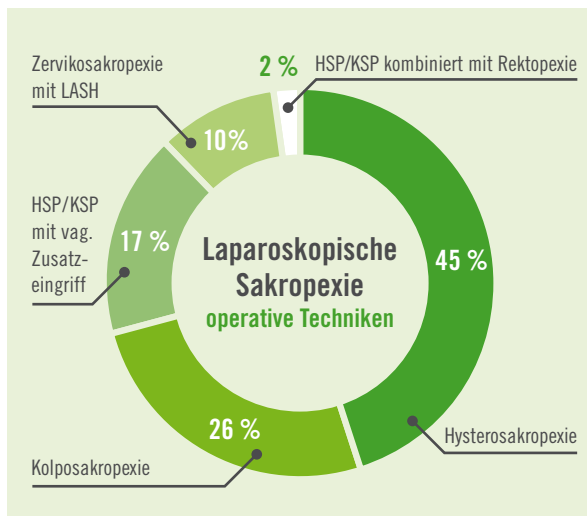


## Ein Wandel in der operativen Behandlung des genitalen Deszensus?

Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einer eigenen Patientinnenbefragung zur laparoskopischen Sakropexie

Immer häufiger werden wir in unserer täglichen Praxis mit dem Problem des genitalen Deszensus konfrontiert. Die deutlich sinkende Lebensqualität infolge der Beschwerden ist meist der Anlaß, weshalb sich die Patientinnen hilfeschend an uns wenden.

Nach Ausschöpfung konservativer Behandlungsalternativen sollte neben einer urogynäkologischen Diagnostik vor allem die individuelle Lebenssituation und die subjektiven Ansprüche an die Lebensqualität der betroffenen Frau zur Grundlage einer operativen Therapieempfehlung herangezogen werden.



Grafik 1, OP-Techniken – Laparoskopische Sakropexie

Hier zeigt die Erfahrung, dass die jahrelang in der vaginalen Deszensuschirurgie praktizierte Hysterektomie (HE) ohne spezielle uterine Pathologie von der großen Mehrheit der betroffenen Frauen zurecht nicht mehr akzeptiert wird. Der Wunsch nach körperlicher Integrität, die Wertevorstellung zum Organ Gebärmutter und die ganz persönliche Wahrnehmung von sexueller Empfindung stehen bei der Argumentation im Vordergrund. Die Folgeerscheinungen nach HE bzw. vaginaler OP (schlechtere apikale Fixation, Dyspareunie, Komplikationshäufigkeit nach Einsatz großflächiger Netzinterponate) sollen da nur in zweiter Linie Erwähnung finden.

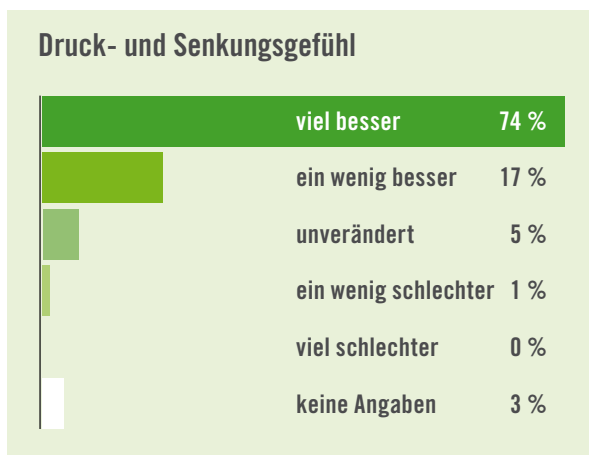
Zu dieser Einschätzung stehe ich auch mit meiner eigenen Erfahrung. Ausgehend von einer profunden Schule in der Vaginalchirurgie und deren jahrelanger Praxis nutze ich auch heute noch die Vorteile dieser Technik in speziellen Situationen oder als Ergänzung.

Für ein individualisiertes und umfassendes Behandlungskonzept in der Urogynäkologie sollten die Patientinnen sowohl über laparoskopisch/minimal-invasive als auch vaginale OP-Strategien aufgeklärt werden.

So hat sich eine organerhaltende OP-Methode entwickelt, die lediglich strukturelle Defizite im uterinen Bandapparat ersetzt. In großen Untersuchungen (*Maier, Baessler 2004; Banerjee, Noè 2011; Maier 2011*) wurde die höhere subjektive Zufriedenheits- und objektive Erfolgsrate der abdominalen/laparoskopischen Sakropexie gegenüber der sakrospinalen Fixation bzw. kompletten vaginalen Netzkorrekturen nachgewiesen.

Nach nunmehr fast 10 Jahren eigener Erfahrungen mit der operativen Technik der laparoskopischen Sakropexie [als Hysterosakropexie, als Zervikosakropexie nach LASH oder als Kolposakropexie nach anamnestisch erfolgter Hysterektomie; Verteilung → Grafik 1] untersuchten wir mittels Patientinnenbefragung retrospektiv das OP-Ergebnis sowie die OP-Zufriedenheit.

Von den 216 befragten Patientinnen, die im Zeitraum 2007–2014 operiert wurden, haben 75 % den Fragebogen beantwortet. Das Durchschnittsalter lag bei 61,6 Jahren (32–81 Jahre) zum Zeitpunkt der Operation. Eine Konversion vom laparoskopischen Zugang zur Laparotomie war nur in einem einzelnen Fall erforderlich, ein Umstieg auf ein vaginales Verfahren erfolgte in fünf Fällen. Der Operateur war in allen Fällen derselbe. Die mittlere OP-Zeit für die Hysterosakropexie lag bei 59 Minuten. Da die Operation nahezu blut trocken verläuft, war auch in keinem Fall eine Bluttransfusion erforderlich. Es gab keine Harnleiterkomplikationen, vier sofort bemerkte und behobene Harnblasenläsionen, einen Bridenileus im zweijährigen Intervall zur OP und eine Peritonitis nach perforiertem Sigmavertikel.



Grafik 2, Druck- und Senkungsgefühl nach OP

#### Ergebnisse

Über 90 % der Patientinnen berichten von einer Verringerung des Druck- und Senkungsgefühls [→Grafik 2], womit sich auch nach Jahren die Operation als dauerhaft wirksam zeigt. Sofern vor der Operation ein Harndrang bestand, zeigte sich auch hier bei 58 % der Patientinnen ein Symptomrückgang. Bei 15 % der Patientinnen bestand auch vor der OP keine Drangsymptomatik, 5 % gaben eine Verschlechterung an.

Bei der Belastungsharninkontinenz sind die Ergebnisse erwartungsgemäß nicht ganz so eindeutig. Denn nicht



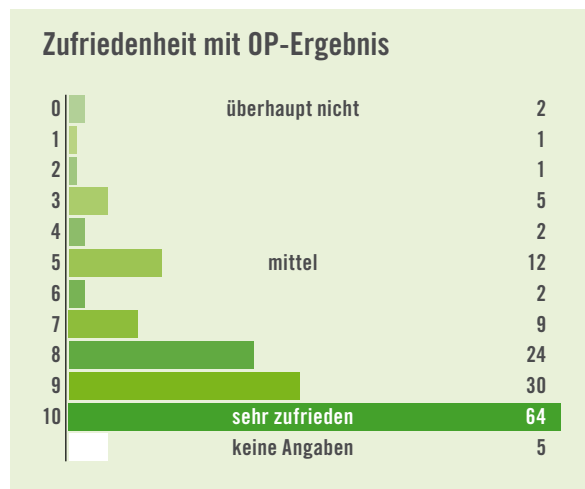
Grafik 3, Belastungsharninkontinenz nach OP

seltener steckt hinter einem Deszensus eine larvierte Harninkontinenz, die erst bei Beheben der Senkung zu einer Symptomatik führt und ggf. in einer weiteren Operation behoben werden kann. [→Grafik 3]

In nur 3 % werden neu aufgetretene Schmerzen bei Geschlechtsverkehr beschrieben.

Einer erneuten Operation mussten sich 10 % der Frauen unterziehen. Hier wurde jedoch nicht zwischen Senkungsrezidiv- und Inkontinenzoperation differenziert.

Aus Sicht der Patientinnen würden sich 86 % der Frauen erneut einer laparoskopischen Sakropexie unterziehen. Dies spiegelt sich auch in der hohen Zufriedenheit mit dem OP-Ergebnis von 89 % wieder. [→Grafik 4]



Grafik 4, Zufriedenheit mit OP-Ergebnis

#### Fazit

Die laparoskopische Sakropexie ist ein minimal-invasives Verfahren, welches im Hinblick auf die OP-Zeit, die peri- und postoperativen Komplikationen und das postoperative Ergebnis mit dem offenen und vaginalen Vorgehen vollkommen gleichwertig ist.

Aufgrund der verbesserten Akzeptanz eines organerhaltenden und den Bandapparat gezielt ersetzenden Therapieansatzes wird sich, meiner Meinung nach, dieses Verfahren trotz seiner Komplexität und der langen operativen Lernkurve durchsetzen.