

Vorwort zur 2. Auflage

Das Konzept eines interdisziplinären Buches zweier Herausgeber aus der Urologie und der Gynäkologie mit Betrachtung der Anatomie, Pathophysiologie, konservativer Maßnahmen und der Pharmakologie sowie als Operationsatlas hat sich bewährt. Das Buch stellt eine Vielzahl urologischer, gynäkologischer oder interdisziplinärer Operationen komplexer Defekte des Beckenbodens dar. Besonders die hervorragende Zusammenarbeit zwischen der Anatomin Frau Prof. Fritsch und den Operateuren hat zu einer gemeinsamen anatomisch funktionellen Denkweise geführt, sowohl beim Erkennen der Defekte am Beckenboden als auch beim Versuch, anatomiegerechte Operationen darzustellen.

Die Evaluation operativer Gesamtkonzepte aus urologischer und gynäkologischer Sicht bei der Stressharninkontinenz, bei Deszensus und Rezidivinkontinenz wurde wie in der ersten Auflage von den Herausgebern gemeinsam verfasst und den einzelnen Kapiteln vorangestellt. Neue Kapitel über das obstruktive Defäkationssyndrom, über neue Aspekte der medikamentösen Therapie sowie die Charakteristika von Netzen und der »Ausbau« von Netzen zum Komplikationsmanagement ergänzen die überarbeiteten Kapitel aus der ersten Auflage.

Acht Millionen Menschen leiden an einer Harninkontinenz mit zunehmender Prävalenz im Alter. Nur etwa 45 % nutzen ärztlichen Kontakt, wobei 90 % aller Patienten konservativ behandelt werden können. Allein die Kosten der Therapie für die »overactive bladder« (OAB) betragen laut WHC-Versorgungsstudie 4 Milliarden Euro. In der medikamentösen Therapie haben zur Therapie β_3 -Adrenorezeptoragonisten mittlerweile eine medikamentöse Zulassung erhalten, die bei moderater bis schwerer OAB die Miktionsfrequenz, die Inkontinenz und das Miktionsvolumen verbessern. Botox erhielt 2013 die Zulassung für die refraktäre OAB und zeigte sich auch bei wiederholter Dauertherapie als sicher und effektiv.

Minischlingen mit einer einzigen vaginalen Inzision sollten einfacher zu legen sein, weniger Blutverlust und vor allem keine Austrittspunkte aufweisen und damit keinen Schmerzpunkt an den Austrittöffnungen verursachen (TOT am Oberschenkel). Minischlingen mit »single incision« zeigten gegenüber TVT/TOT jedoch ein schlechteres Outcome mit erhöhter Rezidivbelastungsinkontinenz. Die Firma Ethicon zog bereits im August 2012 ihr Produkt vom Markt zurück.

Für die »Standardpatientin« ist die mitturrethrale Schlinge die Methode der Wahl. Eine autologe pubo-vaginale Schlinge und noch seltener die Burch-Kolposuspension haben einen Stellenwert bei komplexen rekonstruktiven Fällen, bei fixierter Urethra oder bei vorausgegangenen Problemen mit synthetischen Schlingen. Allograftschlingen wie lyophilisierte Dura mater, Perikard, Fascia lata oder azelluläre Dermis könnten Krankheiten wie HIV, Kreutzfeld-Jakob oder bakterielle Erkrankungen übertragen und sollten keine Verwendung finden. Xenograft (Pevicol) aus Schweinehaut ist das einzige Xenograft mit Langzeitstudien.

Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, insbesondere Gynäkologie, Urologie und Chirurgie, mit einem Anatomen bzw. einer Anatomin ist für die Diagnostik und den operativen Erfolg entscheidend. Bei komplexen Defekten sollten alle Operateure in multidisziplinären Teams zusammenarbeiten.

Die Herausgeber danken Frau Frauke Bahle für die Überarbeitung der Manuskripte, Frau Ina Conrad und Herrn Peter Bergmann vom Springer Verlag für die sehr kompetente und engagierte Mitarbeit. Unser besonderer Dank gilt Herrn Daniel Quinones von der Programmplanung des Springer Verlages sowie Herrn Dr. Fritz Kraemer, Senior Executive Editor, die uns immer sachkundig, freundlich und zuverlässig geholfen haben.

Der Springer Verlag und die Herausgeber wünschen sich, dass dieser interdisziplinäre Atlas für operativ tätige Beckenchirurgen hilfreich und informativ ist und Freude beim Lesen bereitet.

Rainer Hofmann, Uwe Wagner

Marburg, Mai 2014

Vorwort zur 1. Auflage

Diagnostik und Therapie der Belastungsharninkontinenz werden eine der großen Herausforderungen der Zukunft werden. 25–50 % aller Frauen leiden an einer Form dieser Inkontinenz. Hierdurch wird die SUI (»stress urinary incontinence«) zu einer der 10 wichtigsten Diagnosen bei erwachsenen Frauen. Bisher wurde dieser Diagnose wenig Bedeutung zugemessen, da einerseits Frauen zu scheu waren, das Problem zu artikulieren, Allgemeinärzte das Problem nicht in ihrem Ausmaß würdigten und andererseits Therapien meist invasiv operativ waren und nicht alle funktionellen Defekte korrigieren konnten. Zusätzlich wurde der urodynamischen Untersuchung durch die Urologen eine hohe Bedeutung zugemessen. Patienten mussten erst die Hürde Urodynamik nehmen, bevor eine Therapie überlegt wurde.

Durch minimalinvasive Defektkorrektur und der Erkenntnis, dass Urodynamik bei der Belastungsincontinenz – und zumeist nur bei der Rezidivstressharninkontinenz – eine sehr untergeordnete Rolle spielt, entsteht für die Patientinnen ein breiterer Zugang zu Diagnostik und Therapie. Dies bedeutet, dass alle Probleme der Patientinnen wie Inkontinenz, Prolaps und sexuelle Dysfunktion angesprochen werden müssen.

Die Zahl der Frauen über 65 Jahre wird sich in den nächsten 25 Jahren verdoppeln. Das Lebensrisiko für eine 80-jährige Frau für eine Inkontinenzchirurgie liegt bei 11 %. Die genetische Disposition, eine Belastungsharninkontinenz zu entwickeln, ist bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt. Weiße Frauen weisen häufiger als Asiatinnen oder schwarze Frauen eine Inkontinenz auf. So haben z. B. schwarze Amerikanerinnen eine um 77 % geringere Wahrscheinlichkeit als weiße Amerikanerinnen, sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen zu müssen. Risikofaktoren für eine Belastungsincontinenz sind vaginale Geburten, größere Kinder oder mehrere Schwangerschaften: 2 Schwangerschaften führen bereits zu einer 8-fach, 4 Schwangerschaften zu einer 12-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit. Nur 4 % der Frauen mit pelvinem Organprolaps hatten keine Schwangerschaft oder Entbindung.

Zunehmendes Alter, Veränderungen im Kollagenstoffwechsel, neurologische Erkrankungen oder erhöhter intraabdominaler Druck – durch hohen Body Mass Index, chronischen Husten oder Rauchen mit konsekutivem Husten – stellen weitere Risikofaktoren dar.

Während sich die diagnostischen Möglichkeiten bis auf eine Verbesserung des Ultraschalls und der Einführung eines dynamischen MRT wenig verändert haben, fokussieren die operativen Möglichkeiten zunehmend auf minimalinvasive Therapien. Biomaterialien und »graft kits« für die Korrektur des Organprolapses wurden eingeführt.

Inkontinenz ist durch eine Vielzahl an verschiedenen anatomischen und physiologischen Defekten bedingt. Eine hypermobile Urethra ist ebenso Teil der Erkrankung wie genetisch angelegte Veränderungen der Bindegewebszusammensetzung. Dieses Buch soll alle Aspekte der funktionellen Anatomie, der chirurgischen Therapie sowie Komplikationen und deren Beherrschung darstellen.

Operationstechniken stellen nur einen kleinen Teil der anatomischen Veränderungen wieder her, das gesamte System operativ zu rekonstruieren ist praktisch nicht möglich. Es müsste sonst eine Operation vielleicht ähnlich einer handchirurgischen Korrektur erfolgen. Einige OP-Techniken beruhen zum Teil auf dem Prinzip, eine partielle Obstruktion oder erhebliche Narbenbildung zu erzeugen, auch mit der Gefahr, eine starre Harnröhre zu erhalten.

Man sollte nicht erwarten, dass eine einzige Operation bei verschiedenen Konditionen und anatomischen Veränderungen erfolgreich ist, denn der Beckenboden der Frau und die pathologischen Veränderungen stellen ein komplexes System dar. Gute Inkontinenzchirurgie kann nur mit exzellentem Verständnis der Anatomie und Pathophysiologie des Beckenbodens gelingen. Vor allem die körperli-

che, insbesondere die vaginale Inspektion ist entscheidend, *den* oder meist *die* verschiedenen Defekte in unterschiedlichen Kompartimenten zu erkennen. Für eine funktionelle Restitution ist es notwendig, niemals nur einen Defekt zu korrigieren.

Bänder, Muskulatur und nervale Versorgung des Beckenbodens sowie das Zusammenspiel aller Komponenten und Kompartimente müssen dem Operateur geläufig sein. Es genügt auch nicht, eine einzige operative Methode zu beherrschen und immer anzuwenden, sondern Verständnis und Erkennen aller anatomischen Veränderungen ist entscheidend für ein gutes Ergebnis. Bei komplexen Veränderungen ist interdisziplinäre Diagnostik, insbesondere zwischen Gynäkologen und Urologen, gemeinsames operatives Vorgehen sowie die Beherrschung einer Vielzahl operativer Techniken und Tricks notwendig, um ein optimales Ergebnis für die Patientin zu erzielen.

Eine operative, anatomisch angepasste Korrektur aller Defekte ist nur teilweise möglich. Es gelingt mit keiner rekonstruktiven Operation, z. B. die exakte Anatomie der Scheide mit Ihrer 130-Grad-Abknickung wiederherzustellen. Durch eine Kolposakropexie kann ein Vorfall korrigiert werden, jedoch ist eine Fixation bei S1 zu weit kranial im Gegensatz zur anatomischen Lage bei S3/S4. Trotzdem werden auch bei nicht komplett anatomisch adäquater Korrektur der pathologischen Veränderungen gute Ergebnisse erzielt.

Schwierig ist, dass anatomische Lehrbücher wenig auf die Anatomie und Verknüpfung von Ligamenten und Muskeln sowie die funktionelle Einheit des Beckenbodens eingehen. Bedingt durch »Schulen« und theoretische Überlegungen zur Pathophysiologie der Inkontinenz ist auch die Terminologie anatomischer Strukturen insbesondere im englischen Sprachraum heterogen und nicht durchgängig einheitlich.

Wichtig erscheint aber, dass sowohl Urologen als auch Gynäkologen dieselbe Sprache sprechen und die operativen Eingriffe der jeweiligen anderen Disziplin kennen und einordnen können. Die »Organspezialisten« müssen lernen, über ihren eigenen Tellerrand hinauszublicken und im Sinne eines komplexen Organsystems, das die Kontinenz erhält, Therapien vorhalten, verbessern und neu entwickeln, die der Anatomie und Pathophysiologie des Beckenbodens der Frau gerecht werden.

Die Herausgeber danken allen beteiligten Mitarbeitern des Springer Verlages. Wir danken Frau Frauke Bahle für die Überarbeitung der Manuskripte, Frau Ina Conrad und Herrn Dr. Peter Bergmann vom Springer Verlag sowie dem Zeichner Herrn Jörg Kühn für die sehr kompetente und engagierte Mitarbeit. Unser besonderer Dank gilt Herrn Dr. Lars Rüttinger für die Planung des Projektes sowie Herrn Dr. Fritz Kraemer, Senior Executive Editor, die uns immer sachkundig, freundlich und zuverlässig geholfen haben.

Dieses interdisziplinäre Buch betrachtet alle Aspekte der Anatomie, Pathophysiologie, konservativer Maßnahmen, Pharmakologie. Als Operationsatlas stellt es insbesondere eine Vielzahl urologischer, gynäkologischer oder interdisziplinärer Operationen komplexer Defekte des Beckenbodens dar. Besonders die hervorragende Zusammenarbeit zwischen der Anatomin Frau Prof. Fritsch und den Operateuren hat zu einer gemeinsamen anatomisch funktionellen Denkweise geführt, sowohl bei der Erkennung der Defekte am Beckenboden als auch dem Versuch, anatomiegerechte Operationen darzustellen.

Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, insbesondere Gynäkologie, Urologie und Chirurgie, mit einem Anatomen bzw. einer Anatomin ist für die Diagnostik und den operativen Erfolg entscheidend. Bei komplexen Defekten sollten alle Operateure in multidisziplinären Teams zusammenarbeiten.

Der Springer Verlag und die Herausgeber wünschen sich, dass dieser interdisziplinäre Atlas für operativ tätige Beckenchirurgen hilfreich und informativ ist und Freude beim Lesen bereitet.

Inkontinenz- und Deszensus Chirurgie der Frau
Hofmann, R.; Wagner, U. (Hrsg.)
2015, XVI, 305 S. 273 Abb., 200 Abb. in Farbe.,
Hardcover
ISBN: 978-3-662-43670-7