt in Bezug auf die Komplikationsrate keinen Einfluss.

OASIS – kann Physiotherapie helfen?

Almut Köwing

Buchholz, Deutschland

Einleitung:

Die geburtsbedingten analen Sphinkterverletzungen (OASIS) mit Stuhlinkontinenz stellen für die betroffenen Frauen eine besondere Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität dar und sind zugleich eine große seelische Belastung.

Methode:

Darstellung der in der Literatur beschriebenen Häufigkeit von OASIS und der konservativen Therapieoptionen durch die Physiotherapie

Ergebnisse:

Beachtenswert ist die große Zahl der nicht erkannten post partalen okkulten analen Sphinkterverletzungen. Die perineale Diagnostik per Ultraschall bei jeder Frau post partum wäre wünschenswert, um eine sofortige konservative Rehabilitation post partum oder nach erfolgter Rekonstruktion zu beginnen. Nach der Physiotherapeutischen Diagnostik per Fragebögen, Inspektion und Palpation, kommen neben der Patientenedukation weitere Interventionen wie das Beckenbodenmuskeltraining, ggf. mit Elektrostimulation, Oberflächen EMG, funktioneller Ultraschall (Erlernen der korrekten Kontraktion) und Verhaltenstraining zum Einsatz. Besondere Bedeutung muss der Adherence geschenkt werden. Durch gemeinsame Zielsetzung und Therapie Planung kann die Motivation der Patientin gesteigert werden.

Viele Studien zeigen eine Reduktion der Symptome (klinische Signifikanz) und Verbesserung der Quality of life.

Schlussfolgerung:

Der interprofessionelle Blick auf Patientinnen mit dieser gravierenden Verletzung sollte unser gemeinsames Ziel sein, um eine sofortige Therapie und Rehabilitation zu ermöglichen.

Trotz allgemeiner ungenügender valider Daten empfiehlt die „International Consultation on Incontinence“ basierend auf den niedrigen Kosten für die Physiotherapeutische Behandlung und das Fehlen von Nebenwirkungen, dass Beckenbodenmuskeltraining (inkl. Aufklärung und Beratung) integrativer Teil des Behandlungspfades sein kann.

Literatur:

1. Ahnis A, Holzhausen M, Rockwood TH, Rosemeier HP. FLQAI – A Questionnaire on Quality of Life in Fecal Incontinence: German translation and validation of Rockwood et al.'s (2000) Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQLS). Z Gastroenterol. 2012 Jul;50(7):661-9. DOI: 10.1055/s-0031-1299318
2. Alewijnse D, Metsemakers JF, Mesters IE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. NeuroUrol Urodyn. 2003;22(4):284-95. DOI: 10.1002/nau.10122
3. Berghmans LC, Groot JA, van Heeswijk-Faase IC, Bols EM. Dutch evidence statement for pelvic physical therapy in patients with anal incontinence. Int Urogynecol J. 2015 Apr;26(4):487-96. DOI: 10.1007/s00192-014-2555-y
4. Bø K, Berghmans B, Mørved S, Van Kampen M, editors. Evidence-based Physical Therapy for the Plevic Floor. Elsevier; 2015.
5. Bø K, Aschehoug A. Evidence-based Physical Therapy for the Plevic Floor. Elsevier; 2015.

6. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn*. 2014 Mar;33(3):269-76. DOI: 10.1002/nau.22402
7. Dietz HP, Wilson PD, Clarke B. The use of perineal ultrasound to quantify levator activity and teach pelvic floor muscle exercises. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(3):166-8; discussion 168-9.
8. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg*. 2008 Feb;247(2):224-37. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318142cdf4
9. Fragebogen zur Defäkation. Verfügbar unter: <https://www.ag-ggup.de/>
10. Frawley HC, McClurg D, Mahfooza A, Hay-Smith J, Dumoulin C. Health professionals' and patients' perspectives on pelvic floor muscle training adherence-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper IV of IV. *Neurourol Urodyn*. 2015 Sep;34(7):632-9. DOI: 10.1002/nau.22774
11. Guzmán Rojas RA, Shek KL, Langer SM, Dietz HP. Prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013 Oct;42(4):461-6. DOI: 10.1002/uoq.12481
12. Jorge JM, Habr-Gama A, Wexner SD. Biofeedback therapy in the colon and rectal practice. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2003 Mar;28(1):47-61.
13. Johannessen HH, Wibe A, Stordahl A, Sandvik L, Mørkved S. Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *BJOG*. 2017 Mar;124(4):686-694. DOI: 10.1111/1471-0528.14145
14. Kraemer WJ, Ratamess NA. Fundamentals of resistance training: progression and exercise prescription. *Med Sci Sports Exerc*. 2004 Apr;36(4):674-88.
15. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Leitlinie „Dammris III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt, Management“. Registernummer 015-079. AWMF; 2014. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-079.html>
16. Mathé M, Valancogne G, Atallah A, Sciard C, Doret M, Gaucherand P, Beaufils E. Early pelvic floor muscle training after obstetrical anal sphincter injuries for the reduction of anal incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Apr;199:201-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.01.025
17. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11;(7):CD002111. DOI: 10.1002/14651858.CD002111.pub3
18. Oakley SH, Ghodsi VC, Crisp CC, Estanol MV, Westermann LB, Novicki KM, Kleeman SD, Pauls RN. Impact of Pelvic Floor Physical Therapy on Quality of Life and Function After Obstetric Anal Sphincter Injury: A Randomized Controlled Trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Jul-Aug;22(4):205-13. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000255
19. Ozyurt S, Aksoy H, Gedikbasi A, Yildirim G, Aksoy U, Acmaz G, Ark C. Screening occult anal sphincter injuries in primigravid women after vaginal delivery with transperineal use of vaginal probe: a prospective, randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Oct;292(4):853-9. DOI: 10.1007/s00404-015-3708-z
20. Peirce C, Murphy C, Fitzpatrick M, Cassidy M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Randomised controlled trial comparing early home biofeedback physiotherapy with pelvic floor exercises for the treatment of third-degree tears (EBAPT Trial). *BJOG*. 2013 Sep;120(10):1240-7; discussion 1246. DOI: 10.1111/1471-0528.12194
21. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29). [cited 2015 Jan 13]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg29/>
22. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 12;12:CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub3
23. Volløyhag I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen KÅ. Assessment of pelvic floor muscle contraction with palpation, perineometry and transperineal ultrasound: a cross-sectional study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Jun;47(6):768-73. DOI: 10.1002/uoq.15731
24. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 12;12:CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub3
25. Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic Floor Muscle Training Versus Watchful Waiting and Pelvic Floor Disorders in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018 Mar/Apr;24(2):142-149. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000513

Anale Irrigation als Bedingung für die partiell intersphinktere TaTME – ein bemerkenswerter Fall?

Christian Boedecker¹, Jonas Friedrich Schiemer¹, Julian Lehnhard², Werner Kneist¹

¹ Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, und Transplantationschirurgie, Mainz, Deutschland

² Universitätsmedizin Mainz, Stomatherapie, Mainz, Deutschland

Einleitung:

Ein ausgeprägtes tiefes anteriores Resektionssyndrom (LARS) ist eine bekannte Komplikation im langfristigen postoperativen Verlauf nach einer Rektumresektion. Hierbei kommt es durch funktionelle Darmentleerungsstörung zu erheblichen Einschränkungen der postoperativen Lebensqualität. Ursachen können vor allem die postoperativ fehlenden Reservoirfunktion des Enddarmes, direkte operative Schädigungen des Schließmuskels, die Unterbrechung oder Schädigung der Innervation als Folgen des operativen Eingriffs aber auch eine lokale Bestrahlung bei erfolgter Neoadjuvant sein. Eine mögliche Therapie des „LARS“ ist die transanale Irrigation, welche die häufigen Stuhlgänge im Tages- und Nachverlauf reduzieren soll. Es wurde bereits aufgezeigt, dass die tägliche Spülbehandlung mit 1000 ml bei der transanal Irrigation die Häufigkeit an Stuhlgängen signifikant reduziert sowie die Lebensqualität, welches anhand des Wexner und LARS Score erhoben werden kann, verbessert [1].

Methode:

Wir stellen einen Fall nach robotisch assistierter transanaler totaler mesorektaler Resektion mit partiell intersphinkterer Resektion vor, bei dem die Rückverlegung des protektiven Stomas unter der Maßgabe des Erlernens der analen Irrigation erfolgte. Die Anastomose (Seit-zu-End Handanastomose, 2,5 cm ab anocutan) war primär verheilt. Nach neoadjuvanter Radiochemotherapie, Operation und Komplettierung der perioperativen Chemotherapie waren sowohl Ruhe als auch Willkürtonus trotz mehrmonatiger Physiotherapie (Beckenbodentraining) erheblich eingeschränkt (DRESS 1-2/3). Nach ärztlicher Aufklärung und unter Anleitung des Stomatherapeuten war das Erlernen der Irrigation für den 63-jährigen Mann jedoch unproblematisch und das Stoma wurde daraufhin komplikationslos zurückverlagert.

Ergebnisse:

Der anschließend über 100 Tage lückenlos protokollierte Verlauf zeigt den anhaltenden Erfolg nach einer Eingewöhnungszeit von 21 Tagen. Mit einer morgentlichen Spülbehandlung (1000-1100 ml; 2,5 Pumpstöße; 5-6 Minuten Wartezeit) lag die Stuhlfrequenz im Median bei 1/24 h (Median: 23:45 h, Streubreite: 0-27 h).

Schlussfolgerung:

Unter der Maßnahme besteht kein LARS Syndrom, der Patient ist zufrieden und empfiehlt die anale Irrigation weiter.

Literatur:

1. Rosen HR, Kneist W, Fürst A, Krämer G, Hebenstreit J, Schiemer JF. Randomized clinical trial of prophylactic transanal irrigation versus supportive therapy to prevent symptoms of low anterior resection syndrome after rectal resection. *BJS Open*. 2019 Mar 18. DOI: 10.1002/bjs5.50160

Abstractautoren

R. Anding, Bonn (S. 61)

K. F. Becher, Wartenberg (S. 12)

C. Boedecker, Mainz (S. 71)

T. Cadenbach-Blome, Hamburg (S. 36)

V. Döllinger, Wiesbaden (S. 51)

A. Fischer, Eschwege (S. 25)

M. Grabbert, Freiburg im Breisgau (S. 42, 63, 65)

S. Haider, Witten (S. 48)

A. Köwing, Buchholz (S. 69)

T. Lichtenberg, Witten (S. 56)

G. Link, Düren (S. 50)

G. Mohnfeld, Gelsenkirchen (S. 22)

J. N. Mumm, München (S. 67)

G. Naumann, Erfurt (S. 29)

J. Neymeyer, Berlin (S. 31, 33, 59)

N. Ng-Stollmann, Tettngang (S. 60)

G. Noé, Dormagen (S. 35)

K. Oleksiw, Feldkirchen, Österreich (S. 28)

M. Plum, Köln (S. 18)

C. Ratz, Groß-Gerau (S. 52)

C. Rothe, Wörth (S. 38)

D. Rouzitalab, Witten (S. 46)

J. Schiemer, Mainz (S. 27)

B. Schilcher, Meerbusch (S. 58)

B. Schulte-Frei, Köln (S. 54)

S. Soeder, Berlin (S. 53)

F. Spranger, Witten (S. 17)

M. Szakacs, Berlin (S. 20)

S. Tapken, Bonn (S. 44)

L. Wechselberger, Witten (S. 49)

A. Wiedemann, Witten (S. 15, 19, 41, 43)

