

Inhalt

Herzlich willkommen!	1
Wie operiere ich eine Rektozele?	2
Die Therapie des Ovarialkarzinoms im Stadium FIGO IV	3
Hebammen in der ärztlichen Ausbildung	4
Esstörungen gefährden die Knochengesundheit	4
Vitamin D bei Mamma-karzinom – nur Hype?.....	5
Sexualität nach Karzinomerkrankung	6
DETECT-Studien – CTCs im Fokus	6
Ist die Laparoskopie bei multipel voroperierten Patientinnen sicher?	7
Reproduktionsmedizin bei Endometriose	8
DETECT V Forschung für mehr Überlebensqualität	8
Präeklampsie: Neue Ansätze zur Prädiktion und Prävention	10
PRAEGNANT – eine klinische und molekulare Langzeitstudie	10
Frauenspezifische Erkrankungen nehmen lebensstilbedingt zu.....	11
Streitfall Embryonenspende	12
Medikamente während Schwangerschaft und Stillzeit.....	12
Beckenbodensonografie – diagnostisch unverzichtbar.....	13
Plastische Chirurgie bei jungen Mädchen	14
Schwangerschaftsassozierte Osteoporose – wie erkennen, wie behandeln?.....	14
Sinnvolle Nahrungsergänzungsmittel.....	16
Neue Daten zur Elastografie.....	16
Die Rolle „emryonaler“ HLA.....	16
Junge Patientinnen kompetent betreuen.....	17
Über Fehler sprechen – und daraus lernen	18
Mangelernährung bei Sportlerinnen.....	18
Behandlungsstrategie bei BRCA-positiven Ovarialkarzinomen	19
Präeklampsie-Screening mit angiogenen Faktoren.....	20
Lesbische und bisexuelle Patientinnen.....	20
Lebensqualität nach Hysterektomie	21
Geburtshilfliche Probleme nach Beschneidung.....	22
Genitale Verstümmelung – ein globales Problem	22
Urogenitale Beschwerden bei beschnittenen Frauen	23
Bildung ändert alles – und rettet Frauenleben.....	24
Impressum	17

Operative Urogynäkologie

Wie operiere ich eine Rektozele?

Wie wird ein symptomatischer Scheidenhinterwanddefekt am besten korrigiert? Mit oder ohne Netz, transanal oder transvaginal? Auf dem Kongress wird die aktuelle Leitlinie zur Deszensuschirurgie vorgestellt, die unter Berücksichtigung von Erfolgsraten wertvolle Hinweise zur optimalen operativen Therapie gibt.

Rektozelen sind bei einer gynäkologischen Untersuchung vor allem bei Frauen, die geboren haben, häufig zu sehen. Oft werden keinerlei Beschwerden angegeben. Der Gynäkologe diagnostiziert eine Rektozele durch vaginale SpekulumEinstellung und definiert deshalb diese als Vorwölbung der hinteren Vaginalwand. Der Chirurg untersucht rektal und spricht bei einer Rektozele von einer ventralen

Wissenschaftliche Sitzung
Das hintere Kompartiment im Blickpunkt von Beckenbodenfunktionsstörungen
Mittwoch, 19.10.16, 14 Uhr
Raum C1.2.2

Aussackung der Rektumvorderwand. In den meisten Fällen ist dieser Unterschied nicht von Bedeutung. Aber es gibt ausgeprägte Scheidenhinterwanddefekte, bei denen eine Enterozele und weniger eine Rektozele im Vordergrund steht. Andererseits gibt es symptomatische Rektozelen mit ventraler Aussackung des Rektums, bei denen die vaginale Hinterwand sich nur wenig absenkt oder vorwölbt. Mögliche Defekte zeigt Tabelle 1.

Häufig multiple Defekte im hinteren Kompartiment

Ursache einer Rektozele ist ein Defekt des Septum rectovaginale, einer dünnen Bindegewebsschicht zwischen Rektum und Hinterwand der Vagina. Gynäkologischerseits werden andere mögliche Defekte im posterioren Kompartiment leider zu wenig beachtet.

Der nicht seltene Anal- oder Rektumprolaps ist nur im Pressversuch zusehen. Eine Intussuszeption kann erhebliche Defäkationsstörungen verursachen und ist schwerer zu diagnostizieren. Beim Deszensus perinei senken sich der gesamte muskuläre Beckenboden und damit

auch die Organe im kleinen Becken ab. Kombinationen dieser beschriebenen Defekte sind häufig, wobei ungünstigerweise noch anale Sphinkterdefekte hinzukommen können.

Am häufigsten werden Defäkationstörungen angegeben, die anfangs von den Betroffenen als „übliche Obstipation“ gedeutet werden und lange mit Laxantien behandelt werden. Oft wird erst ein Arzt aufgesucht, wenn manuell reponiert oder ausgeräumt werden muss. Eine Überlaufinkontinenz oder Stuhlschmierungen werden als anale Inkontinenz fehlgedeutet.

Falls nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen eine Operation erforderlich wird, hängt das operative Vorgehen oft davon ab, ob primär ein Chirurg oder ein Gynäkologe aufgesucht wird.

Gynäkologische Rektozelenkorrektur

Eine Rektozele wird in der Gynäkologie im der Regel mit einer

Defekte im posterioren Kompartiment

Mögliche Defekte

- Rektozele
- Enterozele
- Analprolaps
- Rektumprolaps
- Intussuszeption
- Descensus perinei

Häufige Symptome

- Defäkationsstörung
- Stuhlschmierungen (Soiling)
- anale Inkontinenz
- Prolapsgefühl

Diagnostik

- vaginale Einstellung
- rektale Untersuchung
- Sonografie
- dynamisches MRT
- Defäkografie

Tab. 1: Überblick über mögliche Defekte des posterioren Kompartiments, deren Symptome sowie geeignete Diagnoseverfahren.

hinteren Plastik operiert. Was auf den ersten Blick einfach klingt, ist bei genauer Betrachtung kompliziert: hintere Kolporrhaphie, Pelvipерineoplastik, faszienspezifische Reparatur, mediane Faszienraffung mit und ohne Levatorplastik oder Bulbospongiosusraffung, ohne oder mit Unterstützung von alloplastischen Netzen – und dies in allen Kombinationen. Viszeralchirurgisch kann eine transanale oder transperineale Operation, eine staplergestützte Vollwandresektion (STARR) oder eine laparoskopische bzw. offene Resektionsrektopexie erfolgen.

Valide Daten, die einen Vergleich der OP-Techniken zuließen, liegen nicht vor, da die Ausgangsbefunde, die Indikationsstellung, die OP-Durchführung und die Parameter zur Messung des Erfolgs differieren. Ist Erfolg anatomisch oder funktionell zu beurteilen? Oft dient nur das Stuhltagebuch als Parameter.

Leitlinien-Empfehlungen

In der neuen Leitlinie zur Deszensuschirurgie ergaben sich nach umfangreicher Literaturrecherche die in der Tabelle 2 dargestellten Resultate. Daraus resultieren folgende Empfehlungen in der Leitlinie:

- „Die hintere Scheidenplastik soll zur Beseitigung einer symptomatischen Rektozele der transanal Rektozelenkorrektur vorgezogen werden.“
- „Die hintere Scheidenplastik als mediane Fasziennaht führt zu besseren Erfolgsraten als die defektspezifische Faszienkorrektur und sollte bei primärer Rektozelenkorrektur bevorzugt durchgeführt werden.“
- „Zur Anwendung von nicht-resorbierbaren Netzen sind keine randomisierten Studien vorhanden. Die nicht kontrollierten prospektiven und retrospektiven Studien zeigen zwar eine geringere Rezidivrate beim Einsatz von synthetischen Netzen, jedoch gibt es keine vergleichenden Studien. Deshalb

OP-Erfolgsraten

Hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe – mediane Faszienraffung: 82–93 %
Summe Versager: 83/576
▶ Erfolgsrate 86 %

Hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe – defektspezifische Korrektur: 56–91 %
Summe Versager: 82/271
▶ Erfolgsrate 70 %

Hintere Scheidenplastik mit Eigengewebe und Levatorennaht: 76–96 %
Summe Versager: 45/220
▶ kumulative Erfolgsrate 80 %

Operationen mit nicht-resorbierbaren synthetischen Netzen: 78–100 %
Summe Versager: 11/239
▶ Erfolgsrate 95 %

Tab. 2: Die Leitlinie zur Deszensuschirurgie 2016 nennt bei einer Nachkontrollzeit > 12 Monate die dargestellten Erfolgsraten der verschiedenen operativen Verfahren zur Defektkorrektur im hinteren Kompartiment (1).

gibt es derzeit keinen Anlass, synthetische Netze routinemäßig bei primären vaginalen Deszensusoperationen am hinteren Kompartiment zu verwenden.“

Bei ausgeprägten Befunden, hohem Rezidivrisiko und begleitenden Enterozelen, die ansonsten oft schwer zu korrigieren sind, können alloplastische Materialien aber durchaus sinnvoll sein.

Eine ausführliche Beratung der Patientin über die alternativen Operationsverfahren ohne und mit Implantation eines alloplastischen Netzes, die möglichen operativen Zugangswege und die entsprechenden Vor- und Nachteile unter Berücksichtigung der eigenen operativen Erfahrung ist Voraussetzung. Im Vordergrund sollte immer das Wohl der Patientin stehen.

Literatur

Autor

Dr. med. Christian Fünfgeld

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
Klinik Tettang
Medizin Campus Bodensee
c.fuenfgeld@klinik-tt.de



Die App zum DGGG-Kongress