

Ein konzeptionelles Vorgehen ist notwendig

Deszensusoperationen der alternden Frau

Die operative Versorgung des genitalen Deszensus hat sich in den letzten 20 Jahren stark gewandelt. Bis zum Millenniumwechsel dominierte die vaginale Chirurgie mit körpereigenem Gewebe das Operationskonzept. Diaphragmaplastik, Kolpoperineoplastik, vaginale Hysterektomie, allenfalls mit einer sacrospinalen Fixation kombiniert, entsprachen über 90% der Deszensusoperationen. Die abdominale Sakrokolpopexie war einigen wenigen Indikationen vorbehalten. Der vorliegende Artikel bespricht die seitherige Entwicklung und erläutert das heute am zertifizierten Beckenbodenzentrum des Aarauer Kantonsspital gehandhabte Konzept zur Indikationsstellung und Operationsplanung.

La prise en charge opératoire du prolapsus génital a connu de profonds changements au cours des deux dernières décennies. Jusqu'à la fin du siècle passé, l'approche vaginale sans utilisation de matériel prothétique était la règle. Les colporraphies, plasties du diaphragme avec ou sans hystérectomie, éventuellement combinées avec une fixation sacro-spinale représentaient plus de 90% des interventions. La colpopexie par voie abdominale était réservée à quelques indications particulières. Le présent article parcourt l'évolution des techniques opératoires depuis le changement du millénaire et présente l'approche actuellement pratiquée au centre certifié du plancher pelvien du service de gynécologie du Kantonsspital Aarau afin de poser l'indication et de choisir la meilleure technique opératoire au cas par cas.

Mit der Einführung von Netzen begann 2003 der vermeintliche Siegeszug der vaginalen Netzimplantation. Die Rezidivrate konnte nachweislich reduziert werden, allerdings mit dem Preis einer erhöhten Rate von Nebenwirkungen und Komplikationen. Frei liegende Netze, Dyspareunie und Schmerzen im Operationsgebiet hoben die Vorteile der geringeren Rezidivraten oder der besseren anatomischen Resultate wieder auf. Nach der Warnung der FDA im Jahr 2011 über die erwähnten Nachteile, zogen viele Produzenten die vaginalen Netze vom Markt zurück. Dieses reinigende Gewitter («A perfect storm») (1) war dringend erforderlich, um sich auf die zentralen Aspekte der Deszensuschirurgie zu besinnen.

Im zertifizierten Beckenbodenzentrum des Kantonsspitals Aarau verfolgen wir ein Konzept mit reproduzierbarer Indikationsgrundlage:

- Anatomie des Deszensus
- Funktionelle Beschwerden der Patientin
- Erwartungen an die Lebensführung wie körperliche Belastung (Arbeit, Sport), Sexualität
- Evidenzbasierte Erfolgszahlen und Rezidivraten einer Operationsart
- Mögliche Komplikationen der verschiedenen Operationsarten
- Narkoserisiken
- Invasivität des Eingriffs



Prof. Dr. med. Gabriel Schär
Aarau

Im Folgenden werden zur didaktisch einfacheren Darstellung die Defekte einzeln dargestellt, auch wenn diese oft kombiniert vorkommen. Dabei werden die obigen Grundlagen immer wieder zur Sprache kommen und deren Bedeutung geklärt.

Operation der Zystozele

Der Operationstyp bei der Zystozele hängt vom zugrundeliegenden anatomischen Defekt ab. Die Daten zeigen, dass die traditionelle Zystozelenkorrektur die höchste Rezidivrate aufweist (2, 3). Dies vor allem dann, wenn eine auf einem paravaginalen Defekt beruhende symptomatische Zystozele alleine mittels Diaphragmaplastik behoben wird (4). Abb. 1 erklärt die Zusammenhänge. Ein reiner zentraler Defekt kann mittels Diaphragmaplastik genügend versorgt werden. Bei einem paravaginalen Defekt entsteht aber keine genügende Stabilisierung der Faszienstrukturen weil die laterale Fixation fehlt. Das Gewebe wird lediglich in der Mittellinie gerafft. Eine Netzeinlage mit lateraler Verankerung ist hier adäquat. Bei einer Zystozele ist in 85% der Fälle auch ein apikaler Defekt vorhanden (5). Deshalb ist eine Kombination mit einer sacrospinalen Fixation nach Richter indiziert welche die notwendige apikale Verankerung sicherstellt. Bei grossen Prolapsformen mit naturgemäss höherem Rezidivrisiko wenden wir ebenfalls vaginale Netze an, welche die Faszia verstärken und eine laterale Fixation ermöglichen (6).

Operation der Rektozele

Die Rektozelenkorrektur mittels Kolpoperineoplastik ist eine wirksame und komplikationsarme Operation. Die Rezidivrate liegt unter 10% (7, 8). Die Anwendung von Netzen zur Rektozelenkorrektur ist im primären Fall unnötig weil sie zu einer signifikanten Zunahme der Nebenwirkungen wie Dyspareunie, vaginale Schmerzen, Netzerosionen, Infektionen führen würde. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis von dorsalen Netzanwendungen ist ungünstig. Die Kolpoperineoplastik wird nach den heutigen Empfehlungen im Sinne einer Doppelung (Raffung) der Denonvillier-Faszia durchgeführt. Dabei werden Nähte mit medialer Vereinigung des Musculus levator ani vermieden, weil sie unphysiologisch sind, die Rezidivrate nicht verbessern und eine erhöhte Dyspareunierate verursachen (8). Die Anwendung von dorsalen Netzen kann nur im Rezidivfall gerechtfertigt werden.

ABB. 1 Zusammenhang zwischen Anatomie und zu wählendem Operationstyp der Zystozele

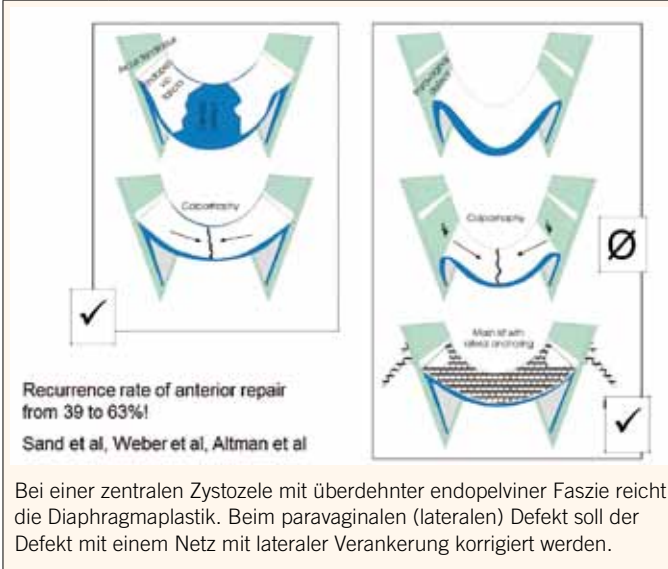
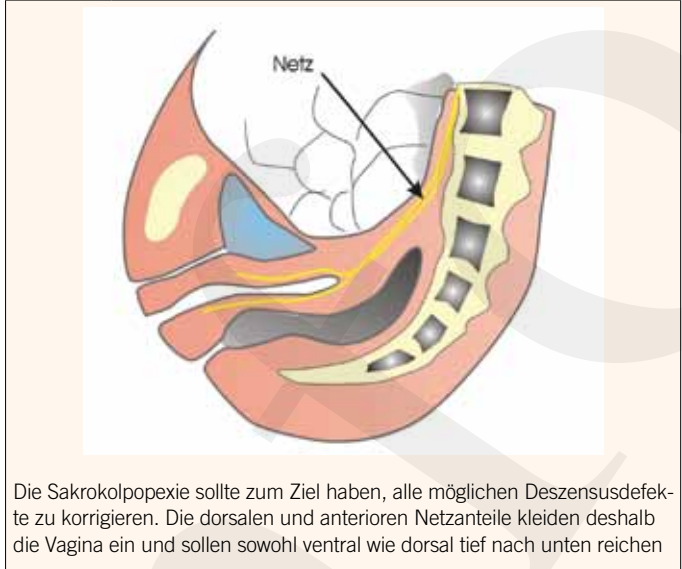


ABB. 2 Sakrokolpopexie



Operation des apikalen Deszensus

Der Apex ist der Schlüssel zum Erfolg einer Deszensusoperation. Ohne eine nachhaltige Stabilisierung und Fixation des Apex vaginae weisen Deszensusoperationen hohe Rezidivraten auf (3rd international consultation on Incontinence – Surgery for POP committee). Die präoperative Beurteilung des Apex vaginae ist von zentraler Bedeutung. Bei jedem apikalen Deszensus mit oder ohne Zysto- oder Rektozele kombinieren wir die Operation mit einer Sakrokolpopexie oder einer sakrospinalen Fixation.

Rolle des Uterus

Der Wunsch nach Erhalt des Uterus nimmt bei den betroffenen Frauen zu. Der Uterus braucht für eine erfolgreiche Deszensusoperation nicht entfernt zu werden. Wir führen sowohl die uteruserhaltende laparoskopische Hystero- Sakrokolpopexie wie die vaginale sacrospinale Hystero- Zervikopexie durch. Die Datenlage ist spärlich (9) weshalb bei uns eine randomisierte Studie läuft, welche die intra- und postoperativen Daten und das Outcome der beiden laparoskopischen Sacrocolpopexyien mit oder ohne suprazervikale Hysterektomie vergleicht. Da bei totaler Hysterektomie die Netz-Erosionsrate am Apex deutlich erhöht ist, führen wir die Hysterektomie fast ausschliesslich suprazervikal durch.

Funktionelle Aspekte

In unserem Operationskonzept spielen funktionelle Aspekte wie körperliche und sexuelle Aktivität und damit natürlich auch das Alter und die Lebenserwartung eine grosse Rolle. Wünscht die Patientin weiterhin sexuell aktiv zu sein, bevorzugen wir die Sakrokolpopexie und verzichten wenn immer möglich auf ein vaginal eingelegtes Netz.

Die Rolle der Sakrokolpopexie

Die Durchführung der Sakrokolpopexie und ihrer Varianten hat deutlich zugenommen. Mehrere Gründe sind dabei zu erwähnen. Die Daten zeigen tiefere Rezidiv- und Dyspareunieraten als die vaginalen Operationen (10). Zudem sind Netzerosionen ein seltenes Ereignis. Die Experten sind sich deshalb einig dass die Sakrokolpopexie die Goldstandardoperation beim apikalen Prolaps ist (10). Unsere Nachkontrollstudie nach 5-Jahren bestätigt diese guten Erfolgszahlen auch im Langzeitverlauf (11).

Durch den Siegeszug der laparoskopischen Technik wurde der Nachteil der invasiven, offenen Sakrokolpopexie gegenüber der weniger invasiven vaginalen Technik aufgehoben. Nach laparoskopischen Operationen verlassen die Frauen gleich schnell das Spital wie nach vaginalen Deszensusoperationen. Schmerzen und Rückkehr zur normalen Alltagsbelastung sind ebenfalls nicht mehr unterschiedlich. Allerdings ist die intraoperative Belastung bei einer Laparoskopie höher. In unserem Konzept spielt das deshalb eine Rolle, weil wir die ältere, weniger aktive und möglicherweise multimorbide Frau keiner stärkeren intraoperativen Belastung durch eine Intubationsnarkose und eine zweistündige Trendelenburglage aussetzen wollen.

Die laparoskopische Sakrokolpopexie kann sowohl den apikalen Deszensus wie die Zystozele und in den meisten Fällen auch die Rektozele nachhaltig korrigieren. Voraussetzung ist die tiefe Einlage der Netzanteile (Abb. 2), subvesikal bis zum Meatus urethrae internus, über dem Rektum bis auf Höhe der pararektalen Levatoren (11). Lediglich die klaffende Vagina bei tiefem Dammb ist nicht korrigierbar. Es lohnt sich aber, die Indikation für eine Dammkorrektur durch eine postoperative Beurteilung erst nach etwa drei Monaten vorzunehmen. Meist ist die Symptomatik komplett behoben und ein weiterer Eingriff unnötig, womit der Patientin ein Zusatzeingriff in Form der Kolpoperineoplastik mit erhöhter Dyspareunierate erspart werden kann.

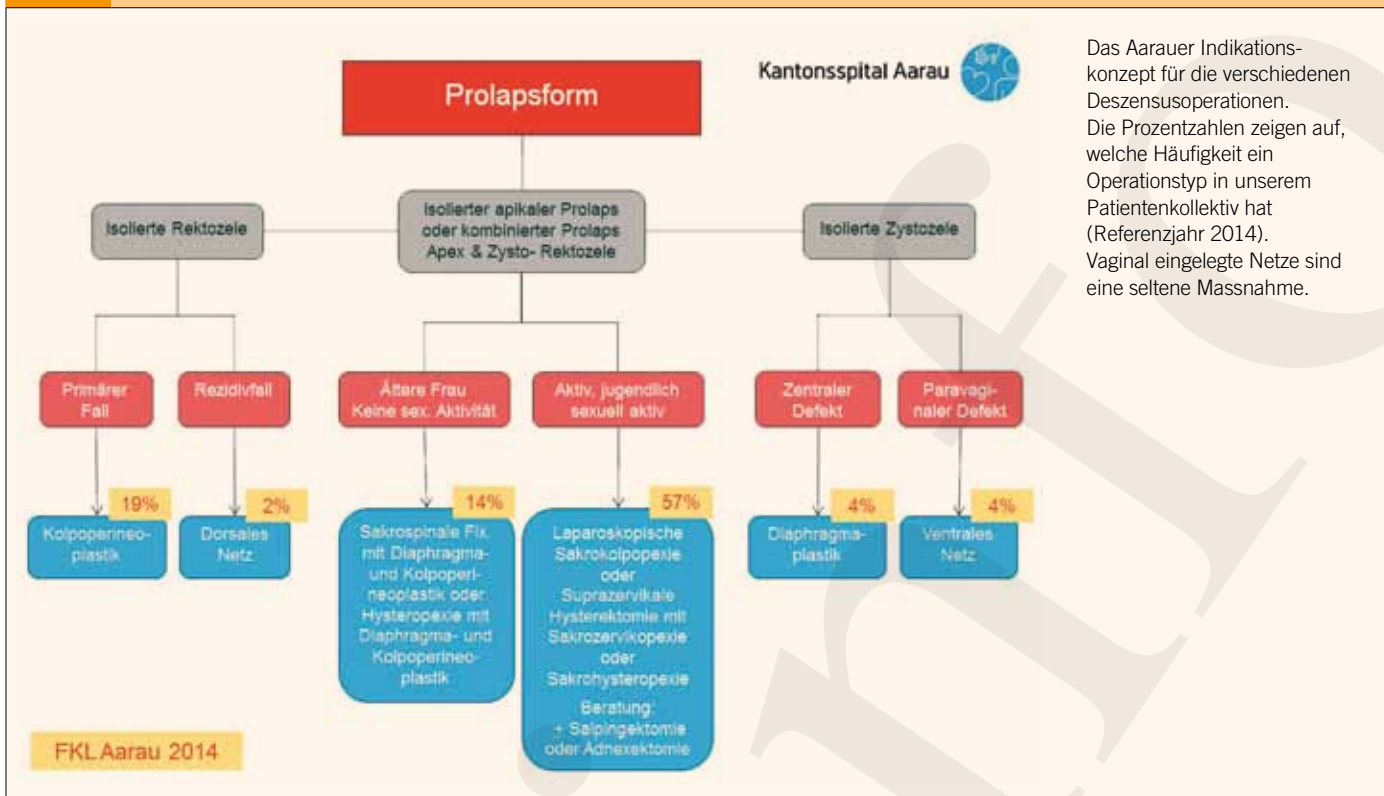
Gesamtkonzept

Abb. 3 zeigt unser operatives Indikationskonzept. Die Entscheidungen basieren auf den aktuellen Kenntnissen von Erfolgszahlen, anatomischen und funktionellen Aspekten aber auch auf dem Wunsch nach einer minimalen Invasivität und möglichst geringer Komplikationsmöglichkeit. Das Alter der Frau spielt dabei gegenüber den Aspekten der Lebensqualität nur eine untergeordnete Rolle. Die Beurteilung ob eine Frau einer Intubationsnarkose mit Trendelenburglage über zwei Stunden ausgesetzt werden kann, hat hohe Bedeutung. Aspekte des Gesundheitszustandes, von internmedizinischen und anderen Risiken sowie die Beurteilung durch die Anästhesieärzte müssen in die Indikationsstellung miteinbezogen werden.

Schlussbemerkung

Wenn wir von Deszensusoperationen der alternden Frau sprechen, entscheidet nicht das absolute Alter der Frau über die anzuwendende Technik. Das hier vorgestellte Konzept basiert auf den Erwartungen

ABB. 3 Indikationskonzept für die verschiedenen Deszensusoperationen



Das Aarauer Indikationskonzept für die verschiedenen Deszensusoperationen. Die Prozentzahlen zeigen auf, welche Häufigkeit ein Operationstyp in unserem Patientenkollektiv hat (Referenzjahr 2014). Vaginal eingelegte Netze sind eine seltene Massnahme.

und Lebensqualitätsaspekten der betroffenen Frauen und fordert vom Spezialisten ein differenziertes Kennen der Resultate urogynäkologischer Operationen sowie die Kompetenz, verschiedene Operationstechniken zu beherrschen. Grosse Deszensusdefekte, Defektanatomie mit paravaginalem Defekt und Rezidive machen meist eine Netzoperation notwendig, entweder als Sakrokolpopexie oder mittels Anwendung eines vaginalen Netzes. Unser Wissen über die Netztechnik wurde in den letzten Jahren stark verbessert. Netze sollen ein niedriges Gewicht, eine hohe Porengrösse und geringe Steifheit und unter Last eine möglichst geringe Deformierung aufweisen.

Wie bei jeder präoperativen Beratung kommt dem Aufklärungsgespräch eine hohe Bedeutung zu. Wir sind verpflichtet, Erfolgs- und Komplikationsraten offenzulegen und im Gespräch die Bedürfnisse der Frau an die Lebensqualität zu erkennen. Narkoseverfahren und allgemeine Operations- und Narkoserisiken sollen mit dem Gesundheitszustand der Frau in die Waagschale gelegt werden. Schliesslich gehören auch prophylaktische Aspekte von uterinen und ovariellen Tumoren zur präoperativen Beratungstätigkeit. Schön, gibt es diese vielfältigen Optionen zur Behebung eines Deszensus. Die Anforderungen an den Diagnostiker und Operateur sind dadurch allerdings komplexer geworden. Zudem reicht es nicht, ein guter Techniker zu sein; auch kommunikative Kompetenz ist gefordert.

Prof. Dr. med. Gabriel Schär

Chefarzt Frauenklinik und Leiter Beckenbodenzentrum
Kantonsspital Aarau
5001 Aarau
gabriel.schaer@ksa.ch, www.frauenklinik.ksa.ch

+ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Die reine Alterszahl genügt nicht, um den richtigen Operationstyp zu wählen
- ◆ Ein konzeptionelles Vorgehen ist notwendig
- ◆ Ein Indikationskonzept soll sich an Bedürfnissen der Frau, Anatomie, Erfolgszahlen, intra- und postoperativen Risiken ausrichten
- ◆ Vaginale Netze sind bei vaginalen Zystozelenkorrekturen meist notwendig, da fast immer ein paravaginalem Defekt vorliegt
- ◆ Im Allgemeinen ist das Einlegen vaginaler Netze aber selten notwendig
- ◆ Bei 85% der Zystozelendefekte liegt ein apikaler Deszensus vor
- ◆ Die Sakrokolpopexie gilt für alle Deszensusformen mit apikalem Deszensus als Goldstandard
- ◆ Das sorgfältige Indikations- und Aufklärungsgespräch ist vor vaginaler Netzeinlage von besonderer Bedeutung

Messages à retenir

- ◆ L'âge comme seul critère décisionnel pour le choix de la technique opératoire n'est plus du tout adéquat
- ◆ Il faut une approche individualisée, au cas par cas
- ◆ L'approche décisionnelle pour choisir la technique opératoire adéquate doit prendre en considération les besoins de la femme, son anatomie, les risques per- et postopératoires et les résultats statistiques des différentes interventions
- ◆ Lorsqu'une cystocèle est corrigée par voie vaginale, la pose d'un filet est quasi inévitable, car il existe presque toujours une composante paravaginale
- ◆ Sinon, la pose d'un filet par voie vaginale est une intervention rarement effectuée de nos jours
- ◆ Dans 85% des cystocèles il existe un prolapsus apical (c'est-à-dire du dôme vaginal)
- ◆ Le gold standard opératoire en cas de prolapsus apical est actuellement la sacrocolpopexie (par laparoscopie)
- ◆ Avant toute pose de prothèse/filet, surtout par voie vaginale, l'entretien préopératoire soigneux et détaillé et le consentement éclairé sont d'une importance toute particulière

Literatur:

1. Brubaker L, Shull B. A perfect storm. *Int Urogynecol J*. 2012 Jan;23(1):3-4
2. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, Winkler HA, Tomezsko J, Culligan PJ, Goldberg R. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jun;184(7):1357-62
3. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Dec;185(6):1299-304
4. Lammers K, Fütterer JJ, Prokop M, Vierhout ME, Kluivers KB. Diagnosing pubo-visceral avulsions: a systematic review of the clinical relevance of a prevalent anatomical defect. *Int Urogynecol J*. 2012 Dec;23(12):1653-64
5. Larson KA, Luo J, Guire KE, Chen L, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. 3D analysis of cystoceles using magnetic resonance imaging assessing midline, paravaginal, and apical defects. *Int Urogynecol J* (2012) 23:285–293
6. Moore RD, Mitchell GK, Miklos JR. Single-incision vaginal approach to treat cystocele and vault prolapse with an anterior wall mesh anchored apically to the sacrospinous ligaments. *Int Urogynecol J* (2012) 23:85–91
7. Nieminen K, Hiltunen K, Laitinen J, Oksala J, Heinonen P. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. *Diseases of the Colon and Rectum* 2004;47(10):1636-42
8. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;4
9. Gutman R, Maher Ch. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J* (2013) 24:1803–1813
10. Costantinia E, Brubaker L, Cervigni M, Matthews CA, O'Reilly BO, Rizk D, Giannitsas K, Maher CF. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 205 (2016) 60–65
11. Sarlos D, Kots L, Ryu G, Schaer G. Long-term follow-up of laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J*. 2014 Sep;25(9):1207-12