

Jahreskongress SGGG 2019

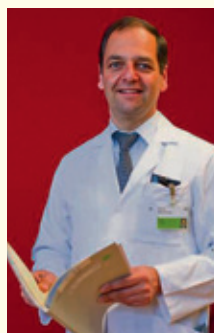
Mitreden, Mitwirken, Netzwerken und Mitfeiern

Der diesjährige SGGG-Kongress findet vom 26. bis 28. Juni 2019 in den Olma Messen St.Gallen statt. Die Hauptthemen drehen sich um Urogynäkologie, um die Schwangerschaft, das Erleben und mögliche Folgen der Geburt, das gesunde Altern, die Hormone in der Jugendzeit sowie um die Therapie des Mammakarzinoms. Gleichzeitig ermöglichen viele Seminare und Hands-On-Kurse eine sehr praxisnahe Fort- und Weiterbildung.

Mit dem Besuch der Ostschweiz setzt die gynécologie suisse ein klares Zeichen: Die SGGG fördert damit die Einheit der Fachgesellschaft in allen Landesteilen sowie die Solidarität und die Freundschaft unter den Mitgliedern. Der Vorstand ruft dieses Jahr auf zum Mitreden, zum Netzwerken mit den Kolleginnen, dem Vorstand und der Industrie, zum Mitwirken durch Vorträge und Poster, aber auch zum Mitfeiern am Gesellschaftsabend. Der gynécologie suisse-Kongress 2019 bietet erneut ein hochstehendes Programm. Das Hauptprogramm zielt dieses Jahr auf zentrale Themen der Geburtshilfe und Frauenheilkunde und im interdisziplinären und interprofessionellen Austausch vermitteln zahlreiche ausgewiesene Expertinnen und Experten neues Wissen.

Das erste der acht Hauptthemen widmet sich der Therapie des urogenitalen Prolapses, das zweite dem Thema Adipositas und Schwangerschaft als Herausforderung und ein weiteres der EUG und der gestörten Frühschwangerschaft. Der Begriff „personalisierte Medizin“ ist en vogue. Assoziiert werden damit meist komplizierte Genanalysen als Basis für individuelle Therapien. Doch was bedeutet der Begriff im Kontext der Menopausenmedizin? Kann man daraus ableiten, welches Hormon oder welche Mikro-nährstoffe die Einzelne braucht, um gesund älter zu werden? Darum geht es im vierten Hauptthemenblock. Die Frage der Erwartungen und der Ängste, des Respektes und des Zuhörens sowie die Diskussion um die Gewalt in der Geburtshilfe steht im Zentrum des fünften Hauptthemas. Unter anderem referiert Dr. Yagname, sie ist Cheffärztin der Geburtshilfe Hôpital Américain in Paris und Präsidentin der Kommission der CNGOF zur Vorbeugung des Missbrauchs in Gynäkologie und Geburtshilfe in Frankreich. Hormonelle Probleme in der Jugendzeit werden im sechsten Hauptthema beleuchtet und diskutiert. Im siebten Themenblock geht es um die Prävention von perinealen Traumata: von der Geburtshilfe zur Urogynäkologie. Das letzte Hauptthema widmet sich dann der Therapie des Mammakarzinoms und den aktuellen Kontroversen darum. Dazu finden erneut Kurzvorträge und Posterpräsentationen sowie Hands-on-Workshops statt.

Besonderes Highlight ist das diesjährige Gastreferat mit dem Titel: „Frauen-Neurologie – Sex ausserhalb der Genitalien“ von Prof. Dr. med. Jürg Kesselring, dem Senior Botschafter und Neuroexperte der Kliniken Valens. Geschlechtsunterschiede bestehen nicht nur im Genitalbereich, sondern – wesentlich: auch im Gehirn und bei den neurologischen Krankheiten. Er geht daher in seinem Referat der Frage der angewandten Neuroplastizität nach: Können solche Unterschiede und Differenzierungen allenfalls, trotz genetischer Vorgaben durch Einstellungen & Training beeinflusst werden und wenn ja: wie? Am letzten Kongresstag findet die SGGG-Generalversammlung statt, dieses Jahr erneut mit Wahlen. Dies bietet allen Mitgliedern Gelegenheit, sich auch in die künftige Ausrichtung der SGGG einzubringen. In Namen des Vorstands und des Organisationskomitees lade ich Sie herzlich zum SGGG-Kongress 2019 ein und freue mich auf Ihre Teilnahme!



Professor Dr. René Hornung,
Präsident SGGG

Jahreskongress gynécologie suisse 2019

Der SGGG-Kongress 2019 findet vom 26.–28. Juni in den Olma-Hallen in St. Gallen statt. Nach der Westschweiz in Lausanne und der Mitte der Schweiz in Interlaken besucht die gynécologie suisse diesmal die Ostschweiz.

Kongresswebsite: www.sggg-kongress.ch

Neuer Forschungspreis

Der Bayer-Preis wird zum SGGG-Bayer-Forschungs-Grant

Der SGGG-Bayer-Forschungs-Grant löst den bisherigen „Bayer-Preis“ der SGGG ab. Er ist neu mit CHF 80 000 dotiert, was die substanzielle Unterstützung einer grösseren Forschungsarbeit ermöglicht. Die Ausschreibung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, welche sich in Weiterbildung zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe befinden oder diesen bereits haben und eine wissenschaftliche respektive akademische Karriere anstreben. Sie sollen das 40. Altersjahr noch nicht überschritten und sich bereits durch wissenschaftliche Leistungen ausgezeichnet haben. Der Förderbeitrag kann alle zwei Jahre beantragt werden. Er kann auch auf zwei Personen aufgeteilt werden. Der SGGG-Bayer-For-

schungsgrant versteht sich als Starthilfe und nicht komplementär zu den etablierten Instrumenten der Forschungs- und Nachwuchsförderung (z.B. SNF, EU-Grants etc.). Das Projekt darf nicht durch eine Zuspache einer anderen Fördereinrichtung unterstützt sein. Die Zuspache von Forschungs-Grants zielt auf die Förderung hervorragender wissenschaftlicher Qualität sowie auf die Stärkung der Forschung im gesamten Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Ziel ist die Förderung von exzellenten ärztlichen Nachwuchskräften in Gynäkologie und Geburtshilfe. Der SGGG-Bayer-Forschungs-Grant wird am SGGG-Jahreskongress 2019 erstmals vergeben.

Weitere Informationen: www.sggg.ch

Neue Chefärztinnen und Chefarzte



Eberhard Arnold

Neuer Chefarzt Frauenklinik im Paracelsus-Spital

Eberhard Arnold wurde vom Verwaltungsrat des Paracelsus-Spitals zum neuen Chefarzt der Frauenklinik gewählt. Er tritt die Nachfolge von Nuray Bredée an. Der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe arbeitete seit 2014 zuerst als Oberarzt, später als stellvertretender Chefarzt im Spital Linth Uznach. Neben seiner ausgewiesenen langjährigen Erfahrung in der Gynäkologie und Geburtshilfe verfügt Eberhard Arnold auch über spezielle Qualifikationen in der komplementären Medizin.



Akou Seli von Gradowski

Neue Frauenärztin im Spital Frutigen

Seit Anfang Jahr verstärkt Akou Seli von Gradowski das Ärzteteam um Chefarzt Johann Anderl am Spital Frutigen. Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe ist in Lomé (Togo) aufgewachsen. Ihre Facharztausbildungen absolvierte sie in Villingen, Freiburg i.B. und an der Universitätsfrauenklinik Basel. Anschliessend war sie als Oberärztin in Kantonsspital Freiburg.



Die SGGG-Arbeitsgruppen stellen sich vor

Gynea – die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendgynäkologie

Gynea wurde 1992 in Montreux gegründet und ist seit 2005 eine Arbeitsgruppe innerhalb der SGGG. Die Kinder- und Jugendgynäkologie schliesst die Lücke zwischen Pädiatern und Frauenärzten.

Gynea vertritt die Anliegen der Kinder- und Jugendgynäkologie in der Schweiz und ist auf die gynäkologische Behandlung bei kleinen und heranwachsenden Mädchen spezialisiert. Die Arbeitsgemeinschaft ist Mitglied der Fédération Internationale de Gynécologie de l'Enfant et de l'Adolescente (FIGIJ) und ist international vernetzt – vor allem in Deutschland, Österreich und Nordamerika. Der Gynea-Vorstand besteht gleichermassen aus Gynäkologinnen und Kinder- und Jugendmedizinerinnen aus der gesamten Schweiz.

Zweck der Arbeitsgemeinschaft

Die Kinder- und Jugendgynäkologie befasst sich mit gynäkologischen Erkrankungen, Symptomen, Fragestellungen und Problemen bei kleinen und heranwachsenden Mädchen. Dabei spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten eine wesentliche Rolle. Die Arbeitsgemeinschaft unterstützt die Kontakte und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern. Sie fördert die Forschung und Lehre im Bereich der Kinder- und Jugendgynäkologie, sowie die praktische therapeutische und präventive Anwendung dieser Kenntnisse. Zeitgleich etabliert die Arbeitsgemeinschaft diagnostische und therapeutische Richtlinien für das Fachgebiet.

Aktivitäten und Schwerpunkte

Gynea ist an wichtigen Kongressen der Schweiz präsent. Am SGGG-Kongress gestaltet die Gynea seit Jahren ein Hauptthema, meist in Zusammenarbeit mit einer anderen Fachgesellschaft und bietet jeweils einen Workshop zu verschiedenen Themen an. Am Womens health congress ist die Gynea ebenfalls regelmässig mit einem oder mehreren Referaten vertreten. Im Herbst findet jeweils das Symposium der Gynea statt, der nächste Termin ist der 24.10.2019. Ende Jahr wird am Blockkurs Kinder- und Jugendgynäkologie das Basiswissen für interessierte Assistenzärzte vermittelt. Auch am zwei-jährlichen Jugendgynäkologie-Symposium in Berlin sind Vorstandsmitglieder der Gynea aktiv, ebenso an den Intensivkursen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie. Auf der Homepage werden Fachartikel sowie Guidelines im Bereich der Kinder- und Jugendgynäkologie publiziert und die verschiedenen Fortbildungen in der Schweiz, in Europa wie auch in Übersee (NASPAG = North American Society of Pediatric and Adolescent Gynecology), FIGIJ (International Federation Of Infant and Juvenile Gynecology) bekannt gemacht.

Weitere Informationen: www.gynea.ch

Vorstand der Gynea

- Dr. med. Ruth Draths, Co-Präsidentin
- Dr. med. Dorit Hoffmann, Co-Präsidentin
- Dr. med. Irène Dingeldein, Beisitzerin
- Dr. med. Kathrin Erkert, Beisitzerin
- Dr. med. Renate Hürlimann, Ressort Finanzen
- Dr. med. Francesca Navratil, Ressort Mitglieder
- Dr. med. Saira-Christine Renteria, Ressort Fallbesprechung

Expertenbrief No. 61 (ersetzt No. 21 vom 20.08.2012)

Kommission Qualitätssicherung

Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Der Einsatz von Netzen bei Senkungsoperationen

Autoren: G. Schär, V. Viereck, A. Kuhn, P. Dällenbach, C. Betschart, D. Faltni
Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie AUG

	Evidenzlevel / Empfehlung
<p>Einleitung</p> <p>Senkungsoperationen haben zum Ziel, Senkungsbeschwerden zu beheben und die Funktion der betroffenen Organe wie Vagina, Blase und Rektum zu verbessern. Der Eingriff sollte wenig invasiv sein und eine geringe Komplikations- und Rezidivrate aufweisen.</p> <p>Seit knapp zwanzig Jahren werden Netze (Meshes) angewendet. Im März 2007 hat die AUG den Expertenbrief Nr. 21 zum Einsatz von Netzen beim Prolaps publiziert und mangels qualitativ hochstehender Studien geraten, Netze zurückhaltend anzuwenden. Seit 2011 liegen randomisierte Studien vor: Im Juli 2011 hat die FDA (U.S Food and Drug Administration) eine kontroverse diskutierte Warnung zum Einsatz von vaginalen Netzen publiziert. Über 1500 erfasste Komplikationen im Zeitraum von drei Jahren zeigen, dass das erhöhte Komplikationsrisiko angesichts eines fehlenden Benefits gegenüber Senkungsoperationen ohne alloplastisches Material nicht gerechtfertigt ist. Aus diesem Grund hat die AUG 2012 ein Update durchgeführt und die zurückhaltende Indikation von vaginalen Netzen bestätigt. Im Januar 2016 publizierte die FDA eine neue Stellungnahme und beurteilte die vaginalen Netze als Risikoklasse 3 (hohes Risiko). Die Hersteller von vaginalen Netzen müssen somit vor der Markteinführung eine Beurteilung von Sicherheit und Wirksamkeit ihres Produktes durchführen lassen. Es ist extrem wichtig, dass die Warnungen bisher nur für Netze gilt welche zur vaginalen Deszensuskorrektur verwendet werden, nicht aber für Inkontinenzschlingen oder für die abdominale Sakrokolopexie.</p> <p>Unveränderte Aussagen gegenüber dem Expertenbrief 2012</p> <p>1. Abdominale Sakrokolopexie: Nach wie vor unbestritten ist der Einsatz von Netzen bei der Sakrokolopexie, da nur dadurch eine Überbrückung vom prolabierten Vaginalbereich zum Fixationsort (Sakrum) möglich ist. Für die Sakrokolopexie existiert heute eine als ausreichend anzusehende Evidenz (1). Die gleichzeitige totale Hysterektomie anlässlich der Sakrokolopexie sollte wegen höherem Risiko für eine Netzexposition vermieden werden. Die suprazervikale Hysterektomie ist vorzuziehen.</p> <p>2. Vaginale Netze: Indikationen für ein vaginales Netz sind die Zystozele mit lateralem Defekt, der durch eine Diaphragmaplastik oder einer reiner apikale Fixation mittels Sakrokolopexie nicht korrigiert werden kann, die Rezidivzystozele, oder die Rezidivrektal-/Enterozele. Gemäss AWMF-Letlimite 015-006 (gültig bis 30.09.2020) ist die routinemässige Implantation von nicht-resorbierbaren Netzen bei primären vaginalen Deszensusoperationen im vorderen Kompartiment vor dem Hintergrund der Alternativen mit Eigenewebe derzeit nicht angezeigt und setzt eine gute Aufklärung und Dokumentation voraus. Zur Anwendung von nicht-resorbierbaren Netzen im hinteren Kompartiment zeigen nicht kontrollierte prospektive und retrospektive Studien eine geringere Rezidivrate beim Einsatz von synthetischen Netzen. Da qualitativ hochstehende, randomisierte Studien fehlen, gibt es derzeit keinen Anlass, synthetische Netze routinemässig bei primären vaginalen Deszensusoperationen am hinteren Kompartiment zu verwenden. Es liegt im Ermessen des Operateurs auch in der Primärsituation ein anteriorer oder posteriores vaginales Netz einzulegen, wenn ein erhöhtes Risiko für ein Deszensusrezidiv zu erwarten ist.</p>	<p>II A</p> <p>II B</p> <p>I A</p> <p>II A</p>

1

3. Welches Material? Makroporöse, monofile Polypropylene mit einer Porengrösse >75 µm sind Standard. Für den Einsatz von Hybridnetzen (Polypropylen ergänzt mit resorbierbarem Fadenmaterial) fehlt die wissenschaftliche Evidenz. Porcine und resorbierbare synthetische Netze weisen eine höhere Rezidivrate bei nicht verbesserten Komplikationsraten auf (2). Konfektionierte, vorgefertigte Netzkits haben sich gegenüber zuschneidbaren Netzen durchgesetzt.

Der Einsatz von resorbierbaren, beziehungsweise biologischen Implantaten zur Fixation am Sakrum bei der Sakrokolopexie wird nicht empfohlen.

4. Risiken und Nutzen: Mangels Langzeitstudien mit neuen Netzmaterialien und neuen Operationstechniken beziehen sich die folgenden Angaben auf Studien mit heute nicht mehr verwendeten Netzen und Techniken:

Die Anwendung von vaginalen Netzen führte zwar zu besseren anatomischen Befunden (objektive Erfolgsrate), dies allerdings ohne eine subjektive Verbesserung (3, 4) Rudnicki 2015 BJOG, Rudnicki 2013 BJOG). Diese Aussage gilt für Kurzzeitanalysen (12 bis 24 Monate) und 3-Jahresdaten. Bei den mit den früheren Netzen operierten Frauen war die Komplikationsrate höher als bei den ohne Netz operierten Frauen. Folgende Komplikationen traten auf: Netzexposition, Schmerzen, Dyspareunie und Infektion. Die Reoperationsraten lagen nach vaginaler Profil-Netzeinlage bei ca. 10% (5). Bei 8,3% von vorher kontinenten Frauen war eine Bandenlage zur Behebung der neu entstandenen Belastungsinkontinenz nötig (5). Danach folgten die Reoperationen wegen Expositionen (3,6%) (6). Aufgrund einer neuen Studie, vorgestellt am Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft 2018 und an der IUGA-Konferenz Wien 2018, lässt sich die Komplikationsrate durch die Optimierung von Netzdesign, Netzmaterial und Operationstechnik deutlich unter das Niveau der bisher publizierten Daten senken (Ulrich et al., submitted).

Nach laparoskopischer Netzeinlage war die Rate der de novo Belastungsinkontinenz bei ca. 22% (6). Die Wahrscheinlichkeit für eine Netzexposition 7 Jahre nach abdominaler Sakrokolopexie war 10,5% (Nygaard 2013 JAMA). Fünf Jahre nach laparoskopischer Sakrokolopexie betrug die Rate für eine vaginale Exposition 0% (0/68) und für eine Exposition in die Blase 2,9% (2/68), wobei es sich hier um Rezidivfälle nach vorausgehender Diaphragmaplastik handelte (7). Komplikationen nach laparoskopischen Netzeinlagen, wie z.B. Spondylodiszitis (Salman 2003 BJOG; Rajamaheswari 2012 Int Urogynecol J), werden oft nicht oder sehr spät erkannt. Sie sind schwieriger zu therapieren, weil sie in tieferen Schichten liegen.

Bei den vaginal und laparoskopisch eingelegten Netzen spielt die Erfahrung des Operateurs eine grosse Rolle (4).

Was ist neu gegenüber dem Expertenbrief 2012?

Sensibilisierung der Allgemeinheit für Risiken
Seit dem Update der FDA-Empfehlung im Januar 2016 wurden mehrere Produkte von vaginalen Netzen vom Markt genommen. Besonders zu erwähnen sind die häufig verwendeten, amerikanischen Netze wie Prolift, Elevale, Perigee. Das heisst, die FDA-Empfehlungen beruhen auf Resultaten von Netztypen, die heute gar nicht mehr zur Verfügung stehen.

Problematisch für die Zukunft der Senkungschirurgie und der Urogynäkologie ist das potentielle politische Verbot von synthetischen Netzen und Bändern aufgrund von allen Daten mit nicht mehr gebräuchlichen Materialien und Techniken. Gewisse Länder wie Schottland, England, Irland, Australien und Neuseeland haben bereits Verbote ausgesprochen. Ohne Netz- und Bandenlage wird es sehr viele Situationen geben, wo einer Patientin nicht mehr geholfen werden kann, z.B. wenn mit Eigenewebe allein keine Stabilisierung mehr erreicht werden kann. Ohne die TVT-Operation werden viele behandlungsbedürftige Frauen inkontinent bleiben.

2

<p>Bei der Rektozele ist sich die Fachwelt einig, dass im primären Fall die Rektozeilenkorrektur mit einer Kolpoperineoplastik und ohne Levatorrhähe hohe Heilungsraten um 90% zeigt (1) und die Anwendung von Netzen routinemässig nicht angezeigt ist, weil die Komplikationsrate von 6 bis 12% Expositionen (11) im Vergleich dazu nicht vertretbar ist. Netze sollten hier erst im Rezidivfall zur Anwendung kommen.</p> <p>Auf den Einsatz von biologischen Implantaten soll im hinteren Kompartiment aufgrund fehlender Vorteile verzichtet werden.</p> <p>Hysterektomie versus Uteruserhaltung: Bei fehlender Uteruspathologie kann auch bei entsprechendem Wunsch der Patientin ein uteruserhaltendes Verfahren angeboten werden. Optionen sind die vaginale sakrospinale Hysterektomie, die laparoskopische oder offene Sakrohysterektomie mit Netznierposition sowie die Fixation des Uterus an den Sakrouterinligamenten (AWMF Leitlinien)</p> <p>Konsequenzen für die Praxis</p> <p>Netzeinlagen bei Senkungen müssen auch weiterhin kritisch indiziert werden. Dies gilt für vaginale und laparoskopische Netze. Die Sakrokolpopexie ist zwar ein gut untersuchtes und etabliertes Verfahren, ist aber nicht für jede Frau geeignet und vor allem bei Rezidivoperationen anspruchsvoll. Rezidivoperationen sollten erfahrenen Zentren vorbehalten sein. Generell muss der Anwender von Netzen einen hohen Informationsstand aufweisen. Neben den Kenntnissen zu den Materialien muss er ein umfassendes Verständnis von Anatomie und Funktion haben, um die Auswirkungen seines Handelns auf Kontinenz, Miktionsdefäkation, Kohabitation und Deszensusbeschwerden abschätzen zu können. Das Risiko-Nutzen-Verhältnis einer Mesh-Anwendung muss ihm bewusst sein. So ist heute klar, dass wir uns im Spannungsfeld zwischen Rezidivrisiko und Komplikationsrate bewegen. Der Operateur muss sorgfältig abwägen, ob eine Netzanwendung gegenüber der klassischen Operation klare Vorteile bringt und er muss in der Lage sein, der betroffenen Frau diese Zusammenhänge adäquat und verständlich aufzuzeigen. Patientinnen müssen vor vaginalen Netzeinlagen auf die Möglichkeit der Verschlechterung der Sexualfunktion aufmerksam gemacht werden.</p> <p>Praktische Aspekte</p> <p>Entscheidet sich ein Operateur für die Verwendung eines Netzes, sollte er folgende Kriterien berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Möglichkeit ausgeschöppte konservative Vorbehandlung ▪ Leidensdruck der Patientin muss vorhanden sein ▪ Berücksichtigung von operationstechnischen Details: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gute vorausgehende Östrogenisierung ▪ Spannungsfreie Einlage ▪ Möglichst kleine Inzisionen ▪ Keine Verbindung von Netz- und Hysterektomie- Inzision ▪ Dicke Vaginalhautschicht über dem Mesh ▪ Verwendung von makroporösen, monofilen Polypropylennetzen (Typ I) ▪ Situationsgerechte präoperative Diagnostik ▪ Umfassende Aufklärung der Patientin ▪ Sorgfältige Nachkontrolle und Führung bis zur Beschwerdefreiheit <p>Rezidivrisiko</p> <p>Richtig indiziert und technisch gut angewendet kann mit einer Netzanwendung das Rezidivrisiko verringert, die Funktionalität verbessert werden oder erhalten bleiben und die Komplikationsrate minimiert werden. Die richtige Indikation ist ein wichtiger Faktor. Studien haben gezeigt, dass es Faktoren gibt, welche ein Rezidiv begünstigen. Aus anatomischer Betrachtung ist dies die Kombination Zystozele mit apikalem Defekt (12). Weitere, unter Experten anerkannte Risiken sind: Hohergradige Senkungen (Grad II), der Rezidivdeszensus selbst, Adipositas, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung sowie die hohe körperliche Belastung.</p> <p>Wir nehmen an, dass Netze auch in Zukunft ihren Platz haben werden. Die Warnung der FDA darf nicht dazu führen, dass die sorgfältige Erforschung und Anwendung der netzunterstützten</p>	4
---	---

Insegsional
CH-3010 Bern
E-mail: gsk-5999@insel.ch
Telefon: +41 / 31 / 632 11 03
Telefax: +41 / 31 / 632 11 05

Universitäts-Frauenklinik
Efringerstrasse 102
Insegsional
CH-3010 Bern
E-mail: gsk-5999@insel.ch
Telefon: +41 / 31 / 632 11 03
Telefax: +41 / 31 / 632 11 05

<p>Evolution von Material und Technik: Seit der Anfangsphase hat sich in der Netzchirurgie aber einiges grundsätzlich verändert. Allerdings fehlen dazu die nötigen Studien. Netze von heute sind nicht gleich wie Netze von früher. Heute sind die Netze leichter und dünner, sie haben eine andere Gewebestruktur, die eingesetzte Netzfläche ist kleiner und pro Operation wird deutlich weniger Netzmaterial verwendet, konkret 18-42 g/m² (Liang 2016 Current Opinions Obstet Gynecol).</p> <p>Zudem gibt es Verbesserungen bei der Fixation der vaginalen Netze: Neben den 4 seitlichen Aufhängungen kommen heute 2 apikale, nach oben ziehende Verankerungen dazu. So korrigieren heutige vaginale Netze sowohl laterale als auch apikale Defekte.</p> <p>Indikationen</p> <p>Die vaginale Deszensuschirurgie und die laparoskopische Sakrokolpopexie haben unterschiedliche Indikationen. Die vaginale Deszensuschirurgie ist für ältere Patientinnen geeignet, welche Komorbiditäten haben und nicht mehr sexual aktiv sind. Bei gesunden, sexual aktiv Frauen mit apikalem Deszensus und einer Zysto-Rektozele ist eine laparoskopische Sakrokolpopexie indiziert. Die kürzere vaginale Chirurgie (60-90 Minuten) ist weniger belastend und kostengünstiger als die laparoskopische Operation (2-4 Stunden).</p> <p>II B</p> <p>Problem der Studienbeurteilung</p> <p>Die Studienresultate sind schwierig zu beurteilen. Die Definition des Rezidivprolaps wird uneinheitlich gehandhabt. Publikationen über Komplikationen sollten sich an das 2011 veröffentlichte Klassifizierungssystem halten (9).</p> <p>II A</p> <p>Aus den randomisierten Studien haben wir gelernt, dass die objektiven Parameter zur Beurteilung der Heilung (z.B. POP-Q) nicht mit der subjektiven Patienten-Wahrnehmung übereinstimmen müssen. Subjektive Wahrnehmungen sind toleranter als die objektive Beurteilung. Die postoperative Anatomie nach vaginaler oder laparoskopischer Netzeinlage ist besser als nach Korrekturen mit körpereigenem Gewebe. Wenn die bessere Anatomie einen besseren Langzeitverlauf verspricht, wäre das ein Argument für die Netzeinlage.</p> <p>II A</p> <p>Ein weiteres Problem sind die heterogenen Kollektive der meisten (auch randomisierten) Studien. Sie bestehen aus verschiedenen Deszensusformen und verschiedenen Netzanwendungen. Zukünftige Studien müssen dieses Thema klarer und vergleichbarer darstellen.</p> <p>II B</p> <p>1 A</p> <p>Zulässige Aussagen aus den klinischen Studien</p> <p>Sakrokolpopexie und sakrospinale Fixation sind annähernd gleichwertige Verfahren mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Gibt es keine Kontraindikationen, kann die Sakrokolpopexie bevorzugt zur sakrospinalen Fixation eingesetzt werden. (9)</p> <p>III</p> <p>Bei paravaginalen Defekt mit Levatordefekten weisen die vaginalen Netzkits bei Zystozele eine bessere objektive und subjektive Heilungsrate als die Diaphragmaplastik auf, jedoch ohne positive Auswirkungen auf die Lebensqualität. Die vaginalen Netze führten in 3,5% der Fälle zu Blasenläsionen. Die Revisionsrate wegen Netzeinlage lag bei 3% (3). Wirthagen verglich ebenfalls Diaphragmaplastik mit Netzkitt und fand zwar bei der subjektiven Heilungsrate keine Unterschiede, es gab jedoch signifikant häufigere Reoperationen wegen Rezidivdeszensus nach Diaphragmaplastik. Mit 17% war die Expositionsrate in dieser Studie relativ hoch, die Revisionsrate nach Netzeinlage lag bei 6% (4), 7 Jahre nach abdominaler Netzeinlage war die Komplikationsrate bei 16,7%, wobei 5,1% auf Netzkomplikationen zurückzuführen waren (10).</p> <p>Bei der Diaphragmaplastik, wie auch bei ventralen Netzeinlagen sollte eine gleichzeitige apikale Fixation zur Sicherung des mittleren Kompartiments erwogen werden, wenn das mittlere (apikale) Kompartiment ebenfalls deszendiert.</p>	3
--	---

Insegsional
CH-3010 Bern
E-mail: gsk-5999@insel.ch
Telefon: +41 / 31 / 632 11 03
Telefax: +41 / 31 / 632 11 05

Universitäts-Frauenklinik
Efringerstrasse 102
Insegsional
CH-3010 Bern
E-mail: gsk-5999@insel.ch
Telefon: +41 / 31 / 632 11 03
Telefax: +41 / 31 / 632 11 05

Senkungsoperationen verfassen wird. Wir erachten es aber als wertvoll, dass die internationale Diskussion angeregt wurde und daraus wieder eine weitere Verbesserung der Senkungschirurgie bewirkt werden kann.

Wie weiter mit den Netzen?

- Standardisierung der Publikationen zu subjektiven und objektiven Messtechniken von Anatomie, Funktion, Erfolg von netzunterstützten Senkungsoperationen. Die Lernkurve der involvierten Operateure muss deklariert sein.
- Publizieren von Langzeitdaten nach Netz-Anwendung
- Nutzen-Risiko-Modell entwickeln welches die Wirksamkeit mit dem Risikopotential und der Schwere von Komplikationen ausbalanciert um die Patientinnen zu beraten
- Rezidivrisiken der nicht netzbasieren Senkungsoperationen mit hohem Evidenzgrad identifizieren, welche eine Netz-Implantation sinnvoll machen
- Kontraindikationen von Netzanwendungen mit hohem Evidenzgrad identifizieren
- Weitere Verbesserung des Implantationsmaterials. Das Material der Netze unterscheidet sich zurzeit bei den verschiedenen Einlage-Techniken nicht und es sind Entwicklungen zu erwarten, welche die subjektiven und objektiven Outcomeparameter mit grosser Wahrscheinlichkeit günstig beeinflussen werden. (13);
- Urogynäkologische Weiterbildungszentren mit hohem Case-Load fördern

Schlussbemerkung

Von einer unkräftigen Anwendung von Netzen muss abgeraten werden. Die Netze bleiben aber eine Option zur operativen Korrektur der Senkung, am besten belegt bei der Sakrokolpopexie, bei höherem Rezidivrisiko auch bei der vaginalen Korrektur der Zystozele, nicht aber bei der primären Rektozele. Moderne vaginale Netze sind vor allem bei älteren Patientinnen, nach Voroperationen, Adhäsionsstatus und bei Adipositas per magna zu empfehlen. Anwender müssen kontinuierlich dafür sorgen, die neuen Daten zu kennen. Entscheidend ist die fundierte Ausbildung und Schulung an zertifizierten Weiterbildungszentren. Gutes operatives Training, genügend Erfahrung sowie die Kompetenz, Komplikationen beheben zu können, sind die Voraussetzungen für eine gute Patientinnenbetreuung. Die verständliche, sorgfältige Aufklärung der Patientin, sorgfältige Nachkontrollen und die fachgerechte Dokumentation sind unabdingbar. Dies gilt nicht nur für netzunterstützte Operationen, sondern für alle Prolapsoperationen.

Literatur bei den Autoren

Deklaration von Interessenkonflikten:

- G. Schär: AMI – Vorträge, Schulungen, Karl Storz – Consultant
- A. Kuhn: keine
- C. Betschart: keine
- P. Dällenbach: keine
- V. Viereck: Astellas – Advisory Board
- D. Fallin: keine

07. Dezember 2018

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben. Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
Ia Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen	A Es ist in der Literatur, die Gesamtheit von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)
Ib Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Untersuchung	B Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, IIc)
IIa Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung	C Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)
IIb Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	Good Practice Punkt Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt
III Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	<input type="checkbox"/>
IV Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie:
Die SGGG hat dazu eine Stellungnahme auf der Website publiziert. www.sggg.ch