

2011

Forum
Urodynamicum e.V.



Jahrestagung

Forum Urodynamicum

25. - 26. Februar in Mönchengladbach



Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
Organisatorisches zur Tagung	4
Historie Mönchengladbach	5
Sehenswertes in Mönchengladbach	7
Begleitprogramm	9
Hotels in der Nähe	11
Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.	12
Wissenschaftliches Programm zur Jahrestagung 2011	14
Sponsoren und Förderer	19
Abstracts	20

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich sehr, Sie im Namen der Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach zum 22. Arbeitstreffen des Forum Urodynamicum vom 25.02. – 26.02.2011 begrüßen zu dürfen. So wie in den Jahren zuvor werden wir uns auch im Rahmen des aktuellen Arbeitstreffens mit Fragen der neurogenen Blasenfunktionsstörung, Diagnostik und Therapie sowie auch Fragestellungen aus dem uro-gynäkologischen Fachgebiet befassen. Zwei State-of-the-Art Vorträge zum aktuellen Stand neuro-physiologischer Erkenntnisse, der Harnblasensteuerung und zur Descensus-Chirurgie werden das Programm erweitern. Besonderes Merkmal des Arbeitstreffens ist wie immer der wohlwollende und freundschaftlich kollegiale sowie fachübergreifende Austausch zwischen gerade jungen Wissenschaftlern und erfahrenen Kollegen und Klinikern verschiedener Fachrichtungen.

Erneut wird ein Highlight dieser Tagung die Verleihung des „Eugen-Rehfishch-Preises“ für die besten wissenschaftlichen Präsentationen sein. Auch das Rahmenprogramm ist so gestaltet, dass wir uns von den „Strapazen“ des Tages erholen können und Zeit genug finden für ein persönliches Gespräch.



Dr. med. Albert Kaufmann

Organisatorisches zur Tagung

Tagungssekretariat:

Heike Dreßen,
Zentrum für Kontinenz und Neuro-Urologie
Kliniken Maria Hilf GmbH
Tel.: 0 21 61 / 8 92 – 28 51
Fax: 0 21 61 / 8 92 - 28 55

Web: <http://www.mariahilf.de>
Email: heike.dressen@mariahilf.de

Wissenschaftliche Leitung und Organisation:

Dr. med. Albert Kaufmann
Zentrum für Kontinenz und Neuro-Urologie
Kliniken Maria Hilf GmbH

Email: albert.kaufmann@mariahilf.de



Tagungsort:

Haus Erholung
Johann-Peter-Boelling-Platz 1
41061 Mönchengladbach
Tel.: 0 21 61/1 00 94

Web: <http://www.hauserholung.de>
Adressierung für ältere Navigationsgeräte: Abteistr. 11

Parken:

25 eigene Parkplätze (gegen Gebühr), Entfernung 50
190 Parkhausplätze (öffentliches Parkhaus), Entfernung 50 m

Bahn:

Hauptbahnhof Mönchengladbach, Entfernung 2 km

Historie Mönchengladbach

Mönchengladbach ist eine kreisfreie Großstadt im Westen Nordrhein-Westfalens. Sie ist mit einer Einwohnerzahl von etwa 260.000 die größte Stadt am linken Niederrhein und Bestandteil der Metropolregion Rhein-Ruhr. Sie gehört zum Regierungsbezirk Düsseldorf.

Die ersten Siedlungen auf dem Gebiet des heutigen Mönchengladbach sind etwa 300.000 bis 400.000 Jahre alt und zeigen Nachweise des späten Homo erectus und des Neandertalers. Aus der Jungsteinzeit und der Bronzezeit sind zahlreiche Hügelgräber erhalten. Zur Römerzeit gehörte das Gebiet des heutigen Mönchengladbach zur Provinz Germania Inferior.

Im Jahre 974 kam es zum Bau des Gladbacher Münsters und der Gründung einer Abtei durch den Kölner Erzbischof Gero und seinen Begleiter, den Trierer Mönch Sandrad. Der Bau der ersten Klosterkirche fand neben dem Ort statt, an dem 954 die Ungarn die von Balderich, einem Vornehmen des Reiches, kurz vor 800 erbaute Kirche zerstört hatten.

Die Mönche trieben eine Besiedlung voran und legten dazu im 12. Jahrhundert nördlich der Kirche einen Markt an. Handwerker und Gewerbetreibende ließen sich in der Folgezeit hier nieder. Stadtrechte wurden in den Jahren 1364 bis 1366 erteilt. Die Stadt erhielt eine steinerne Stadtmauer, die von den Bürgern zu unterhalten war. Bis Ende des 18. Jahrhunderts gehörte die Stadt zum Amt Grevenbroich im Herzogtum Jülich. Am 4. Oktober 1794 marschierten französische Revolutionstruppen in das Stadtgebiet ein. Einen Tag zuvor war die Festung Jülich übergeben worden. Als im Jahre 1801 der deutsche Kaiser Franz II. im Frieden von Lunéville das linke Rheinufer an Frankreich abtrat, wurde Gladbach den französischen Religionsgesetzen unterworfen. Die Abtei wurde aufgelöst; die letzten 31 Mönche verließen das Kloster am 31. Oktober 1802. Die großartige, über die Grenzen Deutschlands bekannte Bibliothek der Abtei wurde zu großen Teilen geraubt oder vernichtet. Von 1798 bis 1814 gehörte die Mairie Gladbach zum Kanton Neersen im Arrondissement de Crévelt im französischen Département de la Roer.

Ab dem Jahre 1815 stand Gladbach unter preußischer Verwaltung und wurde Sitz des Landkreises Gladbach, der 1929 aufgelöst wurde. In diesem Zuge wurde Gladbach auch Sitz der gleichnamigen Bürgermeisterei, die 1859 in die Stadt Gladbach und die Bürgermeisterei Obergeburth geteilt wurde.

Bis Ende des 19. Jahrhunderts hieß die Stadt Gladbach beziehungsweise früher Gleidebach. Als die Stadt am 1. Januar 1888 kreisfrei wurde, erhielt sie zur besseren Unterscheidung von dem nahe bei Köln im Rechtsrheinischen gelegenen Bergisch Gladbach den Namen München Gladbach, was „M. Gladbach“ geschrieben wurde.

In der Nacht zum Pfingstsonntag 1940 erlebte die Bevölkerung München Gladbachs den ersten britischen Luftangriff gegen eine deutsche Stadt im Zweiten Weltkrieg. Der Angriff, der aus insgesamt 37 Flugzeugen erfolgte, galt vor allem dem Straßen- und Eisenbahnnetz in München Gladbach. Es wurden 5 Bombenabwürfe gezählt. Weitere Flächenbombardements der Alliierten auf München Gladbach und Rheydt, auch im Rahmen der Moral Bombing-Strategie, folgten in mehreren Großangriffen bis 1945. Den letzten Großangriff musste die ohnehin schwer getroffene Stadt am 1. Februar 1945 über sich ergehen lassen. Dabei wurden aus 160 Flugzeugen 1200 Spreng- und 65000 Brandbomben abgeworfen. Bei Kriegsende war München Gladbach zu etwa 65 % zerstört, rund 2.000 Zivilpersonen verloren bei den Luftangriffen ihr Leben. Nach dem Krieg erlangte die Textilindustrie langsam wieder an Bedeutung, die später durch den Maschinenbau ergänzt wurde.

1950 wurde die Sprechweise der Stadt M. Gladbach in Mönchen Gladbach geändert, um Verwechslungen mit der Stadt München entgegenzutreten, jedoch blieb die Schreibweise M. Gladbach zunächst erhalten. 1960 wurde schließlich die heute noch gebräuchliche Form Mönchengladbach eingeführt. Im Jahre 1974 hatte die Stadt insgesamt 147.567 Einwohner.

Mönchengladbachs industrieller Aufstieg wurde vor allem durch die Entwicklung der Textilindustrie von der Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts geprägt. Daneben entwickelte sich auch eine textilorientierte Maschinenindustrie.

Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte ein umfassender Strukturwandel ein, bei dem die Bedeutung der Textilindustrie abnahm und neue Wirtschaftszweige an Bedeutung gewannen. Derzeit sind nur noch 7 % der Beschäftigten in der einst so dominanten Textil- und Bekleidungsindustrie tätig (z. B. Van Laack, gardeur). Im Rahmen der erfolgreichen Erweiterung des Wirtschaftsstandorts haben die Stadt und Vertreter der Unternehmen vor Ort im Jahr 1997 die Wirtschaftsförderung Mönchengladbach gegründet. Die WFMG hat gemeinsam mit der Hochschule Niederrhein ein Fünf-Säulen-Modell für die künftige Ausrichtung des Wirtschaftsstandorts entwickelt. Hiernach sind Textil und Mode, Maschinenbau und Elektrotechnik, Logistik sowie das Gesundheitswesen (!!) als Leitbranchen für die wirtschaftliche Zukunft Mönchengladbachs bestimmend.

Zu den Produkten der breit gefächerten Wirtschaftsstruktur der Stadt zählen heute unter anderem Werkzeug- und Spinnmaschinen, automatische Förderanlagen, Signalanlagen, elektronische Registrierautomaten und Transformatoren, Druckerzeugnisse sowie Nahrungs- und Genussmittel. Darüber hinaus sind auch Bierbrauereien in Mönchengladbach vertreten, wobei vor allem niederrheintypische Altbiere produziert werden. Der Niedergang der Textilindustrie und die wirtschaftlichen Langzeitfolgen konnten allerdings nicht aufgefangen werden.

Vor allem in den siebziger und achtziger Jahren lockte das attraktive Nachtleben noch junges Szene-Publikum aus Düsseldorf an. Heute spielt insbesondere der Tourismus eine gewisse Rolle. Mönchengladbach verfügt über etwa 40 Hotels und Gasthöfe und eine Jugendherberge. Insgesamt sind etwa 2.000 Betten vorhanden. Die Zahl der Übernachtungen beträgt jährlich über 200.000.

Mönchengladbachs größter, bekanntester und erfolgreichster Fußballverein ist Borussia Mönchengladbach. Der Traditionsclub feierte in den 70er Jahren fünf Deutsche Meisterschaften und zwei UEFA-Cup-Siege. Der Verein spielt heute abwechselnd in der ersten und zweiten Fußball-Bundesliga. Er trägt seine Heimspiele im Stadion im Borussia-Park aus.

Sehenswertes in Mönchengladbach

Das Städtische Museum Abteiberg ist ein Museum für Bildende Kunst des 20. und 21. Jahrhunderts. Seit 1887 wurden erste Objekte für eine stadtgeschichtliche Sammlung zusammengetragen.

Zwischen 1972 und 1982 erbaut, zeigt das architektonische Gesamtkunstwerk „Museum Abteiberg“ unter anderem Arbeiten von Joseph Beuys, Richard Serra, Andy Warhol, Sigmar Polke, Gerhard Richter, Martin Kippenberger, Markus Oehlen, Heinz Mack, Ulrich Rückriem und Gregor Schneider.

Museum Abteiberg

2002 wurde der Skulpturengarten Abteiberg eröffnet. Damit erhielt das Museum Abteiberg einen schon länger geplanten erweiterten Außenbereich mit Werken moderner Künstler. Bei dem Gelände handelt es sich um einen Park mit Blutbuchen und Kastanien. Der Park erstreckt sich von der Plattform des Museums bis zu einer unteren Mauer, die Teil der alten Stadtmauer ist. Ergänzt wurde die Außenanlage mittlerweile um den zum Münster gehörenden Pfarrgarten.



Museum Abteiberg

Das Mönchengladbacher Münster St. Vitus ist eine katholische Kirche in Mönchengladbach. Die Geburtsstunde des Gladbacher Münsters lag schon hunderte von Jahren vor seiner Gründung. Erste gesicherte Kenntnisse über eine Besiedlung des Abteiberges gibt ein Bericht aus dem späten 11. Jahrhundert. Dieser entstand wahrscheinlich im Skriptorium des Gladbacher Klosters. In einer reich ausgeschmückten Erzählung wird ein „gewisser Balderich, Vornehmer des Reiches“ erwähnt, der bereits lange vor der Gründung der Abtei eine Kirche auf dem Hügel erbaut habe, die von den Ungarn im Jahre 954 zerstört worden sei.

Als der Kölner Erzbischof Gero und in seiner Begleitung der Trierer Mönch Sandrad auf der Suche nach einem geeigneten Ort für die beabsichtigte Gründung eines Klosters zu den Ruinen auf dem Abteiberg kamen, dem „unbewirtschafteten Berg, den dichter, schattiger Wald überzog“, hörten sie tief im Innern des Berges eine Glocke; sie folgten dem Klang und fanden, in einem hohlen Stein verborgen, die Reliquien der Heiligen Vitus, Cornelius, Cyprianus und Barbara aus der zerstörten Balderichkirche. Damit war der Ort der Klostergründung durch ein göttliches Zeichen gewiesen. Ab dem Jahre 974 entstand zunächst wohl ein lang gestreckter, saalartiger Raum, dem sich im Osten vermutlich ein kleiner quadratischer Chorraum und im Westen eine schmale, dreigeteilte Vorhalle mit Vorhof anschlossen. Die Anlage wurde im 11. Jahrhundert um einen Westturm erweitert, über dessen Gestalt jedoch keine Kenntnisse vorliegen.

Um 1100 kam es zu einer Neuplanung, von der jedoch nur die Krypta und der Chor zur Ausführung gelangten. Um 1200 wurde der Gründungsbau um zwei Seitenschiffe

und zwei Kapellenbauten erweitert. Um diese Zeit entstand auch die Planung des mächtigen Westwerks des Münsters. Es sollte aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem alten Chor durch ein dreischiffiges Langhaus verbunden werden. Zwischen 1228–1239 erhielt das Langhaus des Münsters seine heutige Gestalt. Beginnend bei den Seitenschiffen schritt der Bau von Westen nach Osten bis zur geplanten Vierung voran. Doch schon die Einwölbung des Mittelschiffes musste auf spätere Zeiten verschoben werden (sie erfolgte im 15. Jahrhundert). Ebenso wenig konnte der nach dem Vorbild des Kölner Doms geplante Dreikonchenchor realisiert werden. Auf ihn weisen heute noch die mächtigen Bündelpfeiler der an dieser Stelle vorgesehenen Vierung hin.



Mönchengladbacher Münster : Langhaus
nach Ost (Bild: Beckstet)

Wenige Jahre nach der vorläufigen Einstellung der Bauarbeiten wurde der Gedanke eines neuen Chores wieder aufgegriffen, nun jedoch einer anderen Bauidee der Zeit folgend, als Langchor im gotischen Stil. Für seine Planung und Durchführung konnte der erste Baumeister des Kölner Doms, Meister Gerhard, gewonnen werden. Die Weihe erfolgte am 28. April 1275 durch Albertus Magnus.

Das Mönchengladbacher Münster wurde 1974 von Papst Paul VI. in den Stand einer Basilica minor erhoben.

Begleitprogramm

Begrüßungsabend

24.02.2011 ab 19.00 Uhr

Begrüßungsabend / Privatbrauerei Bolten GmbH Co. KG
Rheydter Str. 138
41352 Korschenbroich
Tel.: 0 21 61/61 79 00

Die Geschichte der Privatbrauerei Bolten beginnt im Jahre 1266. Zu dieser Zeit erhielt der Gründer von der Herrschaft Myllendonk das Recht verliehen, auf dem Kraushof in Korschenbroich Bier zu brauen. Bis heute ist der Kraushof der Sitz der Brauerei und damit Sitz der ältesten Altbierbrauerei der Welt. Während es im Jahre 1715 noch 18 Brauereien im Bereich Korschenbroich gab, existiert seit 1920 nur noch die Privatbrauerei Bolten. Insgesamt 6 Biersorten werden in der Brauerei Bolten hergestellt. Neben



dem klassischen Altbier mit 11,7 % Stammwürze wird ein naturtrübes Altbier angeboten, welches vor einigen Jahren die Medallie in Gold der DLG erhalten auch. Aber auch das naturtrübe, sehr süßige Bolten-Landbier ist sicherlich nicht zu verachten. Ob die Unternehmensphilosophie der Bolten Brauerei (Wichtig ist, dass das Bier schmeckt) zutrifft, das sei Ihnen überlassen, herauszufinden.

Festabend

25.02.2011 ab 19.00 Uhr

Festabend / Palace St. George - Eickes Restaurant
Prinzensaal
Konrad-Zuse-Ring 10
41179 Mönchengladbach (Dorthausen)
Telefon: (02161) 549880

In unmittelbarer Nachbarschaft des Borussia Parks gelegen, befand sich seiner Zeit die Erziehungsanstalt der Rheinprovinz. Der Komplex besteht aus insgesamt 22 Einzelge-



bäuden und wurde zwischen 1904 und 1909 als Erziehungsanstalt für „...schulentlassene Fürsorgezöglinge männlichen Geschlechtes und katholischen Bekenntnisses“ erbaut. Eingewiesen in diese Anstalt wurden „jugendliche Zöglinge“, die vor dem Beginn einer kriminellen Karriere gestanden haben mögen. Ab 1938 wurde das gesamte Gelände von den Nationalsozialisten beschlagnahmt und während des Zweiten Weltkrieges zur Unterbringung eines Tag- und Nacht-Jagdgeschwaders verwendet. Die bereits 1909 erbaute Kapelle St. Barbara wurde in dieser Zeit geschlossen. Ab 1945 dienten Gelände und Gebäude der Britischen Rheinarmee. Das Areal wurde in Ayrshire Baracks umgetauft. Die der Heiligen Barbara gewidmete Kapelle wurde nun von den Streitkräften St. Georg's Church genannt und saniert. 1996 räumte die Britische Rheinarmee das komplette Gelände. Es wurde von der Stadt Mönchengladbach aus Bundeseigentum erworben und privatisiert. Heute befindet sich in der Kapelle der Heiligen St. Barbara bzw. der St. Georg's Church ein Restaurant, wobei der frühere Kirchenraum heute als Prinzensaal für Veranstaltungen genutzt wird.

Anfahrt:

Von der A 61 kommend: Nehmen Sie die Ausfahrt AS MG-Holt und fahren dann links auf die Aachener Straße (B57), Richtung Erkelenz / Rheindahlen. An der ersten Ampel nach dem Ortsausgangsschild fahren Sie rechts, Richtung Borussia Park und nach ca. 100 m wieder rechts, in den Konrad-Zuse Ring. Nach ca. 250 m haben Sie den Zielort erreicht.

Parkmöglichkeiten sind unmittelbar am Restaurant.

Hotels in der Nähe

Die hier aufgeführten Hotels befinden sich alle im Zentrum der Stadt Mainz und sind in unmittelbarer Nachbarschaft zum Tagungsort im Radius von 1 - 3 km. Die Buchung der Übernachtung erfolgt durch jeden Teilnehmer selbst.

Hotelempfehlungen

Dorint Parkhotel Mönchengladbach

Hohenzollernstrasse 5
41061 Mönchengladbach

Tel.: +49 2161 8930
Fax: +49 2161 87231
E-Mail: info.moenchengladbach@dorint.com
Web: www.dorint.com/de/hotel-moenchengladbach-mgl

Holiday Inn

Speickerstr. 49
41061 Mönchengladbach
Tel.: +49 (0) 2161 - 938-0
Fax: +49 (0) 2161 - 938-807
E-Mail: reservation.hi-mgladbach@qgdhotels.de
Web: www.moenchengladbach-hi-hotel.de

Best Western Crown Hotel

Aachener Straße 120
41061 Mönchengladbach
Tel.: +49 (0) 2161-3060
Fax: +49 (0) 2161-306140
E-Mail: info@crown.bestwestern.de
Web: www.crown.bestwestern.de

Design-Hotel

Konrad-Zuse-Ring 10
41179 Mönchengladbach
Tel.: +49 (0) 2161-54 98 8-0
Fax +49 (0) 2161-54 98 8-54
E-Mail: info@palace-st-george.de
Web: www.palace-st-george.de

Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.

Austragungsort (Ausrichter)	Preisträger
2010 Mainz (G. Naumann, H. Kölbl)	S. Baumann, R. M. Laterza, M. Possover
2009 Bad Wildungen/Kassel (J. Kutzenberger, B. Domurath)	U. Mehnert, K. Monzka
2008 Amsterdam (M. Oelke)	T. Fink, G. Primus, S. Uckert
2007 Bochum (J. Pannek)	J. Kutzenberger, B. Domurath
2006 Heidelberg/Mannheim (S.Bross, A. Haferkamp)	W. Kummer, I. Scheer
2005 München (U. Peschers, K. Jundt)	S. Boy, M.,H.-D. Pfisterer, B. Schönberger †
2004 Kiel (P.M. Braun)	C. van der Horst, B. Wefer
2003 Zürich (B. Schurch)	C. Seif, A. Reitz
2002 Bonn (S. Schumacher)	K.-D. Sievert, M. Oelke
2001 Graz (G. Primus)	C. Hampel, A. Haferkamp
2000 München (F.M. Deindl, R. Hartung, M. Stöhrer)	J. Weiß, D. M. Schmid, K. Miska
1999 Jena (J.Schubert, R. Voigt)	S. Bross, J. Neuhaus

Austragungsort (Ausrichter)	Preisträger
1998 Mainz (R. Wammack, G. Casper)	R. E. Eckert, D.-H. Zermann
1997 Murnau (M. Stöhrer, G. Kramer)	B. Schurch, M. Goepel, D.Schultz-Lampel
1996 Wien (C.P. Schmidbauer)	G. Wipfler, V. Grünewald
1995 Leipzig (W. Dorschner)	F. Deindl, O. Gonnermann, H. Krah, W. Schäfer
1994 Hannover (K. Höfner)	C. Stief, J. Scheepe
1993 Luzern (B. Schüssler)	H.J. Strittmatter, K. Höfner
1992 Mannheim (K.-P. Jünemann)	M. Hohenfellner
1991 Wuppertal (D. Schultz-Lampel)	W. Dorschner
1990 Aachen (W. Schäfer)	S. Müller, M. Knoll

Wissenschaftliches Programm
22. Jahrestagung Forum Urodynamicum e.V.
25. – 26. 02. 2011 Mönchengladbach

Freitag, 25.02.2011

Ab 08:00 Registrierung und Anmeldung
09:00 – 09:15 Begrüßung: Albert Kaufmann
 Grußwort: Herr Joachim Püllen, Geschäftsführer Kliniken Mariahilf GmbH

Harninkontinenz I

Moderation: G. Primus, Hampel C.

09:15

State of the Art Lecture

G. Naumann

Deszensus der Frau: Vaginales oder abdominelles Vorgehen?

Universitätsfrauenklinik Mainz

10:00

Abstrakt 1

Funktionelle Defizite und deren Korrelation mit Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohnern

Rose A, Thimme A, Nehen HG, Rübber H

10:15

Abstrakt 2

Ajust®-voll adjustierbare Minischlinge zur Behandlung der Belastungsharninkontinenz der Frau – 1-Jahres Follow-up Ergebnisse

Hagemeier Th, Zachmann S, Al-Ani A, Koelbl H

10:30

Abstrakt 3

Einfluss des Body Mass Index auf den Erfolg der SPARC-Schlingenimplantation bei weiblicher Belastungsharninkontinenz: Eine retrospektive Multivariatanalyse

Fischereder K, Puchwein E, Hutterer GC, Al-Ali

BM, Pummer K, Novara G, Primus G

10:45

Abstrakt 4

Transobturatorisches Band als Therapie der Belastungsharninkontinenz bei querschnittgelähmten Frauen – eine Erfolgsstory?

Pannek J, Bartel P, Göcking K

11:00

Abstrakt 5

Sexualität nach miturethralen Schlingen der ersten, zweiten und dritten Generation zur Behandlung der weiblichen Belastungsharninkontinenz

Laterza RM, Meyer M, Albrich SB, Salvatore S, Skala C, Naumann G, Koelbl H

11:15 - 11:45

Kaffeepause

Harninkontinenz II

Moderation: R.Kirschner-Hermanns, K.Höfner

11:45

Abstrakt 6

Einfluss der AdVance-Schlinge auf urodynamische Parameter

Soljanik I, Becker AJ, Bauer M, Stief CG

12:00	<p>Abstrakt 7 Perineale Ultraschalluntersuchungen bei Männern nach radikaler Prostatektomie Kirschner-Hermanns R, Tabaza R, Najjari L</p>
12:15	<p>Abstrakt 8 Retrospektive Multicenter Studie mit dem selbst verankerndem adjustierbaren trans-obturatorischen Implantat (ATOMS®) zur Therapie der männlichen Belastungs-harninkontinenz: Analyse von 99 Patienten Primus G, Fischereder K, Hoda R, Von Heyden B, Kühn M, Schmid N, Moll V, Hamza A, Karsch J, Bössner C, Fornara P, Bauer W</p>
12:30	<p>Abstrakt 9 Urodynamische Befunde und Ergebnisse der video-assistierten Urethrozystoskopie bei ausgeprägter postoperativer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie Müller G, Otto U</p>
12:45 -14:00	Mittagspause
13:30 – 13:55	Mitgliederversammlung Forum Urodynamicum e.V.
	<p>Deszensus der Frau, Operative Verfahren Moderation: G. Naumann, K. Sievert</p>
14:00	<p>Abstrakt 10-12 Outcome nach laparoskopischer Sakropexie Bannerjee C, Leufgen H, Hellmich M, Noé G</p>
14:15	<p>Abstrakt 13 Laparoskopische Sakropexie unter Verwendung eines titanisierten Polypropylenebandes: Funktionelle und anatomische Ergebnisse nach einem Jahr Honeck P, Jessen J, Wendt-Nordahl G, Knoll T</p>
14:30	<p>Abstrakt 14 Reduktion der Spottingrate nach laparoskopischer suprazervikaler Hysterektomie Bannerjee C, Kaiser N, Reiss M, Hellmich M, Noé G</p>
14:45	<p>Abstrakt 15 Endoscopic intracorporal knotting and suture techniques: talent or experience ? Bannerjee C, Rulinski J, Cosentino M, Hellmich M, Noé G</p>
	<p>Funktionelle Diagnostik Moderation: J. Pannek, A. Reitz</p>
14:55	<p>Abstrakt 16 Unklare urodynamische Befunde: Welche Bedeutung hat die ambulante Langzeiturodynamik? Kaufmann A</p>

15:10	<p>Abstrakt 17 Die präoperative Urodynamik und ihre prognostische Wertigkeit vor TUR-Prostata Alloussi SH, Lang C, Stenzl A, Alloussi S</p>
15:25- 15:45	Kaffeepause
15:45	<p>State of the Art lecture: Einmal anders. J. Bressers Spinal Cord Injury and Incontinence: View of an Concerned Person. The first Sitdown- or Wheelchair Comedian of The Netherlands.</p>
16:15	<p>Vorstellung des Stipendiaten 2011 Klaus Höfner</p> <p>Bastian Amend, Eberhard-Karls-Universität Tübingen Humane adulte mesenchymale Stammzellen zur kausalen Therapie der Belastungsinkontinenz</p>
16:40 -17:00	<p>Jahresversammlung des Forum Urodynamicum e.V.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Tagungsortes 2012 U.Mehnert • Bewerbung und Wahl des Tagungsortes 2013
19:00	Gesellschaftsabend Prinzensaal Palace St.George

Samstag, 26.02.2011

08:30 – 09:00	Eintreffen und Registrierung
09:00	<p>State of the Art Lecture M. Schubert Physiologie und Pathophysiologie der Harnblasensteuerung Paraplegikerzentrum Universität Balgrist</p>
	<p>Neuro-Urologie I Moderation: M.Oelke, B.Domurath</p>
9:45	<p>Abstrakt 18 Pathomorphologic peculiarities of prostate gland tissue removed during operation in patients with benign prostatic hyperplasia complicated with acute urinary retention Lytvynenko RA, Romanenko SP, Pasichnikow OF, Voizianov OF</p>

10:00	<p>Abstrakt 19 Cystomanometrische Veränderungen bei Mäusen mit ApoE-LDL-Rezeptordefizienz Bschleipfer T, Kampschulte M, Dannenmaier A, Langheinrich A, Weidner W</p>
10:15	<p>Abstrakt 20 Instillationstherapie bei Blasenfunktions-Störungen –Was ist bei der Verordnung zu beachten? Van Ophoven A</p>
10:30	<p>Abstrakt 21 Kadaver-Studie zur Modifizierung der Elektrodenplatzierung bei pudendaler Neurostimulation Heinze K, Hörmann R, Fritsch H, van Ophoven A</p>
10:45- 11:15	Kaffeepause
<p>Neuro-Urologie II Moderation: M.Stöhrer, J.Kutzenberger</p>	
11:15	<p>Abstrakt 22 Detrusordruck und Botulinumtoxin A - Ist eine optimierte Dosierung möglich? Eine retrospektive Analyse. Bonn I, Kaufmann A</p>
11:30	<p>Abstrakt 23 Einfluss einer signifikanten Bakteriurie auf die Wirkdauer von Botulinum-Neurotoxin A bei neurogener Blasenfunktionsstörung Klein T, Nehiba M, van Ophoven A</p>
11:45	<p>Abstrakt 24 Auswirkungen der BTX-A-Injektion in den Detrusor vor sakraler Deafferentation (SDAF) und Vorderwurzelstimulator-Implantation (SARS) Kutzenberger J, Domurath B</p>
12:00	<p>Abstrakt 25 Klinischer Nutzen des Memokath® Sphinkter-Stents als Alternative zur Re-Sphinkterotomie Pannek J, Bartel P, Göcking K</p>
<p>Neuro-Urologie III Moderation: B.Schurch, S. Bross</p>	
12:15	<p>Abstrakt 26 Langzeit-Verlauf der Blasenfunktion bei Patienten mit Rückenmarkverletzung Wöllner J, Gregorini F, Birnböck D, Mehnert U, Kessler TM</p>
12:30	<p>Abstrakt 27 Vesiko-uretero-renaler Reflux bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung nach Rückenmarkverletzung Wöllner J, Groebli Bollter R, Gregorini F, Birnböck D, Mehnert U, Kessler TM</p>

12:45	Abstrakt 28 Untersuchung der Bedeutung des parasympathischen sakralen Erektionszentrums bei querschnittgelähmten Männern mit Hilfe der Vorderwurzelstimulation Domurath B, Kutzenberger J, Zepke F
13:00	Abstrakt 29 Blasensensorik nach kompletter Rückenmark- und Cauda equina-Läsion – klinische Beobachtungen mit neurophysiologischen Implikationen Reitz A
13:15	Verleihung der Eugen Rehfisch-Preise K. Höfner, Vorsitzender des Forum Urodynamicum e.V.
13:25	Schlusswort
13:30	Mittagessen

Sponsoren



Attention to Detail. Attention to Life.



FARCO-PHARMA



Förderkreis



Abstrakt 1

Funktionelle Defizite und deren Korrelation mit Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohnern

Autor(en):

A. Rose / Klinik für Urologie, Uniklinik Essen, A. Thimme / Klinik für Urologie, Uniklinik Essen, H.G. Nehen / Klinik für Geriatrie, Elisabeth-Krankenhaus Essen, H. Rübben / Klinik für Urologie, Uniklinik Essen

Einleitung:

Die Inzidenz der Harninkontinenz steigt mit zunehmendem Lebensalter. Gleiches gilt für die Inzidenzen von Komorbiditäten und funktionellen Einschränkungen, welche die Entstehung einer Inkontinenz bedingen, oder deren Kompensation erschweren können. In dieser Querschnittsuntersuchung wurde bei Pflegeheimbewohnern die Prävalenz von Harninkontinenz sowie deren Korrelation zu möglichen Risikofaktoren untersucht.

Material und Methodik:

Insgesamt 81 Pflegeheimbewohner (18 Männer, 63 Frauen; mittleres Alter 84 Jahre) wurden untersucht. Die Untersuchungen umfassten Anamnese, körperliche Untersuchung, Sonografie des Harntrakts, Urin-Sediment und mikrobiologische Untersuchung. Der Ernährungsstatus wurde mittels Mini Nutritional Assessment erhoben. MiniMental state Examination, DemTect und Uhrzeichentest wurden durchgeführt um den Schweregrad dementieller Symptome zu erfassen. Mittels Timed up&go Test wurde die Mobilität erfasst. Das Ausmaß der Harninkontinenz wurde durch den Vorlagenverbrauch über 24 h bestimmt. Bewohner die weniger als 3 Vorlagen benötigten wurden als erstgradig, 3-6 Vorlagen als zweitgradig und mehr als 6 Vorlagen oder Windelversorgung als drittgradig inkontinent eingestuft.

Ergebnisse:

Kontinent waren 6/81 (7%) der Bewohner. Bei 8/81 (10%) bestand eine Dauerkatheterversorgung und 67/81 (83%) zeigten eine Harninkontinenz unterschiedlichen Ausmaßes. Es zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen Inkontinenz und Diabetes, der Einnahme von Diuretika oder beobachteten Harnwegsinfekten. Die Häufigkeit von Harnwegsinfekten betrug 80% bei den kontinenten Bewohnern, 81% bei den inkontinenten Bewohnern und 100% bei den Dauerkatheterversorgten. Der häufigste nachgewiesene Erreger war E. coli (43%). Die Gegenüberstellung der Schweregrade von Inkontinenz und Demenz zeigte eine positive Korrelation ($r=0,37$; $P=0,0013$). Ebenso konnte eine Korrelation von zunehmender Inkontinenz mit Zunahme der Immobilität beobachtet werden ($r=0,71$; P Sonografisch zeigten sich keine Transportstörungen des oberen Harntraktes, allerdings konnten bei 6 weiblichen Bewohnern Restharmengen > 200 ml festgestellt werden. Bei 8 Bewohnern wurde eine urodynamische Untersuchung durchgeführt. Hier zeigte sich bei 4 Bewohnern eine Detrusorüberaktivität, bei dreien eine Detrusorunteraktivität und bei einem Bewohner eine unauffällige Detrusorfunktion.

Schluss:

In unserer Untersuchung waren über 80% der untersuchten Pflegeheimbewohner von einer Harninkontinenz betroffen. Die Prävalenz dementieller Erkrankungen lag bei über 90%, was die Erhebung einer Eigenanamnese und Durchführung symptomorientierter Fragebögen unmöglich machte. Das Ausmaß der Harninkontinenz korrelierte mit zunehmender Demenz, Immobilität und Unterernährung. Dabei zeigte sich die stärkste Korrelation mit der Abnahme der Mobilität. Es ist davon auszugehen, dass mit zunehmendem Alter diese funktionellen Defizite in der Ätiologie der Harninkontinenz über die klassischen organischen Ursachen überwiegen. Sonografische und urodynamische Diagnostik führte zu einem besseren Verständnis und aktiver Therapie, welche bei der Mehrheit der Bewohner (78%) entweder nicht gewünscht, oder im Hinblick auf den Allgemeinzustand nicht sinnvoll war.

Abstrakt 2

Ajust^o- voll adjustierbare Minischlinge zur Behandlung der Belastungsharninkontinenz der Frau - 1-Jahres Follow-up Ergebnisse

Autor(en):

Hagemeier, Th., Beckenbodenzentrum SRH Zentralklinikum Suhl, Zachmann, S., Spital Maennedorf, Schweiz, Al-Ani, A., Beckenbodenzentrum Hufeland Klinikum Bad Langensalza, Kölbl, H., Unifrauenklinik Mainz

Einleitung:

Spannungsfreie suburethrale Vaginalschlingen erbringen exzellente Ergebnisse bei der Behandlung der Belastungsharninkontinenz mit hohen Kontinenzraten. Die meisten Beckenbodenchirurgen verwenden retroperitoneale oder konventionelle transobturatorische Schlingen, diese zeigen jedoch Nebenwirkungen und Komplikationen aufgrund der notwendigen Blindpassage. Die single incision sling Ajust^o vermeidet eine Blindpassage des Trokars durch ausschließliche vaginale Inzision und feste Verankerung beidseits in der transobturatorischen Membran ohne weitere blinde Passage durch das Gewebe mit anschließender Möglichkeit einer Feinjustierung durch bidirektionale Lockerung oder Straffung des Bandes. Die vorliegende Studie untersucht die Effektivität und Sicherheit dieser neuen minimal-invasiven OP-Technik mit 1-Jahres-Ergebnissen.

Material und Methodik:

In der prospektiven einarmigen Beobachtungsstudie wurden im Zeitraum von November 2008 bis März 2009 52 Patientinnen im Alter von 62,8 Jahren (39-88) bei primärer Belastungsharninkontinenz in insgesamt 4 urogynäkologischen Zentren mit einer Ajust-Minischlinge versorgt. Alle Patientinnen erhielten präoperativ eine komplette urogynäkologische Abklärung, zur Ermittlung der Lebensqualitätsparameter wurden spezielle validierte Fragebögen eingesetzt.

Ergebnisse:

Berichtet werden die ersten Ergebnisse von 52 Patientinnen mit einem Follow-up nach 12 Monaten. Bei 51 Frauen konnte das Band problemlos eingesetzt werden, in einem Fall wurde direkt intraoperativ auf eine konventionelle transobturatorische Schlinge gewechselt. In einem weiteren Fall musste das Band 14 Tage postoperativ bei Dislokation entfernt werden. Es traten keinerlei Komplikationen wie Blutung über 200 ml, Organläsionen, Hämatome oder Obstruktionen auf. Nach 12 Monaten zeigt sich eine Kontinenzrate von 86,5% (46/50), 1 Frau berichtet über eine deutliche Verbesserung.

Schluss:

Die ersten Ergebnisse des Einsatzes der Minischlinge Ajust^o zeigen eine hohe Effektivität mit vergleichbaren Kontinenzraten durch die mögliche feste Verankerung der Schlinge bds. in der transobturatorischen Membran. Zudem zeigen sich keine Komplikationen durch die wegfallende Blindpassage, die Nutzung von wenig Fremdmaterial und die mögliche bidirektionale Adjustierbarkeit nach Schlingeneinlage. Weitere prospektive Studien mit einem längeren follow-up müssen die Effektivität weiter bestätigen.

Abstrakt 3

Einfluss des Body Mass Index auf den Erfolg der SPARC-Schlingenimplantation bei weiblicher Belastungsinkontinenz: Eine retrospektive Multivariatanalyse

Autor(en):

Katja Fischereder¹, Erika Puchwein¹, Georg C. Hutterer¹, Badereddin Mohamad Al-Ali¹, Karl Pummer¹, Giacomo Novara², Günter Primus¹

¹ Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Graz (MUG), Graz

² Dipartimento Di Scienze Oncologiche E Chirurgiche, Università degli Studi di Padova

Einleitung:

Evaluierung des Erfolges der SPARC-Schlingenimplantation bei Frauen mit Belastungsinkontinenz in Abhängigkeit vom Body Mass Index (BMI).

Material und Methodik:

Im Zeitraum von 2001 bis 2009 wurde an unserer Abteilung bei insgesamt 151 Frauen mit urodynamisch nachgewiesener Belastungsinkontinenz eine SPARC-Schlingenimplantation durchgeführt. Patientinnen mit einer Follow-up-Dauer unter 12 Monaten wurden aus der Studie ausgeschlossen. Daten von 93 Frauen wurden in Abhängigkeit von ihrem BMI evaluiert. Hierzu wurden die Patientinnen wie folgt gruppiert: A: Normalgewichtige (BMI 18.5-<25kg/m²), B: Übergewichtige (BMI 25-<30kg/m²), und C: Fettleibige (BMI 30->35kg/m²). Die objektive und subjektive Heilungsrate, der gesamte Behandlungserfolg und die Selbsteinschätzung des Schweregrades der Beeinträchtigung durch die Belastungsinkontinenz wurden erfasst. Darüber hinaus wurde die persönliche postoperative Zufriedenheit der Patientinnen evaluiert.

Ergebnisse:

Der mittlere Beobachtungszeitraum betrug 7,6 Jahre. Generell, wie auch nach Analyse der einzelnen BMI-Kategorien war die durchschnittliche Anzahl an benötigten Vorlagen/Tag, der Pad-Test und die Selbsteinschätzung des Schweregrades der Beeinträchtigung durch die Belastungsinkontinenz postoperativ signifikant reduziert ($p < 0,001$). Im Follow-up zeigte sich eine objektive Heilungsrate von 76%, 76% und 49% für normalgewichtige, übergewichtige und fettleibige Patienten ($p = 0,081$). Nach Multivariatanalyse ergab der BMI keinen unabhängigen Vorhersagewert bezüglich der objektiven Heilungsrate, sowohl gemessen als kontinuierliche ($p = 0,108$), als auch als kategorische Variable (p for trend 0,301). Die subjektive Heilungsrate ergab in der Nachbeobachtung 60%, 61% und 40% für normalgewichtige, übergewichtige und fettleibige Patienten ($p = 0,163$). Ähnlich repräsentierte der BMI in der Multivariatanalyse keinen unabhängigen Vorhersagewert für die subjektive Heilungsrate, weder als kontinuierliche ($p = 0,475$), noch als kategorische Variable (p for trend 0,690). Insgesamt waren 92% (A), 85% (B) und 80% (C) der untersuchten Patientinnen mit dem postoperativen Resultat zufrieden.

Schlussfolgerung:

Multivariat erwies sich der BMI weder als unabhängiger Vorhersagewert bezüglich objektiver und subjektiver Heilungsrate, noch betreffend der postoperativen Zufriedenheit der Patientinnen. Die SPARC-Schlingenimplantation konnte im untersuchten Kollektiv bei Patientinnen aller BMI-Kategorien sicher und effektiv durchgeführt werden.

Abstrakt 4

Transobturatorisches Band als Therapie der Belastungsinkontinenz bei querschnittgelähmten Frauen - eine Erfolgsstory?

Autor(en):

Jürgen Pannek, Peter Bartel, Konrad Göcking
Neuro-Urologie, Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil

Einleitung:

Bei Patientinnen mit nicht neurogener Belastungsinkontinenz stellt das transobturatorische Band (TOT) eine minimal invasive operative Therapieoption mit exzellenten Langzeitergebnissen dar. Wir evaluierten die Effektivität dieses Verfahrens bei querschnittgelähmten Frauen.

Material und Methodik:

Die Ergebnisse aller querschnittgelähmten Patientinnen, die an unserer Institution mit einem TOT versorgt worden sind, wurden retrospektiv evaluiert.

Ergebnisse:

Neun Patientinnen, medianes Alter 45,1 Jahre, erhielten zwischen 11/2007 und 09/2010 bei nachgewiesener Belastungsinkontinenz ein TOT. Vier Patientinnen waren paraplegisch, 5 tetraplegisch. 7 Frauen führten den intermittierenden Selbstkatheterismus durch. 3 Monate nach dem Eingriff waren lediglich 3 der 9 Patientinnen entweder kontinent oder signifikant verbessert und somit mit dem Ergebnis zufrieden. 5 der 6 Frauen mit persistierender Inkontinenz unterzogen sich einem zweiten Eingriff (artificialer Sphinkter oder Harnableitung).

Schluss:

Nach den Ergebnissen unserer Fallstudie kann die Einlage eines TOT bei querschnittgelähmten Frauen mit Belastungsinkontinenz nicht empfohlen werden.

Abstrakt 5

Sexualität nach midurethrale Schlingen der ersten, zweiten und dritten Generation zur Behandlung der weiblichen Belastungsharninkontinenz

Autor(en):

R.M. Laterza¹, M. Meyer¹, S.B. Albrich¹, S. Salvatore², C. Skala¹, G. Naumann¹, H. Koelbl¹

¹Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Universitätsmedizin, Johannes Gutenberg University, Mainz, Deutschland. ²Department of Obstetrics and Gynecology, Insubria University, Varese, Italy

Einleitung:

Wir verglichen den Einfluß von drei verschiedenen miturethralen Schlingen zur Behandlung der weiblichen Belastungsharninkontinenz auf die Sexualfunktion mittels validiertem Fragebogen (FSFI). Untersucht wurde auch, ob die minimale Invasivität der Drittgenerationsschlingen einen positiven Einfluß auf die postoperative Sexualfunktion hat.

Material und Methodik:

In die Studie retrospektiv eingeschlossen wurden perimenopausale, sexuell-aktive Frauen, welche im Zeitraum von Juli 2008 bis Juli 2009 wegen Belastungsharninkontinenz mittels miturethraler Schlinge behandelt wurden (TVT®, TVT-secur®, MINIARC®, AJUST® an der Universitätsklinik Mainz; TVT-O® an der Universitätsklinik Insubria in Varese). Die Patientinnen wurden gebeten einen FSFI-Fragebogen bezüglich ihrer postoperativen Sexualfunktion nach einer minimalen Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten. Die Frauen wurden entsprechend des Schlingen-Typs in drei Gruppen eingeteilt: TVT, TVT-O und Mini-Schlingen. Die Ergebnisse wurden jeweils zwischen den drei Gruppen verglichen.

Ergebnisse:

Während der Studie stimmten 73 Frauen einer Teilnahme zu und füllten die Fragebögen aus: 30 Patientinnen in der TVT-Gruppe, 20 Patientinnen in der TVT-O-Gruppe und 23 Patientinnen in der Mini-Schlingen-Gruppe. Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, BMI, Parität und Hormon-Ersatz-Therapie. Keine Patientin berichtete über Sexualstörungen vor der Operation. Im postoperativen Verlauf klagte keine Patientin über eine Vaginal-Erosion, Schrumpfen oder Band-Infektion.

FSFI TVT (30 pt) TVT-O (20 pt) Pw
Lust: 3.6 (± 1.2) 2.8 (± 0.9) 0.002
Erregung: 4.8 (0-5) 3.0 (1-5) 0.005
Lubrikation: 5.7 (0-6) 3.0 (2-6) 0.007
Orgasmus: 5.2 (0-6) 3.0 (2-4) Befriedigung: 6 (0-6) 3.5 (2-6) 0.008
Schmerzen: 6 (0-6) 4 (2-6) 0.03
Gesamtwert: 30(2-34.5) 22(15.4-31)0.003

FSFI TVT (30 pt) Mini-S(23 pt) Pw
Lust: 3.6 (± 1.2) 2.8 (± 1.3) 0.007
Erregung: 4.8 (0-5.7) 3.3 (0-5.4) 0.002
Lubrikation: 5.7 (0-6) 3.0 (0-5.7) Orgasmus: 5.2 (0-6) 3.2 (0-5.6) Befriedigung: 6 (0.8-6) 4.4 (0.8-6) 0.02
Schmerz: 6 (0-6) 2.8 (0-6) 0.002
Gesamtw: 30.1(2-34.5) 23.4 (2-32) 0.001

FSFI TVT-O (20 pt) Mini-S(23 pt) Pw
Lust: 2.8 (± 0.9) 2.8 (± 1.3) 0.69
Erregung: 3 (1.0-5.0) 3.3 (0-5.4) 0.26
Lubrikation: 3.0 (2-6) 3.0 (0-5.7) 0.28
Orgasmus: 3.0 (2-4) 3.2 (0-5.6) 0.87
Befriedigung: 3.5 (2-6) 4.4 (0.8-6) 0.62
Schmerz: 4.0 (2-6) 2.8 (0-6) 0.07
Gesamtw: 22(15.4-31) 23.4 (2-32.4)0.28

Schluss:

Unsere Daten zeigen, daß Patientinnen nach retropubischem TVT im Vergleich zu TVT-O in allen Bereichen des FSFI-Fragebogens eine statistisch signifikant bessere Sexualfunktion aufweisen. Ebenso waren die Fragebogen-Werte nach TVT höher als nach Mini-Schlingen. Die Werte in der TVT-O-Gruppe unterschieden sich nicht signifikant von denen der Mini-Schlingen-Gruppe. Bezüglich der postoperativen Sexualität in den verschiedenen untersuchten Gruppen scheint das TVT die besten Ergebnisse zu liefern.

Abstrakt 6

Einfluss der AdVance-Schlinge auf urodynamische Parameter

Autor(en):

Irina Soljanik, Sektion Neuro-Urologie, Klinik für Paraplegiologie, Universitätsklinik Heidelberg; Urologische Klinik und Poliklinik, LMU München, Armin J. Becker, Urologische Klinik und Poliklinik, LMU München
Christian G. Stief, Urologische Klinik und Poliklinik, LMU München, Ricarda M. Bauer, Urologische Klinik und Poliklinik, LMU München

Einleitung:

Die AdVance-Schlinge wird zur Therapie der persistierenden Belastungsinkontinenz (BI) nach Prostataoperationen mit guten Erfolgen eingesetzt. Ziel der Studie war es Veränderungen von urodynamischen Parametern durch die AdVance-Schlinge und mögliche Einflüsse von urodynamischen Parametern auf das postoperative Ergebnis zu evaluieren.

Material und Methodik:

Bei 55 konsekutiven Patienten mit einer BI nach radikaler Prostatektomie erfolgte vor und nach Schlingen-Implantation eine Urodynamik. Präoperativ erfolgte eine Evaluierung mittels Anamnese, Restharn, Uroflow, Urethroskopie, Lebensqualitätsfragebögen, tägl. Vorlagenverbrauch und 1-h Padtest.

Ergebnisse:

Die Erfolgsrate lag bei 73% (40/55 Patienten) (mittleres Follow-up $21 \pm 11,7$ Monate). Nur beim ALLP konnte eine signifikante Veränderung nachgewiesen werden ($61 \pm 14,2$ vs. $79 \pm 20,4$ cm H₂O, $p < 0.001$). Alle anderen urodynamischen Parameter blieben unverändert. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen von Uroflow und Restharn. De-novo-Detrusorüberaktivität der Blase wurde nicht beobachtet. Der Urinverlust im 1-h Padtest ($136,1 \pm 119,4$ vs. $39,4 \pm 77,0$, $p < 0.0001$) und der tägliche Vorlagenverbrauch reduzierten sich signifikant ($4,6 \pm 2,0$ vs. $1,9 \pm 2,1$). Es konnte kein Einfluss von negativen urodynamischen Parametern (ALPP 30 cm H₂O, Q_{max} 10 ml/s und MCC 200ml) auf das postoperative Ergebnis nachgewiesen werden. Der Anstieg des ALPP korrelierte signifikant mit Erfolgsrate nach Schlingen-Implantation ($r_s = 0.7, p < 0.001$).

Schluss:

Die AdVance-Schlinge zeigt in der urodynamischen Untersuchung keine urethrale Obstruktion oder Kompression oder einen Einfluss auf die Miktion. Zusätzlich konnten keine urodynamischen Parameter als Risikofaktor für ein schlechtes postoperatives Ergebnis evaluiert werden.

Abstrakt 7

Perineale Ultraschalluntersuchungen bei Männern nach radikaler Prostatektomie

Autor(en):

R. Kirschner-Hermanns, R. Tabaza, L. Najjari

Kontinenzzentrum, Universitätsklinikum RWTH Aachen - interdisziplinärer Bereich der Urologie, Gynäkologie und Chirurgie

Einleitung:

Die perineale Ultraschalluntersuchung ist wichtiger Bestandteil der Diagnostik der weiblichen Stressinkontinenz - Wir untersuchten die Möglichkeiten der perinealen Sonografie bei Männern nach radikaler Prostatektomie.

Material und Methodik:

Bei 21 inkontinenten (urodynamisch bestätigten) Belastungsinkontinenz und 12 kontinenten Männern nach radikaler Prostatektomie führten wir eine perineale Ultraschalluntersuchung durch. Bei allen lag die radikale Prostatektomie zumindest ein Jahr zurück. Wir benutzten dazu ein GE Kretz Voluson 730 Expertensystem mit 8.4 MHz abdomineller Sonde, welche über einen Acquisitionswinkel von mehr als 85 Grad verfügte und ein 3D/4D Multislice Imaging in Realzeit erlaubte.

Ergebnisse:

Alle 33 Patienten wurden von zwei Untersuchern unabhängig von einander ausgewertet und anschließend die archivierten Bilder nochmals von zwei unabhängigen Untersuchern, die nicht bei der Messung anwesend waren, untersucht. Insbesondere die Hypermobilität der proximalen Harnröhre, ein ‚funneling‘ des Blasenhalses, das Ausmaß von narbigen Strukturen im Blasenhalbsbereich und die Fähigkeit zur korrekten Beckenbodenanspannung konnten gut sichtbar gemacht werden. Kontinente und inkontinente Männer unterschieden sich vor allem in der Variabilität der Hypermobilität der proximalen Harnröhre. Die Korrelation zwischen den Untersuchern lag bei 100% in der Beurteilung von Vernarbungen und bei 94% in der Beurteilung der Hypermobilität der proximalen Harnröhre. Selbst bei der retrospektiven Analyse der Archivaufnahmen lag die Korrelation noch zwischen 82% und 72%.

Schluss:

Mit Hilfe einer perinealen Ultraschalluntersuchung kann bei Männern nach radikaler Prostatektomie Blasenhalbs und proximale Harnröhre, sowie ein korrektes Anspannen der Beckenbodenmuskulatur gut dargestellt werden und hilft möglicherweise in der Zukunft bei der Entscheidung über das operative Vorgehen bei der Sanierung der männlichen Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie

Abstrakt 8

Retrospektive Multicenter Studie mit dem selbst verankerndem adjustierbaren transobturatorischen Implantat (ATOMS[®]) zur Therapie der männlichen Belastungsharninkontinenz : Analyse von 99 Patienten

Autor(en):

G. Primus¹, K. Fischereider¹, R. Hoda², B. Von Heyden³, M. Kühn⁴, N. Schmid⁵, V. Moll⁶, A. Hamza⁷, J. Karsch⁸, C. Bössner⁹, P. Fornara², W. Bauer⁹

¹ Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Graz (MUG), Graz, Österreich

² Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Halle, Halle, Deutschland

³ Klinikum am Plattenwald, Abteilung für Urologie, Bad Friedrichshall, Deutschland

⁴ Johanniter-Krankenhaus Genthin – Stendal, Abteilung für Urologie, Stendal, Deutschland

⁵ Klinikum Wels-Grieskirchen, Abteilung für Urologie, Wels, Österreich

⁶ Diako- Die Stadtklinik, Uro Aktiv – Die Urologen im Diako Das Ärztehaus, Augsburg, Deutschland

⁷ Klinikum St. Georg, Abteilung für Urologie, Leipzig, Deutschland

⁸ Loretto-Krankenhaus, Abteilung für Urologie, Freiburg, Deutschland

⁹ Krankenhaus Göttlicher Heiland, Abteilung für Urologie, Wien, Österreich

Einleitung:

Erste Multicenter Erfahrungen mit dem ATOMS[®]-System zur Therapie der männlichen Belastungsharninkontinenz (SUI).

Material und Methodik:

Von 05/09 bis 07/10 wurden 99 Männer mit SUI mittels ATOMS[®] behandelt, am häufigsten nach radikaler Prostatektomie (92.9%). Das Implantat wurde mittels Outside-in Technik über das Foramen obturatorium eingebracht, am Ramus pubis inferior verankert und der Titan Port in der linken Symphysenregion subkutan platziert. Die prä- und postoperative Evaluierung bestand aus Erhebung der Inkontinenzsymptome, 24-h Pad-Test, Anzahl der Vorlagen/Tag präoperativ, 3, 6 und 12 Monate postoperativ.

Ergebnisse:

Das Durchschnittsalter betrug 70,4 ± 6,2 Jahre, die OP-Zeit 47,4 ± 13,8 Min. Es traten keine intraoperativen Komplikationen auf. 68 Patienten berichteten über eine vorübergehende perineale/skrotale Dysästhesie oder Schmerzsymptomatik. 4 Wundinfektionen im Portbereich führten zu Entfernungen des Gesamtsystems(2) oder des Portes(2). 1 Patient zeigte eine urethrale Erosion.

Nach intraoperativer Füllung mit 5,8 ± 1,4 ml waren 31 (31,3%) Patienten trocken. Bei 68 (68,6%) Patienten waren weitere Auffüllungen nötig, im Mittel 3,8 ± 1,3. Das durchschnittliche Implantatvolumen nach 3 Monaten betrug 13 ± 8 ml. Der Vorlagenverbrauch und der Pad-Test reduzierten sich von präoperativ 7,1 ± 2,3 Vorlagen/Tag und 681 ± 466 ml auf 1,1 ± 2 und 75 ± 225 ml nach 3 Monaten (p < 0,001). Bei einem mittleren Follow-up von 10,5 ± 3,9 Monaten war die Erfolgsrate 92% (62,6% trocken, 29,2% verbessert). 8% waren Therapieversager.

Schlussfolgerung:

Das ATOMS[®] System ist ein sicheres und effizientes Verfahren und erweitert die Therapiemöglichkeiten bei der männlichen Belastungsharninkontinenz. Trotz der Lernkurve sind die Resultate mit anderen etablierten Systemen vergleichbar.

Abstrakt 9

Urodynamische Befunde und Ergebnisse der video-assistierten Urethrozystoskopie bei ausgeprägter postoperativer Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie

Autor(en):

Dr. med. Guido Müller, Prof. Dr. med. Ullrich Otto
Klinik Quellental, Abteilung Urologie / Onkologie

Einleitung:

Daten zur Lebensqualität im ersten Jahr nach radikaler Prostatektomie (RP) zeigen, dass die postoperative Harninkontinenz den Patienten zunächst am stärksten beeinträchtigt. Bei einer ausgeprägten persistierenden Harninkontinenz können durch diagnostische Maßnahmen Ursachen erkannt und objektiviert werden. Diese Erkenntnisse eröffnen effektive therapeutische Optionen.

Material und Methodik:

Patienten, die in unserer Klinik nach RP zur fachspezifischen Rehabilitation aufgenommen werden, nehmen im Rahmen des von uns auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelten, multimodalen und evidenzbasierten Therapiekonzepts am speziellen physiotherapeutischen Kontinenztraining teil. Wir berichten über 114 Patienten mit ausgeprägter postoperativer Harninkontinenz, bei denen wir aufgrund einer unzureichenden Besserung eine erweiterte Diagnostik mit urodynamischer Abklärung und video-assistierter Endoskopie durchführten. Daneben wurden 67 verschiedene klinische Parameter mit einem standardisierten medizinischen Dokumentationsbogen erhoben und am Ende in eine Datenbank übertragen.

Ergebnisse:

Der Urinverlust betrug durchschnittlich 954 g/Tag, das Durchschnittsalter lag bei 71 Jahren. In der Urodynamik ergaben sich folgende Durchschnittswerte: Blasenkapazität 378 ml, erster Harndrang bei 184 ml, normaler Harndrang bei 273 ml, funktionelle Urethralänge 32 mm. Der maximale Ruhe-Urethroverschlußdruck war bei allen Patienten deutlich erniedrigt (durchschnittlich 31 mbar). In der Analyse fiel eine Gruppe von 10 Patienten auf mit einer Blasenkapazität von 50 - 140 ml und einer ausgeprägten low-Compliance (unter 5 ml/mbar). In der video-assistierten Zystoskopie zeigten die Patienten zu 86 % bei der willkürlichen Sphinktertonisierung eine Beteiligung der akzessorischen Beckenbodenmuskulatur. Die Anastomosen-Sphinkter-Strecke lag zu 67 % unter 1 cm.

Schluss:

Bei Patienten mit einer ausgeprägten persistierenden Post-Prostatektomie-Harninkontinenz sollten frühzeitig eine urodynamische Untersuchung und eine Endoskopie erfolgen. Die Ursache der Frühinkontinenz ist überwiegend eine Sphinkterinsuffizienz. Jedoch finden sich auch Patienten mit ausgeprägter low-Compliance der Harnblase. Dies erforderte in der Rehabilitation auch jeweils einen höheren Therapieaufwand.

Abstrakt 10

Erhöhung von Infektparametern nach laparoskopischer Sakropexie: Infektion oder posttraumatische Reaktion?

Autor(en):

C.Banerjee, H. Leufgen, M. Hellmich, K. Noé
KKH Dormagen Abt. Gyn Geb, Uni Köln IMSI

Einleitung:

Die Höhe von Leukozyten und C-reaktivem Protein (CRP) werden oft zur Erfassung von Infektionen benutzt. Abhängig vom Grad des Gewebstraumas werden erhöhte Werte ebenfalls nach offen-chirurgischen Operationen beobachtet. Das Ziel dieser Studie war es, die Aussagekraft der Leukozyten- und CRP-Werte nach laparoskopischer Sakropexie hinsichtlich besserer Differenzierung zwischen Infektion und Gewebsreaktion zu untersuchen.

Material und Methodik:

287 Patientinnen, die an einem Genitalprolaps >1° litten und mit einer laparoskopischer Sakropexie versorgt wurden, wurden in die Studie eingeschlossen. Eine LASH wurde bei vorhandenem Uterus (n=171) simultan durchgeführt. Leukozyten- und CRP-Werte wurden sowohl prä- als auch 4 Tage postoperativ erhoben. Zusätzlich wurde die Rate von frühen (Tag 1-5 postoperativ) und späten (>1 Tag bis spätestens 7 Tage nach Entlassung) Infektionen untersucht. Die Trennschärfe der Leukozyten- und der CRP-Werte wurden mittels ROC Analyse ermittelt. Einschlusskriterien für das Vorliegen einer Infektion waren sowohl die klinische Symptomatik, als auch eine Erhöhung der Infektparameter.

Messparameter:

Alter, Gewicht, Größe, BMI der Patientinnen. OP-Dauer, CRP und Leukozytenzahl prä- und postoperativ.

Ergebnisse:

Es ergaben sich niedrige Flächen unter der ROC-Kurve sowohl für Leukozyten (0,52; 95% Konfidenzintervall 0,37-0,66) als auch für CRP-Werte (0,60; 95% Konfidenzintervall 0,44-0,77), wobei ein Wert von 1 (bzw. 0) eine perfekte Diskrimination beschreibt und 0,5 einem Münzwurf entspricht. Demzufolge können keine Grenzwerte mit akzeptabler Sensitivität und Spezifität definiert werden.

Schluss:

Wir fanden geringe Evidenz über die diagnostische Validität von Leukozyten- und CRP-Werten zur Differenzierung zwischen Infektion und posttraumatischer Reaktion 4 Tage nach laparoskopischer Sakropexie. Unsere Resultate stellen die Vorteile einer routinemäßigen Bestimmung von Leukozyten- und CRP-Werten derzeit in Frage. Die Signifikanz unserer Ergebnisse ist allerdings aufgrund der Seltenheit von Infektionen innerhalb unserer Studie begrenzt. Sensitivität und Spezifität der Leukozyten- und CRP-Werte sind möglicherweise nach Normalisierung der initialen Gewebsreaktion (Tag 8-10) höher.

Abstrakt 11

Postoperative Schmerzen nach laparoskopischer Sakropexie

Autor(en):

C. Banerjee, H. Leufgen, M. Hellmich, K. Noé
KKH Domagen Abt. f. Gyn Geb, Uni Köln IMSI

Einleitung:

Die laparoskopische Chirurgie ist mit einer verminderten Morbidität assoziiert. Im Vergleich mit offen-chirurgischen Ansätzen sind postoperative Schmerzen geringer ausgeprägt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Schmerzintensität und den Schmerzmittelbedarf nach laparoskopischer Sakropexie zu beurteilen.

Material und Methodik:

In die Studie wurden 287 Patientinnen mit einem Decensus genitalis > 1° und konsekutiver laparoskopischer Sakropexie einbezogen. Während des stationären Aufenthaltes wurde auf den täglichen Visiten die Schmerzintensität des Abdomens sowie Schulterschmerzen erfragt und anhand einer vier Punkte Verbale Rating Skale (VRS) eingestuft. Die Schmerzintensität bzw. Schmerzmittelverbrauch wurden zum Body-mass Index, der Operationsdauer und dem intraoperativen Blutverlust korreliert. Der Schmerzmittelbedarf wurde anhand der Patientenakten ermittelt.

Messparameter:

Vier Punkte Verbale Rating Skale (VRS), Schmerzmittelverbrauch unter Berücksichtigung der Narkosedikation, Body-mass Index, intraoperativer Blutverlust, Operationsdauer.

Ergebnisse:

Die Patientinnen konnten zwischen Schulterschmerzen und Wundschmerzen differenzieren. Wundschmerzen scheinen besser auf Schmerzmittel zu reagieren als Schulterschmerzen. Der objektive Schmerzmittelverbrauch korreliert nicht zur subjektiven Schmerzintensität. Insgesamt erscheint die Schmerzintensität und der Schmerzmittelbedarf nach laparoskopischer Beckenboden-Chirurgie moderat zu sein. Fast 38 % der Patientinnen benötigten postoperativ nur eine einzige oder keine Schmerzmittelgabe. Der Schmerzmittelverbrauch war am ersten postoperativen Tag am höchsten und sank über die folgenden fünf Tage kontinuierlich ab (Abb. 2). Es konnte kein direkter Bezug zwischen Operationslänge, Body mass Index oder intraoperativem Blutverlust und Schmerzintensität bzw. Schmerzmittelbedarf hergestellt werden. Nichtsteroidale herkömmliche Schmerzmittel (Voltaren, Ibuprofen) zeigen eine gute Wirksamkeit. Es werden jedoch im Schnitt mehr Dosen benötigt, als bei einmal täglich zu applizierenden COX 2 Hemmern.

Schluss:

Insgesamt gehen laparoskopische Senkungsoperationen mit wenig Schmerzen und einem entsprechend geringen Schmerzmittelbedarf einher. Nichtsteroidale Schmerzmittel haben eine ausreichende postoperative Wirkung hinsichtlich der oberflächlichen und tiefen Wundschmerzen. COX 2 Inhibitoren scheinen ebenfalls ein günstiges Wirkungsprofil zu haben. Schulterschmerzen treten vorwiegend am ersten und zweiten postoperativen Tag auf und reagieren schlechter als viscerale Schmerzen auf Schmerzmittel.

Abstrakt 12

Komplikationen, Reprolapsrate und funktionelle Ergebnisse nach laparoskopischer Sakropexie: Eine Kohortenstudie

Autor(en):

C. Banerjee¹, H. Leufgen¹, W. Hatzmann², G. Noé¹

¹ Kreiskrankenhaus Dormagen, akad. Lehrkrankenhaus d. Universität zu Köln

² Marien Hospital Witten, Universität Witten-Herdecke

Einleitung:

Die tiefe Sakropexie gilt als Operationsmethode der Wahl bei Senkungs-beschwerden. Dem laparoskopischen Zugangsweg werden zahlreiche Vorteile nachgesagt. Ziel der vorliegenden Studie war es, Komplikationen, Rezidivraten sowie das funktionelle Ergebnis nach laparoskopischer Sakropexie zu beurteilen.

Material und Methodik:

Bei Bedarf wurden simultan zur Sakropexie eine LASH (n=171), vordere und hintere Scheidenplastiken, lateral repair und Anti-Inkontinenz-Eingriffe durchgeführt.

Alle Patientinnen wurden retrospektiv in einem Fragebogen über Folge-Operationen, de novo Harninkontinenz und Prolapsrezidive befragt. Die Operationszufriedenheit wurde anhand einer Zehn-Punkte Rating Scale ermittelt (0 = unzufrieden, 10 = höchst zufrieden). Zusätzlich wurden die Patientenakten sowie die elektronische Datenablage (Carecenter Siemens®) im Hinblick auf Komplikationen ausgewertet.

Messparameter:

Infektionsrate, Ileusrate, Blutungen, de novo Inkontinenz, Folge-Operationen, Prolapsrezidive, Operationszufriedenheit

Ergebnisse:

Die mittlere OP-Zufriedenheit betrug 8,3 von 10 Punkten.

Interpretation:

Die Komplikations- und Rezidivraten erscheinen im Vergleich zum offenen Ansatz moderat. HWI bleiben ein Problem nach gynäkologischen Interventionen. Insbesondere eine de novo Inkontinenz reduziert die Zufriedenheitsrate.

Als Konsequenz aus dieser Studie haben wir unseren präoperativen Desinfektionsstandard optimiert (z.B. in Bezug auf die Desinfektion der Urethra). Aufgrund der Darmeinklemmung unter dem Netz achten wir verstärkt auf eine kleinschrittige Reperitonealisierung. Ferner haben wir das Netzmaterial von VYPRO® auf Polypropylen umgestellt.

Schlussfolgerung:

Die laparoskopische Sakropexie zeigt insgesamt geringe Rezidiv- und Komplikationsraten sowie ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit. Informationen über mögliche larvierte Inkontinenzen und Rezidive sollten Bestandteil des präoperativen Aufklärungsgesprächs sein.

Abstrakt 13

Laparoskopische Sakropexie unter Verwendung eines titanisierten Polypropylenebandes: Funktionelle und anatomische Ergebnisse nach einem Jahr

Autor(en):

Honeck P, Jessen J, Wendt-Nordahl G, Knoll T

Einleitung:

Ziel der Studie war die Evaluation der funktionellen und anatomischen Ergebnisse der laparoskopischen Sakropexie unter Verwendung eines titanisierten Polypropyleneband (pfm, Köln). Das titanisierte Polypropyleneband besteht aus einem Kompositmaterial mit einer kovalent gebundenen Titanschicht. Wir evaluierten unsere ersten 20 konsekutiven Patientinnen während unserer Lernkurve.

Material und Methodik:

In dieser prospektiven Studie wurden unsere ersten 20 konsekutiven laparoskopischen Sakropexien im Zeitraum Juni 2009 bis Oktober 2010 evaluiert. Alle Patientinnen wurden präoperativ urodynamisch evaluiert. Erfasste Parameter waren die anatomische und funktionelle Korrektur, subjektive Patientenzufriedenheit und Verbesserung der Lebensqualität gemessen an standardisierten Fragebögen (Kings Health und P-QOL Fragebogen). Des Weiteren wurden die Ergebnisse während unserer Lernkurve hinsichtlich Operationszeit, Aufenthaltsdauer und Komplikationen ausgewertet.

Ergebnisse:

Bei einem durchschnittlichen Follow-up von 10 Monate betrug die Erfolgsrate 95%, die Rezidivrate 5%. Die durchschnittliche OP-Zeit betrug 196 min (96-316 min), wobei eine signifikante Reduktion der OP-Zeit nach 11 Eingriffen gesehen werden konnte. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer betrug 5,8 Tage. Es wurden keine Major-Komplikationen beobachtet. Die Rate der de-novo Belastungsharninkontinenz betrug 5%, eine postoperative Dyspareunie trat in 5% auf. Bisher wurde bei einer Patientin eine Bandarrosion gesehen, die konservativ behandelt wurde. Die Lebensqualität hinsichtlich des Kings Health als auch P-QOL Fragebogens verbesserte sich signifikant ($p=0,0122$ und $p=0,0049$).

Schluss:

Die Ergebnisse zeigen für die laparoskopische Sakropexie unter Verwendung eines titanisierten Polypropylenebandes sowohl gute anatomische und funktionelle Ergebnisse als auch eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität.

Abstrakt 14

Reduktion der Spottingrate nach laparoskopischer supracervikaler Hysterektomie

Autor(en):

C.Banerjee, N. Kaiser, G. Reiss, M. Hellmich, K. Noé
KKH Domagen Abt. f. Gyn Geb, Uni Köln IMSI, Universität Witten Herdecke

Einleitung:

Nach supracervicalen Hysterektomien wird trotz intraoperativer Koagulation des Cervikalkanals in bis zu 25 % ein regelmäßiges Spotting beschrieben. Von 40 % der betroffenen Patientinnen wird dieses Spotting als störend empfunden. Histologisch liegen dem Spotting endometroide Drüsenschläuche zugrunde, die physiologischerweise auch vereinzelt distal des Isthmus in der normalen Cervix vorkommen. Diese funktionell aktiven Endometrium-Inseln unterliegen weiterhin dem Hormoneinfluss und bluten entsprechend monatlich ab. Auch Endometriumcarcinome können sich aus diesen Zellen entwickeln. In der vorliegenden Studie untersuchen wir, ob die Spottingrate durch ein konusförmiges endoskopisches Aushöhlen des Cervikalkanals mit nachfolgender Verödung des restlichen Cervikalkanals im Vergleich zum geraden Absetzen reduziert werden kann und welche Auswirkungen dies auf die Stumpfinfektrate hat.

Material und Methodik:

In die Studie wurden insgesamt 260 Patientinnen, die sich im Zeitraum zwischen Januar 2006 und Juni 2009 einer LASH unterzogen haben, aufgenommen. Bis Juli 2007 wurde der Gebärmutterhals gerade abgesetzt und der verbleibende Cervikalkanal bipolar koaguliert (LASH). Seit Juli 2007 wurde der Gebärmutterhals konusförmig ausgehöhlt und der verbleibenden Cervikalkanal koaguliert (eLASH). Alle Patientinnen wurden nach einem minimalen follow-up von sechs Monaten schriftlich bezüglich Spottingrate, postoperativen Infektionen/Wiederaufnahmen und dem Rauchverhalten befragt.

Ergebnisse:

70 % der Patientinnen beantworteten den Fragebogen (n=182). 88 Patientinnen der Lash Gruppe und 85 Patientinnen der eLASH Gruppe füllten den Fragebogen komplett aus. Neun Patientinnen füllten den Fragebogen inkomplett aus. Bei 21,6 % (19/88) der LASH Gruppe und 5,9 % (5/85) der eLASH Gruppe trat ein postoperatives Spotting auf (p=0,004). Die Stumpfinfektrate betrug 6,8 % (6/88) in der LASH Gruppe und 5,9 % (5/85) in der eLASH Gruppe (p=0,999). Raucherinnen waren tendenziell häufiger von Stumpfinfektionen betroffen (9,4 % (5/53) vs. 5,0 % (6/120), p=0,315). Die Infektraten der LASH und eLASH sind somit vergleichbar zu endoskopischen kompletten Hysterektomien und geringer als bei vaginalen oder offenen Verfahren.

Schluss:

Das konusförmige Aushöhlen des Zervixstumpfes mit zusätzlicher bipolarer Koagulation des verbleibenden Zervikalkanals reduziert die Spottingrate signifikant auf ca. 6 %. Die Rest-Spottingrate von 6 % wird am ehesten durch die im cervikalen Stumpf verbliebenen endometroiden Drüsenschläuche verursacht. Bei mehreren betroffenen Patientinnen konnten wir nach sekundärer Cervixnachresektion auch eine Endometriose nachweisen. Postoperatives Spotting kann zwar nicht komplett vermieden werden, aber durch ein konusförmiges Aushöhlen zumindest deutlich reduziert werden. Die Infektionsrate wird durch das Aushöhlen nicht erhöht.

Abstrakt 15

Endoscopic intracorporal knotting and suture techniques: Talent or experience?

Autor(en):

Carolin Banerjee, Maya Cosentino, Martin Hellmich, Günter Noé
KKH Domagen Abt. f. Gyn Geb Uni Köln IMSI

Einleitung:

Die Ausbildung von Nachwuchs-Operateuren ist auch im endoskopisch- urogynäkologischen Bereich dringend notwendig. Die meisten „Ausbilder“ haben schon einmal die Erfahrung gemacht, dass einzelne Nachwuchs-Operateure besonders schnell neue Techniken umsetzen können. Die vorliegende Studie untersucht, ob das Erlernen von endoskopischen Knoten- und Nahttechniken eher vom Talent der Jung-Operateure abhängt oder ob Erfahrung der entscheidende Faktor ist. Zusätzlich werden potenzielle Einfluss-Faktoren auf ihre Auswirkung hinsichtlich der Knotenzeit untersucht.

Material und Methodik:

25 Medizinstudenten nahmen am endoscopic suture teaching program (ESTP) teil. Diese Programm beinhaltet zwei jeweils dreistündige Kurstage mit einem intensiven Training am Pelvitainer. Am ersten Kurstag muss jeder Student drei komplette endoskopische Einzelknopfknotten sowie eine fortlaufende Nahtreihe durchführen. Am zweiten Kurstag (eine Woche später) werden ein kompletter Einzelknopf-Knoten sowie zwei Nahtreihen durchgeführt. Die einzelnen Knotenzeiten wurden gestoppt und in Korrelation zu Co-Faktoren, die einen eventuellen Einfluss auf das Talent der Probanden haben, gesetzt. Die Co-Faktoren (individuelle Faktoren: Größe, Gewicht, Alter, Geschlecht etc; Erfahrung: OP Stunden; zusätzliche Fähigkeiten: Sportarten, Instrumente etc.) wurden in einem Fragebogen ermittelt.

Ergebnisse:

21 der 25 Probanden füllten den Fragebogen komplett aus. Die durchschnittliche Knotenzeit betrug 9,9 Minuten. Der erste Knoten dauerte bei allen Probanden am längsten (durchschnittlich 22,8 Minuten, range 7-45 Minuten). Probanden mit sehr langen ersten Knotenzeiten verbesserten die Knotenzeiten bereits beim zweiten Knoten erheblich. Es konnte kein direkter Einfluss von individuellen Faktoren wie Körpergröße, Gewicht, Geschlecht, Visus, Sport und handwerklicher Erfahrung auf die Knotenzeiten nachgewiesen werden. Probanden mit endoskopischer Erfahrung (OP-Assistenzen) zeigten eine schnellere Orientierung, die sich jedoch zeitlich hauptsächlich in Bezug auf den ersten Knoten auswirkte. Personen mit endoskopischer Erfahrung haben eine homogenere Lernkurve und zeigen nach zehn Knoten die kürzesten Knotenzeiten. Probanden, die Gitarre spielen oder Stricken können, haben Vorteile sowohl im Bezug auf die erste Knotenzeit als auch auf die durchschnittliche Knotenzeit .

Schluss:

Das Erlernen von endoskopischen Naht- und Knotentechniken wird vor allem durch Übung gefördert. Gitarrespielen und Stricken- also Fähigkeiten bei denen unabhängige synergistische Bewegungen der Hände geschult werden, wirken sich positiv auf die Lernkurve aus.

Abstrakt 16

Unklare urodynamische Befunde: Welche Bedeutung hat die ambulante Langzeiturodynamik ?

Autor(en):

A. Kaufmann, Zentrum für Kontinenz und Neuro-Urologie, Kliniken Mariahilf GmbH

Einleitung:

Nicht selten bleiben Blasenfunktionsstörungen im Rahmen urodynamischer Untersuchungen ungeklärt. Bereits 2009 berichteten Rahnamaí et al. über den diagnostischen Wert ambulanter urodynamischer Untersuchungen bei akontraktiver Blase. Gezeigt werden soll, dass auch bei anderen, im Rahmen konventioneller Untersuchungen nicht interpretierbaren Funktionsstörungen diese Technik zum diagnostischen und somit auch therapeutischen Erfolg führt.

Material und Methodik:

Von 05/2009 bis 12/2010 erfolgten in unserer Klinik 2.999 urodynamische Untersuchungen. In 96 Fällen wurde eine ambulante Langzeit-Urodynamik mit dem System Luna® der Fa. MMS Deutschland durchgeführt.

Ergebnisse:

In 20 Monaten führten wir bei 96 Patienten (89 Frauen, 7 Männer, mittleres Lebensalter 55 Jahre) je eine ambulante urodynamische Untersuchung über einen mittleren Zeitraum von 301 Minuten durch. Bei allen Patienten konnte zuvor durch eine konventionelle Urodynamik die jeweilige Blasenfunktionsstörung nicht vollständig geklärt werden. In 79% der Fälle (76/96) konnte eine sichere Klassifizierung der Blasenfunktionsstörung erst durch die zusätzliche Untersuchung erfolgen oder eine solche ausgeschlossen werden. In 28/29 Fällen konnte ein zuvor diagnostizierter akontraktiler Detrusor nicht bestätigt werden, in 30/46 Fällen einer OAB ohne Detrusorhyperaktivität ließ sich eine Detrusorhyperaktivität erst unter Belastung (Gehen, Treppensteigen etc.) nachweisen, die im Liegen, respektive Sitzen nicht bestanden hatte. Zum Teil war der Eiswassertest zuvor negativ verlaufen. Entsprechend wurden therapeutische Strategien geändert. Die Komplikationsrate war gering. Bei 6/12 Patienten, die wegen Schmerzen in der Harnröhre die Untersuchung vorzeitig abbrechen, konnte das Problem dennoch erkannt und gelöst werden.

Schluss:

Die ambulant durchzuführende Langzeit-Urodynamik ist ein gutes diagnostisches Instrument zur Klärung unklarer urodynamischer Befunde. Sie sollte insbesondere zur Vermeidung von Fehldiagnosen und falscher therapeutischer Entscheidungen in unklaren und den obengenannten Fällen zum Einsatz kommen.

Abstrakt 17

Die präoperative Urodynamik und ihre prognostische Wertigkeit vor TUR-Prostata

Autor(en):

Saladin Helmut Alloussi, Abt. für Urologie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Christoph Lang, Abt. für Urologie, Städtisches Klinikum Neunkirchen

Arnulf Stenzl, Abt. für Urologie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Schahnaz Alloussi, Abt. für Urologie, Städtisches Klinikum Neunkirchen

Einleitung:

30% der Patienten mit Prostatahyperplasie zeigen typische obstruktive Miktionsbeschwerden (BOO). Nach Sanierung der subvesikalen Obstruktion persistiert bei 30% der Symptomenkomplex der überaktiven Blase (OAB). Ziel dieser Studie war die Evaluierung der präoperativen Urodynamik zur Vorhersage einer persistierenden postoperativen OAB.

Material und Methodik:

103 Patienten mit klinisch gesicherter BOO wurden prospektiv untersucht. Alle 103 Patienten erhielten eine transurethrale Resektion der Prostata nach frustranter medikamentöser Therapie. Der Symptomenkomplex wurde quantifiziert mittels Anamnese mit Miktionsprotokoll, IPSS und LQI. Alle Patienten erhielten präoperativ eine transrektale Sonographie, sowie eine Urodynamik. Patienten mit urethralen Strikturen wurden nicht in die Studie eingeschlossen. Das Follow-up erfolgte 3 Monate postoperativ.

Ergebnisse:

Drei unterschiedliche urodynamische Muster konnten identifiziert werden. Diese Muster zeigten ein unterschiedliches postoperatives Ergebnis.

Muster 1: „Obstruktives Muster“ (OM), Erfolgsrate nach TUR-P: 95,2 %.

Muster 2: „Prämiktions Detrusorhyperaktivität und Obstruktion“ (PDO), Erfolgsrate nach TUR-P: 69,2 %.

Muster 3: „Detrusorhyperaktivität mit Inkontinenz“ (DHI), Erfolgsrate nach TUR-P: 9,5 %.

Die Ausprägung der OAB in symptomatischen Patienten zeigte sich mild in 68,2%, mittelgradig in 27% and schwerwiegend in 4,8%. 30% der operierten Patienten waren mit dem postoperativen Ergebnis unzufrieden.

Schluss:

Die TUR-Prostata ist der Goldstandard in der Behandlung von Patienten mit BOO nach frustranter medikamentöser Therapie. Dennoch waren ca. 30 % der Patienten nach operativer Versorgung unzufrieden. Dies ist hauptsächlich bedingt durch persistierende Detrusorhyperaktivität und OAB-Symptomatik.

Diese Studie identifizierte 3 verschiedene urodynamische Muster, die ein unterschiedliches postoperatives Ergebnis zeigten. Die präoperative Urodynamik kann richtungsweisend das postoperative Ergebnis bestimmen. Daher können Patienten über mögliche Persistenz von OAB-Symptomatik aufgeklärt werden und direkt unmittelbar postoperativ eine anticholinerge Therapie oder eine Injektionstherapie mit Botulinumtoxin erhalten.

Abstrakt 18

Patomorphologic peculiarities of prostate gland tissue removed during operation in patients with benign prostatic hyperplasia complicated with acute urinary retention

Autor(en):

R.A. Lytvynenko, A.M. Romanenko, S.P. Pasichnikov, O.F. Vozianov

Einleitung:

Patomorphological (PM) pattern of benign prostatic hyperplasia (BPH) consists of proliferation of stromal and epithelial elements of prostate gland and its enlargement in periurethral and transitional zones. Literature provides works dedicated to influence of chronic inflammatory process (CIP) on progression, clinical manifestation, complications, appearance, firstly acute urinary retention (AUR), and on the results of BPH surgical treatment. Literature sources concerned with PM changes in removed prostate gland tissue (PGT) of patients with BPH complicated with AUR are sufficiently limited. Objective of our study is to investigate PM changes in PGT of patients with BPH complicated with AUR.

Material und Methodik:

41 patients with BPH with AUR (I. group) and 51 patients with BPH without AUR (II. group) were examined after transvesical prostatectomy. Removed during operation PGT samples were exposed to PM investigation. To estimate expressiveness of CIP in PGT we graded it on mild, moderate and severe on the basis of average inflammatory cells density, localization of inflammatory process and extent of tissue involvement.

Ergebnisse:

In accordance with the results of PM investigation in I. group mild CIP was revealed in 7 patients (17,1 %), moderate in 13 (31,7 %), severe in 14 (34,1 %). CIP in acute stage was identified in 7 (17,1 %) patients. In patients of II group mild CIP was revealed in 10 patients (19,6 %), moderate in 20 (39,2 %), severe in 21 (41,2 %). These patients had no cases with CIP in acute stage. Peculiarities of PM changes in PGT of patients with BPH are presented in table.

PM characteristic	I group patients		II group patients		p-value
	n	mean+SD	n	mean+SD	
Proliferative inflammatory atrophy	25	60,9+7,6	0	0	
Simple atrophy	9	21,9+6,5	1	1,9+1,9	
Sclerosis phenomenon	6	14,6+5,5	0	0	
Basal cells atypia	5	12,2+5,1	1	1,9+1,9	
Prostatic intraepithelial neoplasia and/or atypical small acynar proliferation	17	41,5+7,7	20	39,2+6,8	>0,05
Cyst transformation	13	31,7+7,2	13	25,4+6,1	>0,05
Basal cells hyperplasia	8	19,5+6,1	5	9,8+4,2	>0,05

According to the table phenomenon of fibrogenesis and proliferative changes prevailed in PGT of I group patients. Frequencies of prostatic intraepithelial neoplasia and atypical small acynar proliferation development in patients of both groups had no statistically significant association. Dysplastic changes concerned with epithelial elements proliferation in PGT due to its chronic inflammation (proliferative inflammatory atrophy) were more typical for patients of I group.

Schluss:

PM features of chronic inflammation were found in removed PGT in every BPH patients. PM peculiarities of PGT in patients with BPH complicated with AUR consist in predominance of simple atrophy, sclerosis phenomenon and chronic prostatitis in acute stage, that means lasting of inflammatory process and/or its activation, therefore the presence of factors, which may serve the basis for AUR. Investigation of CIP influence on PM changes development in PGT and on the course of disease in BPH patients needs further deep investigation.

Abstrakt 19

Cystomanometrische Veränderungen bei Mäusen mit ApoE-LDL-Rezeptordefizienz

Autor(en):

Bschleipfer Thomas(1), Kampschulte Marian(2), Dannenmaier Anne (1), Langheinrich Alexander (2), Weidner Wolfgang (1)

1) Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, UKGM GmbH, Standort Gießen, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Germany

2) Zentrum für Radiologie / Abteilung für Diagnostische Radiologie, UKGM GmbH, Standort Gießen, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Germany

Einleitung:

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl die Prävalenz von Arteriosklerose als auch die der überaktiven Blase (OAB). Ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen wurde bislang nicht dargestellt. Wir wollten daher untersuchen, ob Mäuse, welche im Tiermodell eine deutliche Arteriosklerose ausbilden, Veränderungen im Miktionsverhalten zeigen.

Material und Methodik:

Wir verglichen 6 weibliche Mäuse mit ApolipoproteinE-/LowDensityLipoprotein-Rezeptordefizienz (ApoE-LDL-Doppelknockout-Mäuse) mit 10 weiblichen C57/Bl6 N Mäusen. ApoE-/LDL-/Mäuse zeigen eine deutliche Arteriosklerose, die C57/Bl6 N Mäuse stellen den korrespondierenden Wildtyp dar (Kontrollgruppe). Alle Tiere wurden im Alter von 60 Wochen untersucht. 3 Tage nach Implantation eines Polyethylen-Katheters in den Dom der Blase erfolgte die Cystomanometrie am wachen Tier. Folgende urodynamische Parameter wurden evaluiert: maximaler Detrusordruck bei Miktion (Pmax), Zeitintervall zwischen Detrusoraktivitäten (PP), Miktionsintervall (MI), funktionelle Blasenkapazität (fBK), Miktionsvolumen (MV) und Restharnmenge (RV).

Ergebnisse:

ApoE-/LDL-/Mäuse zeigen einen signifikanten Anstieg von Pmax (32,0 vs. 27,2 cmH₂O; p= 0,045) sowie eine signifikante Reduktion von PP (149,3 vs. 416,2 sec; p= 0,001), MI (132,8 vs. 353,6 sec; p=0,001) und MV (0,102 vs. 0,227 ml; p=0,002). Ein signifikanter Unterschied im RV ließ sich nicht nachweisen.

Schluss:

Mäuse, welche aufgrund einer ApoE-LDL-Rezeptordefizienz eine deutliche Arteriosklerose aufweisen, zeigen Veränderungen des Miktionsverhaltens im Sinne einer OAB. Somit konnte unsere Studie erstmals einen Zusammenhang zwischen den Krankheitsbildern Arteriosklerose und OAB nachweisen. Weitere Studien müssen nun den zugrundeliegenden Pathomechanismus klären.

Abstrakt 20

Instillationstherapie bei Blasenfunktionsstörungen - Was ist bei der Verordnung zu beachten?

Autor(en):

Arndt van Ophoven, Schwerpunkt für Neuro-Urologie, Marienhospital Herne, Univ.-Klinikum Bochum

Einleitung:

Die Instillation von flüssigem Oxybutynin ist eine sinnvolle Therapieoption für Patienten mit neurogenen und gelegentlich auch nicht-neurogenen Blasenfunktionsstörungen und zielt auf eine suffiziente, nebenwirkungsreduzierte Detrusordämpfung durch intravesikale Wirkstoffapplikation ab. Die Anwenderfreundlichkeit - sowohl für Arzt als auch Patient - eines verschreibungspflichtigen, unter GMP Kautelen produzierten Produktes wird durch Besonderheiten hinsichtlich seines Zulassungsstatus und seiner Erstattungsfähigkeit geschmälert.

Material und Methodik:

Anhand erfolgreich abgewendeter Regress-Androhungen werden begriffliche und sachliche Aspekte wie Verschreibungspflicht, Verkehrs- und Erstattungsfähigkeit sowie Hintergründe zum Zulassungsstatus des pharmazeutischen Fertigproduktes erläutert. Im Weiteren werden juristisch relevante Zusammenhänge und Argumentationsstränge dargelegt.

Ergebnisse:

Bis zu seiner endgültigen Zulassung ist das Produkt im Rahmen einer Übergangsregelung erstattungsfähig. Wie bei allen kostenaufwändigen Therapien sollte auf eine gute Dokumentation im Sinne einer Praxisbesonderheit geachtet werden. Die ehemalige Auswahl an unterschiedlichen Oxybutynin-Konzentrationen und Instillat-Volumina ist infolge ökonomischer Überlegungen im Rahmen der Zulassungsaktivitäten standardisiert worden.

Abstrakt 21

Kadaver-Studie zur Modifizierung der Elektrodenplatzierung bei pudendaler Neuromodulation

Autor(en):

Heinze K.¹, Hörmann R.², Fritsch H.², van Ophoven A.¹

1) Schwerpunkt für Neuro-Urologie, Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität-Bochum

2) Department für Anatomie, Histologie und Embryologie Sektion für Klinisch Funktionelle Anatomie, Medizinische Universität Innsbruck

Einleitung:

Die sakrale Neuromodulation (SNM) ist eine etablierte Methode zur Behandlung funktioneller Erkrankungen des unteren Harntraktes. Die Suche nach Alternativen für Therapieversager der SNM führte zur Neuromodulation des Nervus Pudendus (N.P.). Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Neurostimulation ist die zielgenaue Einlage der Elektrode am Nerven. In der Literatur sind drei unterschiedliche Verfahren zur Elektrodenpositionierung beschrieben:

1) Spinelli-Technik: Die Methode bildet einen Schnittpunkt aus Trochanter major Oberkante und Mitte des unteren Schambeinbogens. Der Schnittpunkt projiziert sich in die Nähe der Spina ischiadica. Die Punktion erfolgt orthogonal zur Körperoberfläche unter Durchleuchtungskontrolle.

2) Peters Technik: Die Punktion startet daumenbreit medial des palperten Tuber ischiadicum Richtung Spina ischiadica unter Durchleuchtungskontrolle.

3) Hetzer-Technik: Hierbei wird von og. Spinelli Schnittpunkt auf den rektal am N.P. liegenden Finger des Operateurs zugestochen, der eine Analkontraktion infolge N.P.-Stimulation wahrnimmt.

Alle drei Techniken erfolgen unter intraoperativer Latenzzeitbestimmung (PNTML).

Insbesondere die als unkompliziert und problemlos beschriebenen Techniken 1) und 2), welche Zielgenauigkeit versprechen, erweisen sich jedoch in der klinischen Anwendung als überaus anspruchsvoll. Vor diesem Hintergrund war das Ziel einer Kadaver-Studie, eine standardisierte und reproduzierbarere Platzierungstechnik zu erarbeiten.

Material und Methodik:

An Ganzkörperkadavern sowie Schnittpräparaten des kleinen Beckens erfolgte die Darstellung des N.P. und seiner Endäste. Radiologisch kontrolliert definierten wir spezifische, fixe anatomische Orientierungs- sowie Verlaufspunkte des N.P. Start und Zielregion der Foramenadel wurden neu definiert. Wir verglichen die modifizierte Technik mit den Vorbeschriebenen, indem unter radiologischer Kontrolle am Kadaver mehrere Elektroden gleichzeitig eingelegt und abschließend die anatomische Präparation und die jeweilige Elektrodenlage dokumentiert wurden.

Ergebnisse:

Die Punktionsrichtung nach Spinelli platziert maximal 2 Elektrodenpole orthogonal zum N.P.-Verlauf. Die Oberkante des Trochanter ist als anatomischer Bezugspunkt zu variabel und lagerungsabhängig. Die Technik nach Peters führt trotz radiologischer Kontrolle durch Punktionsfreiheit in allen 3 Stichebenen zum „stochern“, erzielt jedoch den langstreckigsten Verlauf zwischen N.P. und Elektrode. Die Punktionsstelle erscheint für Querschnittspatienten ungeeignet. Unsere modifizierte Technik bietet aufgrund fixer anatomischer Bezugspunkte eine optimierte Reproduzierbarkeit. Die tangentialere Stichrichtung im Vergleich zur Spinelli Technik erzielt zwar keine komplette Parallelität, jedoch ein Anliegen von mindestens 3 Polen am N.P.

Schluss:

Die vorgestellte modifizierte Technik verspricht ein schnelleres Auffinden des N.P. mit optimierter Reproduzierbarkeit der Elektrodenplatzierung bei ausreichend langem Kontaktverlauf zum Nerven. Erste klinische Daten scheinen dies zu bestätigen und werden in einer prospektiven Studie zur Wirksamkeit der pudendalen Neuromodulation kritisch überprüft werden.

Abstrakt 22

Detrusordruck und Botulinumtoxin A: Ist eine optimierte Dosierung möglich? Eine retrospektive Untersuchung.

Autor(en):

I. Bonn, A. Kaufmann, Kliniken Maria Hilf

Einleitung:

Die Wirksamkeit von Botulinumtoxin A (BTX-A) zur Therapie einer neurogenen und/oder nicht neurogenen Detrusorhyperaktivität ist gut untersucht und bekannt. Patienten wünschen eine Dosierung von BTX-A mit günstigem Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die Sorge vor einer Restharnbildung mit konsekutiver Notwendigkeit des zu praktizierenden intermittierenden Selbstkatheterismus ist, insbesondere bei Patienten mit nicht neurogener Detrusorhyperaktivität, groß. Diese retrospektive Arbeit soll klären, ob die präoperative Kenntnis des Detrusordruckes im Rahmen einer Hyperaktivität einen Einfluss auf die Dosierung haben könnte.

Material und Methodik:

Die Untersuchung umfasst 64 Patienten im Alter von durchschnittlich 65 [20-85] Jahren, die sich zwischen 01/2007 und 12/2010, nach frustraner anticholinergischer Therapie, einer BTX-A-Injektion unterzogen haben. Bei 57% der Patienten (n=36) bestand eine idiopathische, bei 26% eine neurogene (n=17) und bei 17% eine sekundäre (n=11) Detrusorhyperaktivität. Alle Patienten entleerten präoperativ die Harnblase via naturalis restharnfrei. Patienten mit Druckwerten bis 40 cmH₂O erhielten 100 E Botox® (50%) und Patienten mit Druckwerten > 40 cmH₂O 200 E Botox®. Alle Injektionen wurden in Vollnarkose durchgeführt. BTX-A wurde von drei Operateuren unter Aussparung des Trigonums standardisiert mit 10 E/Injektion injiziert. Alle Patienten erhielten präoperativ und nach durchschnittlich 5 Wochen postoperativ eine urodynamische Untersuchung. Die subjektive Patientenzufriedenheit erfolgte durch Befragung ohne Hinzunahme von strukturierten Fragebögen.

Ergebnisse:

In beiden Gruppen konnte eine Steigerung der Blasenkapazität, eine Reduktion des Detrusordruckes sowie der Inkontinenzepisoden und der Miktionsfrequenz (diurn und nocturn) beschrieben werden. In der 100-E-Gruppe waren 44 % der Patienten postoperativ unzufrieden (n=14). Bei 9/14 Patienten (64%) bestand eine Diskrepanz zwischen subjektivem Empfinden und objektiven urodynamischen Parametern. Bei diesen Patienten war postoperativ keine Detrusorhyperaktivität nachweisbar, es lag kein Restharn vor und die Blasenkapazität war post injectionem vergrößert. In der 200-E-Gruppe waren 41 % der Patienten postoperativ unzufrieden (n=13). 7/13 Patienten wiesen eine Restharnbildung >100 ml auf (54%). Nur zwei von diesen sieben Patienten waren urodynamisch suffizient unterdrückt.

Schluss:

Bei unserem Patientengut fällt in der 100-E-Gruppe eine deutliche Diskrepanz zwischen postoperativer subjektiver Empfindung und postoperativ gemessenen objektiven urodynamischen Befunden auf. Hier muss diskutiert werden, in wie weit die gemessene Detrusorhyperaktivität im Niederdruckbereich (? 40 cmH₂O) der alleinige pathogenetische und kausale Faktor für die Beschwerdesymptomatik ist. In der 200-E-Gruppe scheint die postoperative Restharnbildung (>100 ml) mitverantwortlich für die Patientenunzufriedenheit zu sein. Weitere Untersuchungen sind somit notwendig, um das Nutzen-Risiko-Verhältnis von 100/150 E bei Detrusordrücken >40 cmH₂O zu überprüfen.

Abstrakt 23

Einfluss einer signifikanten Bakteriurie auf die Wirkdauer von Botulinum Neurotoxin A bei neurogener Blasenfunktionsstörung

Autor(en):

Tobias Klein, Marcus Nehiba, Arndt van Ophoven

Einleitung:

Die Injektion von Botulinum-Neurotoxin A (BoNTA) in den Detrusormuskel ist eine etablierte off-label Behandlung bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen (NBFS). Die Effektivität der Therapie ist jedoch nur temporär und hält üblicherweise bis zu 12 Monaten. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Einfluss von periinterventi-onellen Bakteriurien auf die Wirkdauer von BoNTA zu untersuchen.

Material und Methodik:

Zwischen Januar 2007 und Dezember 2008 erhielten 246 Patienten mit urodynamisch bestätigter und therapierefraktärer NBFS BoNTA Injektionen in die Detrusormuskulatur. Die Wirkdauer, d.h. Zeit bis zur Notwendigkeit einer erneuten BoNTA Injektion oder Wechsel zu einer anderen Therapieform, wurde durch wiederholte urodynamische Untersuchungen gemessen. Patienten, die nicht regelmäßig durch unsere Klinik nachgesorgt wurden, erhielten einen Fragebogen, der nach der subjektiven Zufriedenheit mit der BoNTA Therapie und dem Wiederauftreten von Symptomen fragte, die in einer erneuten Therapie resultierten. Vor jedem Eingriff wurden Urinstatus und Urinkultur angefertigt. Ferner wurde vor jedem Eingriff und 3 Tage im Anschluss eine prophylaktische orale Antibiose verabreicht. Die endgültige mikrobiologische Befundung erfolgte üblicherweise 2-3 Tage nach dem Eingriff. Statistische Test mit kommerzieller Software wurden angewandt, um den Einfluss einer signifikanten Bakteriurie auf die BoNTA Wirkdauer zu evaluieren.

Ergebnisse:

Zum Zeitpunkt der BoNTA Injektion lag bei n=90 Patienten (36,6%) eine signifikante Bakteriurie vor. Escherichia coli war hierbei das häufigste Bakterium (n=46; 51%). Die mittlere BoNTA Wirkdauer des Gesamtkollektivs lag bei $9,8 \pm 4,5$ Monaten (Range 1 bis 30 Monate). Bei Patienten ohne signifikante Bakteriurie betrug die Wirkdauer des Neurotoxins $9,7 \pm 4,1$ Monate, während es bei Patienten mit signifikanter Bakteriurie erst nach $10,0 \pm 5,1$ Monaten ($p=0,564$) zu einem Wirkverlust kam, der in der Notwendigkeit einer erneuten Intervention resultierte. Die BoNTA Wirkdauer überdauerte bei n=92 Patienten (37,4%) 12 Monate. Von diesen 92 Patienten hatten n=35 (38%) eine signifikante Bakteriurie zum Zeitpunkt der BoNTA Injektion ($p=0,714$). Die Wirkdauer lag bei n= 62 Patienten (25%) unter 6 Monaten. Bei n=24 Patienten (38,7%) lag eine Bakteriurie bei der Injektion vor ($p=0,688$). Bei n=68 Patienten (75,6%) erwies sich die probatorische Antibiose als resistenzgerecht. In der Gruppe der resistenzgerecht anbehandelten Harnwegsinfekte lag die mittlere Dauer der Effektivität bei $10,6 \pm 5,3$ Monaten, während sie bei Patienten ohne resistenzgerechte Antibiose nur bei $8,0 \pm 3,7$ Monaten lag ($p=0,032$).

Schluss:

BoNTA Injektionen in den Detrusormuskel können bei Vorliegen einer signifikanten Bakteriurie durchgeführt werden. Bei nicht resistenzgerechter Antibiose ist jedoch eine signifikant reduzierte Wirkdauer des Neurotoxins zu erwarten. Idealerweise sollte vor Durchführung der BoNTA Injektion ein Resistogramm angefertigt werden, um durch resistenzgerechte Antibiose das Therapieergebnis zu optimieren.

Abstrakt 24

Auswirkungen der BTX-A-Injektion in den Detrusor vor sakraler Deafferentation (SDAF) und Vorderwurzelstimulator-Implantation (SARS).

Autor(en):

J. Kutzenberger, D. Domurath, Klinik f. Neuro-Urologie, Werner Wicker Klinik Bad Wildungen

Einleitung:

Die BTX-A-Injektion ist in der Behandlung der neurogenen Blasenfunktionsstörung (NBFS) mit Detrusorhyperaktivität (NDH) infolge Querschnittlähmung seit mehr als 10 Jahren eine wertvolle Erweiterung des konservativen Therapieangebotes. Mit Problemen muss dann gerechnet werden, wenn im weiteren Verlauf die NDH mit Hilfe der SDAF-SARS chirurgisch behandelt werden soll.

Material und Methodik:

Die SDAF und SARS ist eine seit fast 25 Jahren etablierte Methode zur Behandlung der NDH und der Reflexinkontinenz. Von Jan. 2005 bis Jan. 2011 wurden 91 Rollstuhlfahrer mit kompletter Querschnittlähmung (69 Männer, 22 Frauen) operiert. Die Indikationen waren Harninkontinenz, rezidivierende HWI, autonome Dysreflexie, drohende Niereninsuffizienz und unzureichende Wirksamkeit aller konservativen Therapiemaßnahmen. 21 Patienten von 91 waren zwischen 1 und 10 mal mit BTX-A-Injektionen vorbehandelt worden.

Ergebnisse:

Im Zuge der Identifizierung der sakralen Vorder- und Hinterwurzeln fanden sich in der BTX-A-Gruppe folgende Auffälligkeiten: Der intravesikale Druck nach intraoperativer Stimulation der Wurzel S4 fiel im Mittel deutlich niedriger aus (ca. 43 cmH₂O), als bei den übrigen Patienten (ca. 100 cmH₂O). In 4 von 21 Fällen mussten S4 einseitig komplett und einmal beidseitig reseziert werden, um eine unvollständige Deafferentation zu vermeiden, wo hingegen eine einseitige komplette Resektion von S4 auf Grund unzureichender Identifizierbarkeit bei den 70 übrigen Patienten nur einmal erforderlich wurde. In 20 von 21 Fällen der BTX-A-Gruppe konnte die Miktion trotzdem mittels SARS stattfinden. Diese eine Patientin ist auf den intermittierenden Katheterismus angewiesen. Es ist zu erwarten, dass im Laufe der Zeit die SARS anwendbar werden wird.

Schluss:

Die BTX-A-Injektion bereichert die konservative Therapie der NDH. Die bislang gemachten Erfahrungen lassen es jedoch ratsam erscheinen, eine Behandlung mit BTX-A dann zu vermeiden, wenn eine SDAF und SARS als dauerhaft Therapie der NDH nach Querschnittlähmung in Betracht kommt. Die sichere Identifikation von Vorder- und Hinterwurzel S4 kann beeinträchtigt sein. Postoperativ wird die Fähigkeit zur sendergesteuerten Miktion per SARS nach augenblicklichem Erfahrungsstand nur gering beeinträchtigt.

Abstrakt 25

Klinischer Nutzen des Memokath® Sphinkter-Stents als Alternative zur Re-Sphinkterotomie

Autor(en):

Jürgen Pannek, Peter Bartel, Konrad Göcking
Neuro-Urologie, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil, Schweiz

Einleitung:

Bei tetraplegischen Patienten kann die Sphinkterotomie auch heute noch eine sinnvolle Alternative zu anderen Formen der Harnableitung darstellen. Im Langzeitverlauf entwickelt jedoch ein signifikanter Prozentsatz der sphinkterotomierten Patienten erneut Blasenentleerungsstörungen, die oft auch durch eine Re-Sphinkterotomie nicht ausreichend behandelbar sind. Wir evaluierten den klinischen Nutzen der Einlage eines thermo-sensiblen Stents (Memokath®) in den Sphinkterbereich bei dieser Patientengruppe.

Material und Methodik:

Bei 22 querschnittgelähmten Männern mit erhöhtem (>100 ml) Restharn, subjektiv erschwerter Blasenentleerung und/oder autonomer Dysreflexie nach vorausgegangener Sphinkterotomie wurde ein Memokath® Stent im Sphinkterbereich eingelegt. Als Kontrollen wurden Restharnbestimmungen, Video-Urodynamiken und Renosonographien durchgeführt.

Ergebnisse:

Es traten keine intraoperativen Komplikationen auf. Eine Repositionierung des Stents wurde bei 5 Patienten (22,7%) notwendig. Nach einer medianen Nachbeobachtung von 16,5 Monaten ist der Stent bei 17 Patienten (77,3%) unverändert in situ. Bei 2 Männern wurde der Stent wegen eines Blasentumors entfernt, in 3 weiteren wegen mangelndem Erfolg. Der Restharn war nach Stenteinlage signifikant geringer (229 vs 105ml) und betrug bei 14 Patienten weniger als 100 ml. Der obere Harntrakt blieb unverändert intakt, die urodynamischen Parameter veränderten sich nicht signifikant.

Schluss:

Nach unseren Erfahrungen stellt der Memokath® Stent eine sichere und erfolgreiche Behandlungsoption nach vorausgegangener nicht erfolgreichen Sphinkterotomie dar.

Abstrakt 26

Langzeit-Verlauf der Blasenfunktion bei Patienten mit Rückenmarksverletzung

Autor(en):

Wöllner J., Gregorini F., Birnböck D., Mehnert U., Kessler T.M. Neuro-Urologie, Paraplegikerzentrum, Uniklinik Balgrist, Universität Zürich

Einleitung:

Die Blasenfunktionsstörung ist eine häufige und relevante Folge der Rückenmarksläsion. In Abhängigkeit von der Läsionshöhe und dem Ausprägungsgrad der Verletzung resultieren unterschiedliche Blasenfunktionsstörungen. Besonders bei Patienten mit suprasakralen Läsionen entwickelt sich eine neurogene Detrusorüberaktivität, häufig in Kombination mit einer Detrusor-Sphinkter Dyssynergie. Diese Kombination resultiert in hohen intravesikalen Drücken während der Speicherphase und stellt eine Gefahr für den oberen Harntrakt dar. Besonders der vesiko-uretero-renale Reflux (VUR) kann eine Nephropathie induzieren. Früher war die Niereninsuffizienz eine gefürchtete Komplikation und limitierend für die Lebenserwartung, heute aber sind durch verbesserte Diagnostik und Therapie der Blasenfunktionsstörung die Lebensqualität und die Lebenserwartung deutlich gestiegen. Ziel der Arbeit war die Evaluation der Blasenfunktion im Langzeit-Verlauf nach Querschnittsverletzung.

Material und Methodik:

Material und Methode: 56 Patienten (12 Frauen, 44 Männer) mit neurogener Blasenfunktionsstörung infolge einer Rückenmarksverletzung von mindestens fünfjähriger Dauer wurden eingeschlossen. Alle Patienten hatten ein regelmässiges Follow-up und eine aktuelle urodynamische Untersuchung im Zeitraum zwischen Januar und September 2010.

Ergebnisse:

Ergebnisse: Das Alter betrug 31 (± 13) Jahre, die mittlere Zeitspanne zwischen der Verletzung und der aktuellen Untersuchung war 15 (5-42) Jahre. Bei 51 Patienten war die Läsion traumatisch bedingt, bei 5 Patienten war sie toxischer oder inflammatorischer Genese. Das Verletzungsniveau war zervikal bei 14 Patienten, bei 32 thorakal, bei 8 lumbar, und bei 2 Patienten sakral. Die Hälfte der Patienten entleert die Blase mittels sterilem Einmal-katheterismus (29/56), 7 sind mit einem transurethralen Dauerkatheter versorgt, 9 Patienten miktionieren spontan, 1 Patient ist mit einem suprapubischen Katheter versorgt, die übrigen benutzen Kombinationen aus Selbstkatheterismus und Kondomurinal. 34% (19/56) berichten über Inkontinenz. Oxybutynin war die präferierte medikamentöse Therapie (15/56). Ein VUR zeigte sich in 8 Patienten (7 unilateral, 1 bilateral), maximal Grad 2. Die mittlere zystometrische Blasenkapazität lag bei 445 (± 135) mL, die Compliance bei 65 mL/cmH₂O. Urodynamisch zeigte sich bei 29 Patienten eine neurogene Detrusorüberaktivität, davon waren 14 Patienten zum Zeitpunkt der Messung ohne medikamentöse Therapie. Bei 16/29 zeigt sich eine Detrusorüberaktivitätsinkontinenz mit einem Detrusor-Leak-Point-Pressure von 42 (± 29) cmH₂O.

Schluss:

Schlussfolgerung: In diesem Patientenkollektiv zeigt sich bei den meisten Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung nach Rückenmarksverletzung, bedingt durch regelmässige Kontrolle und adäquate Therapie eine normale zystometrische Blasenkapazität und Compliance. Die Inzidenz des VUR war gering. Diese Daten zeigen, dass ein regelmässiger Follow-up mit urodynamischer Untersuchung und individuelle Therapie wichtig sind.

Abstrakt 27

Vesiko-Uretero-renaler Reflux bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung nach Rückenmarksverletzung

Autor(en):

Wöllner J.1, Groebli Bolleter R2, Gregorini F.1, Birnböck D.1, Mehnert U1., Kessler T.M1. 1.Neuro-Urologie Paraplegikerzentrum Uniklinik Balgrist Universität Zürich 2.Klinik für Urologie, Universitätsspital Zürich

Einleitung:

Der Vesiko-uretero-renale Reflux (VUR) war die Hauptursache für das Nierenversagen und reduzierte Lebenserwartung bei Patienten mit Rückenmarksverletzung. Bedingt durch hohe intravesikale Drücke während der Speicherphase, die zum einen durch die neurogene Detrusorüberaktivität, zum anderen durch eine Low-Compliance-Blase verursacht sind, kann ein potentiell gefährlicher VUR entstehen. Therapieziel ist daher ein Niederdruckreservoir zu schaffen, um sekundäre Schäden am oberen Harntrakt zu verhindern.

Material und Methodik:

Material und Methode: In diese prospektive Studie wurden 120 Patienten (29 Frauen, 91 Männer) eingeschlossen. Alle Patienten zeigten eine neurogene Blasenfunktionsstörung aufgrund einer Rückenmarksverletzung und erhielten eine videourodynamische Untersuchung. Primäre Zielgrößen waren die Inzidenz und der Grad des Refluxes, sekundäre Zielgrößen waren Läsionshöhe, Dauer der Erkrankung, urodynamische Parameter sowie die aktuelle Therapie.

Ergebnisse:

Ergebnisse: Das mediane Alter war 47 Jahre (13-87). Bei 96 Patienten zeigte sich eine suprasakrale Läsion, bei 9 eine subsakrale und bei 15 eine Cauda- Läsion. Die Inzidenz des VUR lag bei 10% (12/120), 11 Patienten mit suprasakraler Läsion, ein Patient mit einer Cauda-Läsion. Der Reflux war geringgradig (max. Grad 3). Der mediane intravesikale Druck bei Auftreten des Refluxes lag bei 31 cmH₂O (16-81). Das mittlere Zeitintervall zwischen der Verletzung und Auftreten des VUR war 11.5 Jahre (1-48). Patienten mit VUR entleerten die Blase mit intermittierendem Selbstkatheterismus (6/12), transurethralem Dauerkatheter (3/12) oder mittels suprapubischer Zystostomie (2/12). Die Sonographie der Nieren zeigte in zwei Patienten eine Nierenbeckenkelchektasie I°, sowie eine Parenchymrarefizierung.

Schluss:

Schlussfolgerung: Die Inzidenz des VUR und Ausprägungsgrad waren in diesem Patientenkollektiv mit neurogener Blasenfunktionsstörung gering und es konnten keine sekundären Komplikationen des oberen Harntraktes detektiert werden. Regelmässige Kontrollen und adäquate Therapie senken die Inzidenz und verhindern sekundäre Komplikationen.

Abstrakt 28

Untersuchung der Bedeutung des parasympathischen sacralen Erektionszentrums bei querschnittgelähmten Männern mit Hilfe der Vorderwurzelstimulation

Autor(en):

B. Domurath, J. Kutzenberger, F. Zepke

Einleitung:

Nach einer Verletzung des Rückenmarks erleidet der größte Teil der Männer eine neurogene erektile Dysfunktion. Das Ausmaß der erektilen Dysfunktion hängt vom Niveau und Umfang der Lähmung ab. Für die Reflexerektion hat das sympathische thorakolumbale und das parasympathische sacrale Erektionszentrum eine besondere Bedeutung. Die Rolle des sacralen Reflexzentrums bei Männern mit einer Querschnittlähmung kann gut mit Hilfe eines Vorderwurzelstimulators nach einer sacralen Deafferentation nachgewiesen werden.

Material und Methodik:

Wir untersuchten bei über 200 Männern, die sich zwischen 2002 und 2010 einer sacralen Deafferentation und Implantation eines Vorderwurzelstimulators unterzogen, die Möglichkeit einer stimulierten Erektion. Ziel war es, eine zufriedenstellende Erektion zu erreichen. Stimuliert wurden die Wurzeln von S2 bis S4.

Ergebnisse:

Bei 164 der operierten Männer war eine Erektion durch Vorderwurzelstimulation zu erzielen (82%). Bei 95 Patienten (58%) war eine ausreichende Erektion allein durch die Stimulation von S2 erreichbar, bei 6 Patienten (4%) durch S3 und bei 63 (38%) durch S2 und S3. 2 der Männer hatten trotz vollständiger Deafferentation noch eine Reflexerektion, was für eine seltene Beteiligung der Nerven S1 an der Erektion spricht (1%). Bei keinem Patienten konnte durch eine S4 Stimulation eine Erektion ausgelöst werden. 26 Patienten hatten nur eine unvollständige Erektion (E1 oder E2), bei 8 Patienten konnte keine Erektion erreicht werden. 2 der Patienten waren bereits vor der SDAF/SARS mit einer Penisprothese versorgt worden. Bei 6 Patienten kam es bei der Stimulation zum „Zurückziehen“ des Penis.

Schluss:

Das parasympathische Erektionszentrum liegt in den Segmenten S2 und S3, in Einzelfällen bei S1. Bei 34 Patienten könnte das sympathische Zentrum eine wichtige Rolle spielen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass bei erektilen Dysfunktionen anderer Genese eine Stimulation der Nerven bei S2 und S3 hilfreich sein könnte, bei querschnittgelähmten Patienten auch die zusätzliche Stimulation des N. hypogastricus.

Abstrakt 29

Blasensensorik nach kompletter Rückenmark- und Cauda equina-Läsion - klinische Beobachtungen mit neurophysiologischen Implikationen

Autor(en):

André Reitz, Kontinenz Zentrum Hirslanden, Zürich

Einleitung:

Von einer Läsion des Rückenmarks sind zumeist sowohl afferente sensorische als auch efferente motorische Nervenbahnen betroffen. Afferente Nervenbahnen der Harnblase übertragen das Gefühl der Blasenfüllung und das des Harndrangs. Über welche Route diese unterschiedlichen afferenten Impulse der Blasensensorik das zentrale Nervensystem erreichen, ist beim Menschen weitgehend unklar. Vergleichende Beobachtungen an Patienten nach kompletter Rückenmark- und Cauda equina-Läsion auf unterschiedlichem Niveau führen hierbei zu interessanten neurophysiologischen Implikationen.

Material und Methodik:

Die in einer standardisierten urodynamischen Untersuchung in liegender Position aufgezeichnete Blasensensorik (Blasenfüllungsgefühl, erstes und starkes Harndranggefühl) wurde in vier Patientengruppen untersucht und verglichen: 21 Patienten mit einer kompletten Rückenmarkläsion unterhalb Th6 und oberhalb Th12, 7 Patienten mit einer kompletten Läsion des Conus medullaris, 11 Patienten mit einer kompletten Läsion der Cauda equina und 20 Patienten ohne neurologisches Defizit, die wegen einer Belastungsinkontinenz untersucht wurden. Patienten mit kompletter Rückenmarkläsion oberhalb Th6 wurden ausgeschlossen, da die Symptome einer autonomen Dysreflexie Rückschlüsse auf die Blasenfüllung zulassen, die nicht der eigentlichen Blasensensorik zuzuordnen sind.

Ergebnisse:

In der Gruppe mit kompletter Läsion oberhalb Th12 gab keiner der Patienten ein Füllungsgefühl oder eine Harndrangensation an. In der Gruppe mit einer kompletten Läsion des Conus medullaris gaben lediglich 2 der 7 Patienten eine erhaltene Blasensensorik an, bei beiden Patienten lag eine schlaffe Lähmung vor. In der Gruppe mit kompletter Caudaläsion wurde bei 10 der 11 Patienten im Mittel bei 452ml und bei einem mittleren Detrusordruck von 11cmH₂O ein Füllungsgefühl angegeben, ein erstes oder starkes Harndranggefühl jedoch fehlte bei allen Patienten. In der Gruppe ohne neurologisches Defizit wurde eine normale Blasensensorik aufgezeichnet (Füllungsgefühl bei im Mittel 267ml, erster Harndrang im Mittel bei 381ml, starker Harndrang im Mittel bei 447ml).

Schluss:

Erwartungsgemäss ist bei kompletten thorakalen Läsionen des Rückenmarks die Blasensensorik ausgefallen. Die klinische Beobachtung, dass bei Patienten mit einer kompletten Läsion der Cauda equina oder einer tiefen Konusläsion regelmässig eine gewisse Blasensensorik erhalten bleibt, liess sich in dieser vergleichenden Beobachtung bestätigen und impliziert, dass das Füllungsgefühl über den bei kompletten Cauda- oder tiefen Konusläsionen intakten Plexus hypogastricus zu den thorakolumbalen Rückenmarksegmenten übertragen wird. Dies geschieht verglichen mit der neurologisch intakten Vergleichsgruppe an einer ähnlichen Druck- jedoch an einer weit grösseren Volumenschwelle. Als Limitation dieser Erkenntnis bleibt anzumerken, dass das Füllungsgefühl von den Patienten als qualitativ etwas anders als jenes vor der Läsion empfunden und beschrieben wurde.