

Forum **Urodynamicum** e.V.

Jahrestagung Forum Urodynamicum 2017

10. bis 11. März 2017 in Wiesbaden



Ausrichter des 28. Arbeitstreffen des Forum Urodynamicum ist die Frauenklinik des St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Instillagel[®]

Lidocain & Chlorhexidin

Endosgel[®]

Chlorhexidin

Sterile Gleitgele in steriler Verpackung



FARCO-PHARMA
Im Dienste der Urologie

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	5
Geschichte des Forum Urodynamicum	6
Initiator / Stipendium des Forum Urodynamicum	8
Bisherige Stipendiaten	9
Förderkreis des Forum Urodynamicum	10
Organisatorisches zur Tagung	
Kongress, Kongressorganisation, Kongressekretariat	11
Wissenschaftliches Programm: State-of-the-Art-Vorträge, Special Topic Vorträge, Weitere Vorträge und Referate	12 13
Workshops	14
Rahmenprogramm	15
Sehenswertes Wiesbaden	16
Sponsoren der Jahrestagung 2017 in Wiesbaden	19
Eugen-Rehfishch-Preis	20
Wissenschaftliches Programm	
Freitag 10. 03. 2017 – Tag 1	22
Samstag 11. 03. 2017 – Tag 2	27
Abstracts	30

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns darauf, Sie zum Forum Urodynamicum 2017 in der Hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden begrüßen zu dürfen.

Damit das 28. Forum Urodynamicum für Sie ein unvergesslicher Kongresshöhepunkt des Jahres 2017 wird, werden wir interessante, abwechslungsreiche, aber auch kontrovers diskutierte Themen in unsere Jahrestagung aufnehmen.

Traditionell werden neueste wissenschaftliche Ergebnisse aus der Grundlagenforschung, der Neuro-Urologie, Uro-Gynäkologie sowie der funktionellen Koloproktologie vorgestellt und interdisziplinär diskutiert. Das Forum stellt auch in 2017 insbesondere für junge Kolleginnen und Kollegen eine exzellente Plattform dar, um eigene Ergebnisse in kollegialer Atmosphäre vorzustellen. Die besten Arbeiten werden prämiert und erneut werden wir den mit 2000 Euro dotierten Eugen-Rehfishch-Preis vergeben.

State-of-the-Art Vorträge renommierter internationaler Experten werden das wissenschaftliche Programm flankieren. Als besondere Schwerpunkt setzen wir dieses Jahr den Fokus auf laparoskopische/robotische Techniken der Beckenbodenchirurgie, Nerve-Sparing-Konzepte in der interdisziplinären Onko-, Endometriose- und Beckenbodenchirurgie sowie den Einsatz von alloplastischen Materialien zur Beckenbodenrekonstruktion. Auf Wunsch vieler Kolleginnen und Kollegen werden die Psychosomatik der Miktionsstörung sowie auch sexuelle Funktionsstörungen in das Programm integriert. Als besondere praxisorientierte Höhepunkte sind u.a. ein urogynäkologischer Refresherkurs sowie ein Workshop „Laparoskopische Nahttechniken“ mit vielen Tipps & Tricks sowie Übungen am Modell vorgesehen.

Während der Veranstaltung wird genügend Zeit und Raum sein, um einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Praxis und Klinik, Bench und Bedside, jungen und erfahrenen Kollegen, nationalen und internationalen Experten in entspannter Atmosphäre zu (er)leben.

Das nahezu komplett erhaltene historische Wiesbaden – auch Nizza des Nordens genannt – bietet ein außergewöhnliches und einzigartiges Ambiente für solch einen Kongress. Schon J.W. von Goethe wusste die inspirierende Wirkung Wiesbadens und seiner Umgebung zu schätzen. Der „West-östliche Divan“ wird Goethes dichterische Imagination während eines seiner Wiesbadener Aufenthalte. Regenerieren Sie zwischen Signaltransduktion, Robotic Surgery und Blasenentleerungsstörungen unerkannt in einer der tausend heißen Heilquellen dieser faszinierenden Stadt.

Wir freuen uns sehr, Sie auf der 28. Jahrestagung des Forum Urodynamicum in Wiesbaden begrüßen zu dürfen, Ihre Kongresspräsidenten:



Prof. Dr. med. Boris Gabriel
(Wiesbaden)



Dr. med. Thomas Fink
(Berlin)

Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.

Austragungsort (Ausrichter)	Preisträger
2016 Rostock (O. Hakenberg, C. Füllhase)	M. P. Schneider, T. Hüscher, L. Leitner
2015 Bonn (R. Kirschner-Hermanns)	V. Huppert, M. S. Rahnama'i
2014 Gießen (T. Bschleipfer)	A. Oberbach
2013 Heidelberg (K. A. Brocker)	E. E. Foditsch, K. Deckmann
2012 Zürich (U. Mehnert)	L. Michels, C. Füllhase
2011 Mönchengladbach (A. Kaufmann)	K. Heinze
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

Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.

Austragungsort (Ausrichter)	Preisträger
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
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

Initiator

Forum Urodynamicum e.V.

Zweck des Forum Urodynamicum e.V. ist die Förderung der interdisziplinären Forschung und Fortbildung zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Funktionsstörungen des Harntraktes sowie der Urologie der Frau. Mittelpunkt ist die Förderung der Arbeit junger Nachwuchswissenschaftler auf den Gebieten Urodynamik, Inkontinenz, Blasenentleerungsstörungen und Neurourologie.

Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Ricarda M. Bauer

Urologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Klinikum Großhadern

Marchioninistr. 15

81377 München

Tel.: +49-89-4400-76527

Fax: +49-89-4400-78734

E-Mail: info@forum-urodynamicum.de

Web: www.forum-urodynamicum.de

Stipendium des Forum Urodynamicum

Das Forum Urodynamicum e.V. stiftet regelmäßig ein Stipendium zur Förderung junger Nachwuchswissenschaftler. Das Stipendium ist mit **10.000 €** dotiert. Das Stipendium dient der Förderung von Arbeiten in der Grundlagenforschung und klinischen Forschung auf den Gebieten Harninkontinenz, Blasenentleerungsstörungen, Urogynäkologie und Neurourologie, sowie Urodynamik.

Das Stipendium soll zur Hospitation in einem Labor / einer Klinik des Auslandes zum Erlernen einer Methodik oder Durchführung von Teilen eines Forschungsprojektes eingesetzt werden. Die/der AntragstellerIn sollte das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben.

Bewerbungsfrist ist der 30. Juni des Jahres.

Die Bewerbungsunterlagen (Beschreibung des Projektes, Ort / Zeitdauer, Curriculum vitae, Liste Publikationen/ Vorträge) sind digital im PDF-Format an die 1. Vorsitzende des Forum Urodynamicum e. V.

Prof. Dr. med. Ricarda M. Bauer

Urologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Klinikum Großhadern

Marchioninistr. 15

81377 München

Email: info@forum-urodynamicum.de

zu übermitteln.

Bisherige Stipendiaten:

Jahr	Stipendiat	Forschungsprojekt
2012	Irina Soljanik Sektion Neuro-Urologie, Klinik für Paraplegiologie, Universitätsklinik Heidelberg	Untersuchungen zur Regeneration der Harnblasenfunktion nach Rückenmarkverletzung am Tiermodell.
2011	Alexander Gabuev, Stefan Ückert, Matthias Oelke Klinik für Urologie und Urologische Onkologie der Medizinischen Hochschule Hannover	In vitro Untersuchung der Effekte von Botulinumtoxin Typ A auf die Apoptose von epithelialen und glattmuskulären Zellen der humanen Prostata ergänzen.
2010	Bastian Amend Klinik für Urologie, Eberhard-Karls-Universität Universitätsklinikum Tübingen	Humane adulte mesenchymale Stammzellen zur kausalen Therapie der Belastungsinkontinenz.
2009	Thomas Bschiepfer Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität Gießen Kerstin A. Brocker Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Heidelberg	Etablierung eines Tiermodells zur Induktion von Detrusorhyperaktivität durch vesikale Minderperfusion mittels ApoE -/- LDL -/- Doppel-Knockout-Mäusen. Das MRT-sichtbare MESH: Veränderung von Polypropylenetzen mittels verschiedener Techniken zur Darstellbarkeit im MRT und Implantation ins Gewebe.
2008	Carolin Eva Hach Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Heidelberg Moritz Hamann Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	Vergleich der Defensin- und Cathelicidin-Expression an Urothelbiopsien der Harnblase sowie im Urin von Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung und Kontrollpatienten mit normaler Blasenfunktion. Interaktion pluripotenter monozytärer und myogener Zellen in der Therapie der Harninkontinenz.
2007	André Reitz Abteilung Neurourologie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg	Sakrale Deafferentation und sakrale Vorderwurzelstimulation – Erlernen der Operationstechnik und neurophysiologische Messungen.
2006	Jens Bedke Urologische Universitätsklinik, Klinikum Mannheim GmbH Patrick Honeck Urologische Klinik, Universität Heidelberg	Histologische und immunhistologische Untersuchungen der strukturellen Veränderungen der Harnblase nach Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den glattmuskulären Detrusormuskel bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung. Prospektiver Effekt eines PDE-5 Inhibitors auf die TGF- β -induzierte Fibrose am Detrusorgewebe gesunder Mäuse und im Detrusorgewebe chronisch ischämischer Mäuse.

Förderkreis des Forum Urodynamicum

Wir danken der kontinuierlichen Unterstützung durch den Förderkreis des Forum Urodynamicum e.V.



Pharm-Allergan GmbH
Pforzheimer Straße 160
76275 Ettlingen



Boston Scientific
Urology and Pelvic Health



Andromeda GmbH
Wallbergstraße 5
82024 Traufkirchen



APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Kyffhäuserstraße 27
01309 Dresden



Dr. R. Pflieger Arzneimittel GmbH
96045 Bamberg



Farco-Pharma GmbH
Gereonsmühlengasse 1-11
50670 Köln



Hollister Incorporated
Riesstrasse 25
80992 München



Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

OXYTON PHARMA GMBH

Oxyton Pharma GmbH
Edith-Stein-Platz 7
21035 Hamburg

Organisatorisches zur Tagung

Kongress

Tagungspräsidenten

Prof. Dr. med. Boris Gabriel (Wiesbaden)

Dr. med. Thomas Fink (Berlin)

Veranstaltungsort



St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Frauenklinik

Beethovenstraße 20

65189 Wiesbaden



Kongressorganisation

Coma UG haftungsbeschränkt

Leininger Ring 97

67278 Bockenheim

Ingrid Paulus

Tel.: +49 163 9155835

Fax: +49 6359 409243

E-Mail: ingrid.paulus@coma-ug.de

Web: www.coma-ug.de

Kongresssekretariat

St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Frauenklinik

Beethovenstraße 20

65189 Wiesbaden

Frau Silke Fechner

Tel.: +49 (0) 611 177-1512

Fax: +49 (0) 611 177-1510

E-Mail: sfechner@joho.de

Web: www.joho.de

Organisatorisches zur Tagung

Wissenschaftliches Programm

Das wissenschaftliche Programm findet am 10. und 11. März statt:

Freitag, den 10. März von 08:00 bis 18:40 Uhr | Samstag, den 11. März von 08:00 bis 13:30 Uhr

State of the Art-Vorträge



Stellenwert der robotischen Chirurgie in der Urologie: was ist möglich?
Prof. Dr. Axel Haferkamp (Mainz)



Rekonstruktion des Bindegewebes zur Descensusprävention und -therapie
Prof. Dr. Ralf Tunn (Berlin)



Provokationstests in der urodynamischen Untersuchung-pathophysiologische Grundlagen und klinische Bedeutung
Prof. Dr. André Reitz (Hirslanden, Schweiz)



Vaginale Rekonstruktion mit vs. ohne Meshimplantation: wie ist die Evidenz?
Sexualität nach Beckenbodenchirurgie
PD Dr. Kaven Baessler (Berlin)



Pelvic Floor Sonografie
Dr. med. habil Jacek Kociszewski (Hagen)



Therapieresistente OAB: wie schlägt man der Hydra die Köpfe ab?
Prof. Dr. Arndt van Ophoven (Herne)



LUTS, BPH oder OAB - was behandeln wir nun?
PD Dr. Claudius Füllhase (Rostock)



Weibliche Inkontinenz
PD Dr. Gert Naumann (Erfurt)



Die drei großen „I“ in der Neurourologie
Prof. Dr. Jürgen Pannek (Nottwill)



Nachsorge nach operativer Versorgung bei männlicher Harninkontinenz
Torben Hofmann (Schwäbisch Hall)

Organisatorisches zur Tagung

Special Topic Vorträge



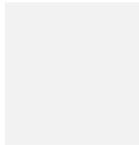
Gutachterfälle aus Gynäkologie & Urologie trotz Zertifizierungs- und Qualitätswahn: setzen wir auf die falschen Indikatoren?

Prof. Dr. Eckhard Petri (Greifswald)



Diagnose und Therapie urogenitaler Fisteln

Prof. Dr. Christl Reisenauer (Tübingen)



Neuropelviologie: eine neue Disziplin

Prof. Dr. Marc Possover (Zürich)

Weitere Vorträge und Referate



Past Presidents Lecture

LUTS und OAB: die ganze Wahrheit!

Prof. Dr. Klaus Höfner (Oberhausen)



Intermezzo

Sex und Blase: ein sensibles Thema

Dr. Eva-Maria Hußlein (München)



Impulsreferat

Urogynäkologie als 4. Säule und Schwerpunktweiterbildung in der Frauenheilkunde

Prof. Dr. Ursula Peschers (München)

Hosts Presentation

Laparoskopische Beckenbodenrekonstruktion:

Muss die Gebärmutter beim Descensus mit entfernt werden? Rektopexie mit oder ohne Resektion?



Dr. C. Wolf
(Wiesbaden)



Prof. Dr. B. Gabriel
(Wiesbaden)



Dr. Ulrike Soetje
(Wiesbaden)



Dr. Th. Fink
(Berlin)



Workshop

Kurs Urogynäkologie-Refresher

Dr. Wolfgang Theurer (Stuttgart), Dr. Th. Fink (Berlin) (s.o.)

Workshops

Kurs Urogynäkologie-Refresher

Samstag, 11.03.2017 von 14:00 bis 16:30 Uhr

Max. 25 Teilnehmer

Seminarraum 4

Preis pro Teilnehmer: 50,- €

Inhalte:

- BB-Anatomie/ Physiologie
 - Anamnese und Diagnostik (einschl. Urodynamik)
 - Beckenboden-Sonografie
 - Konservative und operative Therapien bei Harninkontinenz und Deszensus
 - Management von Komplikationen
-

Workshop laparoskopische Nahttechniken

Samstag, 11.03.2017 von 14:00 bis 17:00 Uhr

Max. 15 Teilnehmer

Seminarraum 2

Preis pro Teilnehmer: 70,- €

Inhalte:

- Hands-on mit Tutorbetreuung
- Tipps und Tricks für das schnelle Erlernen der Techniken
- Üben von Grund- und speziellen Fertigkeiten der Laparoskopie am Pelvitainer

Da Kurs und Workshop zeitlich parallel stattfinden, ist eine Anmeldung nur zu einer der Veranstaltungen möglich.

Rahmenprogramm

Die Präsidenten laden ein zum Gesellschaftsabend

Freitag, 10. März 2017

Gesellschaftsabend ab 19:30 Uhr (25,00 €)

Lumen Restaurant - Café - Bar

Marktplatz

65183 Wiesbaden

www.lumen-wiesbaden.de



Willkommen in Wiesbaden

Wiesbaden ist die hessische Landeshauptstadt und mit 15 Thermal- und Mineralquellen eines der ältesten Kurbäder Europas. Diese Quellen treten an mehreren Stellen im Quellenviertel aus großer Tiefe zutage.

Mit ca. 290.000 Einwohnern ist es die zweitgrößte Stadt in Hessen. Bereits 121 n. Ch. wurde Wiesbaden – damals noch unter dem Namen Aquae Mattiacorum – erstmals erwähnt. Im 9. Jahrhundert wurde es erstmals mit dem Namen Wisibada erwähnt, der frühesten Überlieferung des Namens Wiesbaden.

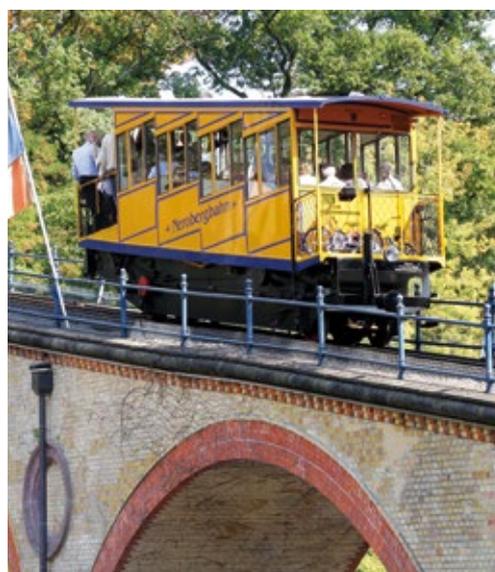
Die Lage in einer Gebirgsmulde im Süden des Taunus beschert Wiesbaden ein mildes Klima. Im zweiten Weltkrieg wurde Wiesbaden weit weniger zerstört als andere deutsche Städte. Dadurch blieben die wichtigsten, das Stadtbild prägende Gebäude und Straßenzüge erhalten.

Nachfolgend finden Sie einige Sehenswürdigkeiten in Wiesbaden.



Turm auf dem Neroberg

Bild: Thorsten Krüger



Nerobergbahn

Bild: Stephan Richter

Turm auf dem Neroberg

Der Neroberg ist der Hausberg der hessischen Landeshauptstadt und ein beliebtes Ausflugsziel. Das alte Neroberghotel fiel 1989 einem Brand zum Opfer. Übrig blieb nur der Turm, der 1993 renoviert wurde und heute ein Restaurant mit Gartenwirtschaft beherbergt. Hier hat man einen herrlichen Blick über die Stadt und im Übrigen wächst hier ein hervorragender Riesling. Auf den Neroberg gelangt man im Sommer mit der einzigartigen wasserkraftbetriebenen Nerobergbahn, die für Jung und Alt ein kleines Erlebnis darstellt.

Nerobergbahn

Die Nerobergbahn ist eine 1888 errichtete Wasserlast- und Zahnstangenstandseilbahn. Da sie die letzte Ihrer Art ist, ist sie auch ein technisches Kulturdenkmal. Auf einer Länge von 483 m und einer durchschnittlichen Steigung von 19 % überwindet die Bahn einen Höhenunterschied von 83 m. Seit einigen Jahren ist es an einigen Tagen im Jahr möglich sich auf der Nerobergbahn trauen zu lassen. Hierzu wird die Bahn auf der Strecke angehalten, da bei einer Höchstgeschwindigkeit von ca. 7 km/h die Fahrtzeit für eine Zeremonie einfach zu kurz wäre.



Russische Kirche – ein Wahrzeichen der Liebe

Die „Russische Kirche“ wurde von Herzog Adolf von Nassau anlässlich des frühen Todes seiner Gemahlin, der 18-jährigen russischen Prinzessin Jelisaweta Michailowna, Großfürstin von Russland und Herzogin von Nassau erbaut. Nur ein Jahr nach der Hochzeit starb die Prinzessin bei der Geburt des ersten Kindes. Die Kirche ist das einzige russisch-orthodoxe Gotteshaus in Wiesbaden.

Russische Kirche
Bild: Verlag Beleke GmbH

Marktkirche und Rathaus

Die neugotische Marktkirche in Wiesbaden ist die evangelische Hauptkirche der Hessischen Landeshauptstadt und war seinerzeit der größte Backsteinbau des Herzogtums Nassau. In direkter Nachbarschaft liegt das neue Rathaus (1883 bis 1887) welches im Stil der Neorenaissance erbaut wurde. Ebenfalls am Marktplatz gelegen ist das alte Rathaus und der Hessische Landtag.



Marktkirche und Rathaus
Bild: Wiesbaden Marketing GmbH



Hessisches Staatstheater Wiesbaden

Das Wiesbadener Staatstheater wurde im neobaroocken Stil errichtet und war das Lieblingstheater von Wilhelm II. Der Haupteingang befindet sich in der Mitte der Theaterkolonaden, die zusammen mit den gegenüberliegenden Kurhauskolonaden das sogenannte Bowling Green flankieren. An der Stirnseite dieses Platzes befindet sich das Wiesbadener Kurhaus, in den damaligen Kolonaden ist das Wiesbadener Casino beherbergt.

Theater
Bild: Wiesbaden Marketing GmbH



Schloss Biebrich

Das Schloss Biebrich war die barocke Residenz der Fürsten und späteren Herzöge von Nassau. Aus einem „Gartenhäuschen“ entwickelte sich innerhalb von 50 Jahren eine dreiflügelige Anlage mit dem Rhein auf der einen und dem weitläufigen Schlosspark auf der anderen Seite.

Schloss Biebrich

Bild: Wiesbaden Marketing GmbH

Kloster Eberbach

Das Kloster Eberbach ist eine ehemalige Zisterzienserabtei und ist für seinen Weinbau berühmt. Fast alle Innenaufnahmen zu dem Film „Der Name der Rose“ wurden im Kloster Eberbach gedreht. Heute sind die Räume des Klosters, insbesondere die Basilika, eine der Hauptspielstätten des Rheingau Musik Festivals.



Kloster Eberbach

Bild: Christian Colista/Shutterstock.com



Kurhaus und Casino

Das Kurhaus bildet den Mittelpunkt des Wiesbadener Kurecks und gehört zu den prunkvollsten Festbauten Deutschlands. Zwischen dem Süd- und Nordflügel befindet sich das Foyer in Form einer großen Halle, die von einer 21 m hohen Glaskuppel überragt wird. Nachdem man das Foyer durchschritten hat, gelangt man in den angrenzenden Kurpark in dem es sich vortrefflich flanieren lässt. Ebenfalls im Kurhaus untergebracht ist das große Spiel der Wiesbadener Spielbank. Das kleine Spiel befindet sich in den angrenzenden Kurhauskolonaden.

Kurhaus und Casino

Bild: Wiesbaden Marketing GmbH

Sponsoren der Jahrestagung 2017 in Wiesbaden

Das Forum Urodynamicum e.V. bedankt sich bei allen Sponsoren für die vielfältige Unterstützung unserer wissenschaftlichen Aktivitäten, ohne die die Ausrichtung des Kongresses in der vorliegenden Form nicht möglich wäre.



4M Medical



Bosten Scientific Medizintechnik GmbH



KARL STORZ GmbH & Co. KG



AMI Deutschland GmbH



Coloplast GmbH



BUCK ELEKTROMEDIZIN



Laborie - Buck Elektromedizin - MMS



ANDROMEDA med. Systeme GmbH



P. J. Dahlhausen & Co. GmbH



Further. Together

Medtronic GmbH



Ihr Partner in der Urologie

APOGEPHA Arzneimittel GmbH



Dr. R. Pfleger GmbH



People + Innovation

Promedon GmbH



Astellas Pharma GmbH

2.000 € Ausstellerbeitrag



FARCO-PHARMA

Farco-Pharma GmbH



Serag Wiessner GmbH & Co. KG



C. R. Bard GmbH



Grachtenhaus Apotheke

3.500 € Ausstellerbeitrag



Teleflex Medical GmbH



bene-Arzneimittel GmbH



GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

1.500 € Ausstellerbeitrag



tic Medizintechnik GmbH & Co. KG



BMR Health GmbH



Hollister Incorporated



Wellspect Healthcare DENTSPLY IH GmbH

Gemäß dem FSA-Kodex wird, auf Wunsch der o. g. Firmen, über die finanzielle Unterstützung zu dieser Tagung informiert. Die Angaben verstehen sich zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Die regelmäßig aktualisierte Übersicht ist online unter www.forum-urodynamicum.de/sponsoring einsehbar.

Eugen-Rehfishch-Preis



Auf jeder ihrer Tagungen des FORUM URODYNAMICUM werden jeweils ein Eugen-Rehfishch-Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Grundlagenforschung und die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der angewandten klinischen Forschung vergeben.

Biografie Eugen Rehfishch

Eugen Rehfishch's wissenschaftlicher Beitrag zur Urodynamik

B. Schönberger, Berlin †

Über Lebensumstände und Lebensdaten des Herrn Dr. Eugen Rehfishch ist wenig bekannt. Ob er im Jahre 1862 geboren ist, konnten wir nicht belegen. Seine Publikationstätigkeit lässt aber Rückschlüsse auf seine berufliche Laufbahn und seine wissenschaftlichen Interessen zu. In der Deutschen Medizinischen Wochenschrift findet sich 1895 eine Arbeit „Ueber acute Spermatocystitis“ aus der Poliklinik des Herrn Privatdozenten Dr. Leopold Casper. Ein Jahr später erschienen ebenda „Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen“, die er im ersten anatomischen Institut in Berlin vornahm. Es ist auch nachzuweisen, dass Rehfishch zusammen mit Leopold Casper (1859 1959) an der Weiterentwicklung des Zystoskops zur Ureterenkatheterisierung arbeitete.

Seine für uns wichtigen Untersuchungen „Ueber den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung“ führte er im Physiologischen Institut der Berliner Universität unter Mithilfe des Herrn PD Dr. Rene du Bois Reymond und unter Anleitung von Prof. Dr. J. Munk durch. Die Ergebnisse wurden in Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie 1897 auf 40 Seiten publiziert. Dabei war wichtig für ihn, welchem der Sphinkteren die entscheidende Bedeutung für die Kontinenzhaltung zukommt. Dazu führte er Hundeversuche durch.

Weiterhin suchte er eine Antwort auf die Frage, wie die normale Miktion eingeleitet wird und warum der Detrusordruck bereits vor Miktionsende absinkt. Dieses Problem wollte er am Lebenden klären. Er entwickelte die Versuchsanordnung, die wir aus mehreren Publikationen über die Geschichte der Urodynamik kennen (siehe Abbildung). Über einen Katheter wurde angewärmte Borsäurelösung in die Blase instilliert. Ein Dreiwegehahn erlaubte die Messung des Blasendruckes mit einem GAD'schen Blutdruckmessgerät. Unter die Urethralmündung wurde ein Trichter gestellt, der wiederum mit einem Harnflussmessgerät nach dem Luftverdrängungsprinzip verbunden war.

Er konnte nun die Druckhöhe der Blasenkontraktion vor und während der Miktion aufzeichnen. Dabei interessierte ihn lediglich das Druckverhalten bei Miktionsbeginn und der Druckabfall in der Blase bis zum Ende der Miktion. Der maximale Uroflow und die Uroflowkurve waren für ihn ohne Bedeutung. Nach diesen Untersuchungen entwickelte er die Lehre, dass die Miktion durch aktive primäre Sphinkter-Erschlaffung eingeleitet und unterhalten wird (O. Schwarz, 1926).

Seine zweite wichtige Publikation beschäftigte sich mit der Innervation der Blase (Virchow's Archiv, 1900). Dazu führte er zwischen 1897 und 1899 an 45 männlichen Hunden Stimulationsversuche am N. hypogastricus und

N. erigens durch und beschrieb die Reaktion des Detrusors und des Sphinkters. Im Ergebnis seiner Erkenntnisse lehnte er die Theorie von M. v. Zeissl (1896) ab, der glaubte, dass sowohl der N. pelvicus (=N. erigens) als auch der N. hypogastricus aktivierende und hemmende Fasern enthalten müssten.

Auch wenn seine Theorien später verworfen wurden, so waren seine experimentellen und klinischen Versuche für die nächste Generation von großem Wert und wurden im Handbuch für Urologie durch O. Schwarz (1926) ausführlich gewürdigt.

Warum sich Eugen Rehfisch in den nächsten Jahren der Kardiologie zuwandte, können wir bislang nicht erklären. Es finden sich Hinweise auf Vorträge im Verein für Innere Medizin in Berlin und mehrere ausführliche Publikationen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift zwischen 1904 und 1918, die mit der gleichen Gründlichkeit wie die urodynamischen Veröffentlichungen vorbereitet worden waren. Er setzte sich hier mit Herzrhythmusstörungen, mit Endocarditis sowie der Elektrokardiographie und Herzfunktionsuntersuchungen auseinander. Wenngleich sich Eugen Rehfisch vorzeitig von der Urologie verabschiedete, hat er mit seiner modernen Versuchsordnung (Abb. 1) einen Meilenstein auf dem Weg zur modernen urologischen Funktionsdiagnostik hinterlassen. Diese Tatsache veranlasste das Forum Urodynamicum den Innovationspreis nach ihm zu benennen.

Versuchsordnung Eugen Rehfisch

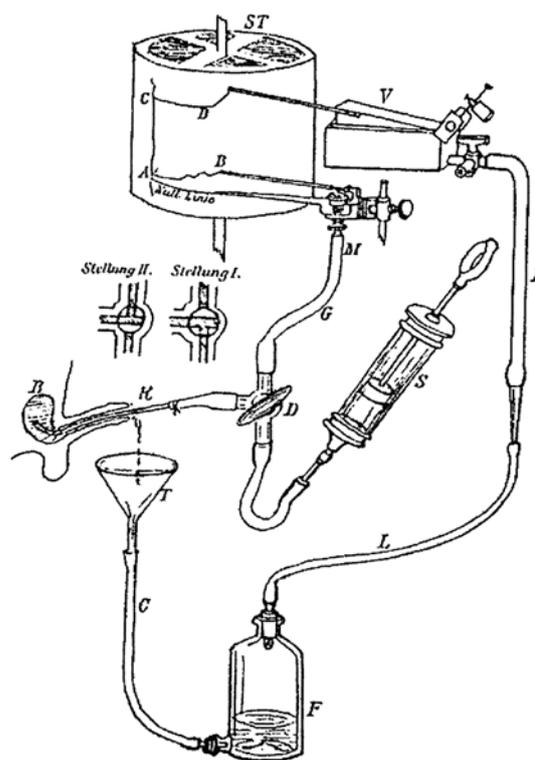
Der **Katheter K** kann durch den **Dreiwegehahn D** mit der **Spritze S** oder dem **Gad'schen Blutdruckmanometer M** verbunden werden.

Stellung I des Zapfens zeigt die Verbindung mit der Spritze.

Stellung II die Verbindung mit dem Manometer.

Aus der **Blase B** fließt der Inhalt durch den **Trichter T** in die **Flasche F** und setzt durch den **Luftschlauch L** den **Volumenschreiber V** in Bewegung.

Das **Manometer M** schreibt die **Druckkurve AB**, der **Volumenschreiber V** die **Volumenkurve CD** auf der **Schreibtrommel ST**.



Wissenschaftliches Programm 28. Jahrestagung Forum Urodynamicum e.V. 10. bis 11. März 2017 in Wiesbaden

Freitag 10. 03. 2017 – Tag 1

07:30 - 08:00 Registrierung

08:00 - 08:05 **Begrüßung:** Prof. Dr. B. Gabriel und Dr. T. Fink

08:05 - 08:25 **State-of-the-art Vortrag 1**
„Stellenwert der robotischen Chirurgie in der Urologie: was ist möglich?“

Prof. Dr. A. Haferkamp (Mainz)

08:25 - 09:40 **1. Sitzung Diagnostik und Therapie**

Moderation: Prof. Dr. A. Haferkamp, Dr. T. Fink

08:25 - 08:37 **Abstract 1**
**Die Analyse der Druck-Zeit-Beziehung im Eiswassertest bei Männern mit Blasenauß-
obstruktion zur Beurteilung des Risikos einer persistierenden Dranginkontinenz nach
TURP**

Herr PD André Reitz / KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz; Frau Dr. Tanja Hüscher /
Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin Mainz, Deutschland;
Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp / Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universi-
tätsmedizin Mainz, Deutschland

08:37 - 08:49 **Abstract 2**
**Darstellung und laparoskopische Behandlung einer vesicovaginalen Fistel in zwei Fall-
beispielen.**

Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik; Herr Prof. Dr. Achim Wöckel / Uniklinik
Würzburg / Frauenklinik; Herr Prof. Dr. Erich Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Herr
Dr. Amr Hamza / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck /
Frauenklinik

08:49 - 09:01 **Abstract 3**
**Diagnose und Management des retroflexio uteri gravidi mit akutem Harnverhalt in der
Schwangerschaft in einer Fallserie von 6 Fällen.**

Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik; Herr Prof. Dr. Daniel Herr / Uniklinik
Würzburg / Frauenklinik; Herr Dr. Amr Hamza / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Frau Prof.
Dr. Gabriele Meyberg-Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Herr Dr. Zoltan Tackas /
Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck / Frauenklinik

09:01 - 09:13 **Abstract 4**
**Systematische Klassifikation der Elongatio cervicis uteri bei Patientinnen mit Descensus
genitalis**

Frau Dr. Anke Mothes / Universitätsfrauenklinik Jena; Herr Dr. Henning Mothes / Klinik für All-
gemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena; Frau Dr. Rosemarie Fröber /
Institut für Anatomie 1, Friedrich-Schiller-Universität Jena; Herr PD Marc Radosa / Universitäts-
frauenklinik Jena; Herr Prof. Dr. Ingo Runnebaum / Universitätsfrauenklinik Jena

09:13 - 09:25

Abstract 5

3D-Reconstruction of Fe3O4-Mesh-implants: inner pelvic mesh measurement techniques

Frau PD Kerstin A. Brocker / Department of Obstetrics and Gynecology, University of Heidelberg, Germany; Frau Luyun Chen / Biomedical Engineering Department, Pelvic Floor Research Group University of Michigan, USA; Frau Dr. Céline Alt / Department of Radiology, University of Düsseldorf, Germany; Herr Prof. Dr. Christof Sohn / Department of Obstetrics and Gynecology, University of Heidelberg, Germany; Herr Prof. Dr. John DeLancey / Obstetrics and Gynecology Department, Pelvic Floor Research Group University of Michigan, USA

09:25 - 09:37

Abstract 6

Wie können Blasenschmerzsyndrom / Interstitielle Cystitis und Reizblase unterschieden werden?

Frau Dr. Marianne Gamper / Kantonsspital Frauenfeld; Frau Prof. Dr. Sigrid Regauer / Medizinische Universität Graz; Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld

09:40 - 10:00 Pause

10:00 - 10:20

State-of-the-art Vortrag 2

„Rekonstruktion des Bindegewebes zur Descensusprävention und -therapie“

Prof. Dr. R. Tunn (Berlin)

10:20 - 11:35

2. Sitzung Grundlagenforschung

Moderation: Prof. Dr. A. Reitz (Hirslanden, Schweiz), Prof. Dr. V. Viereck (Frauenfeld, Schweiz)

10:20 - 10:32

Abstract 7

Bacteriophages for treating urinary tract infections in patients undergoing transurethral resection of the prostate: Protocol for a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial

Herr Dr. Lorenz Leitner / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland and 2Department of Urology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland; Herr Dr. Wilbert Sybesma / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Frau Dr. Nino Chanishvili / The Eliava Institute of Bacteriophage, Microbiology, and Virology, Tbilisi, Georgia; Frau Dr. Marina Goderdzishvili / The Eliava Institute of Bacteriophage, Microbiology, and Virology, Tbilisi, Georgia; Herr Prof. Dr. Archil Chkhotua / Tsulukidze National Center of Urology, Tbilisi, Georgia; Herr Aleksandre Ujmajuridze / Tsulukidze National Center of Urology, Tbilisi, Georgia; Herr Dr. Ulrich Mehnert / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Herr Dr. Marc P. Schneider / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Herr PD Thomas M. Kessler / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland

-
- 10:32 - 10:44 **Abstract 8**
Trafficking of the muscarinic acetylcholine receptor M3 in human detrusor cells in BPS/IC. An immunohistochemically study using in-situ Proximity Ligation Assay (PLA)
- Frau Luise Herbst / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany; Frau Mandy Berndt-Paetz / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany; Frau Annett Weimann / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany; Herr Prof. Dr. Jens-Uwe Stolzenburg / Dept. of Urology, University Hospital Leipzig, Leipzig, Germany; Herr Prof. Dr. Jochen Neuhaus / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany
-
- 10:44 - 10:56 **Abstract 9**
Leak Point Pressure und Manschettendruck: Zusammenhang im post mortem Schweine-modell bei vier in Europa verfügbaren Systemen
- Herr Dr. Michael Rutkowski / Urologie, Landesklinikum Korneuburg Herr Dr. Rudolf Hölzel / Urologie, Landesklinikum Korneuburg Herr Dr. Tobias Pottek / Berlin Herr Prof. Wilhelm Hübner / Urologie, Landesklinikum Korneuburg
-
- 10:56 - 11:08 **Abstract 10**
Optogenetik als neurourologisches Werkzeug: Nachweis der purinergen Kotransmission in der cholinergen parasymphathischen Detrusorinnervation der Maus
- Herr Nodir Mirsaidov / Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Gießen Herr Dr. Amir Rafiq / Institut für Anatomie und Zellbiologie der Universität Gießen Herr Prof. Dr. Florian Wagenlehner / Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Gießen Herr Prof. Dr. Wolfgang Kummer / Institut für Anatomie und Zellbiologie der Universität Gießen
-
- 11:08 - 11:32 **Vortrag Grundlagenforschung**
Quo vadis Mesh repair?
- Prof. Dr. Bernd Klosterhalfen
-
- 11:35 - 12:00 Pause
-
- 12:00 - 12:20 **State-of-the-art Vortrag 3**
Provokationstests in der urodynamischen Untersuchung-pathophysiologische Grundlagen und klinische Bedeutung
- Prof. Dr. A. Reitz (Hirslanden, Schweiz)
-
- 12:20 - 13:35 **3. Sitzung Neurourologie**
- Moderation: Prof. Dr. R. Kirschner-Herrmanns (Bonn), Prof. Dr. B. Schurch (Lausanne)
-
- 12:20 - 12:32 **Abstract 11**
Abnormal resting-state inter-network coupling in patients with non-neurogenic overactive bladder.
- Herr Dr. Ulrich Mehnert / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich; Herr Dr. Matthias Walter / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich; Herr Dr. Lorenz Leitner / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich; Herr Prof. Dr. Thomas Kessler / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich; Herr Prof. Dr. Spyros Kollias / Klinik für Neuroradiologie UniversitätsSpital Zürich; Herr PD Lars Michels / Klinik für Neuroradiologie UniversitätsSpital Zürich
-

12:23 - 12:44 **Abstract 12**
Anticholinerge Belastung bei 936 älteren, ambulant behandelten Patienten als Risikofaktor für ZNS-Nebenwirkungen bei anticholinergem Therapie der OAB

Herr Alexander Ivchenko / Urologische Klinik am evangelischen Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke; Herr PD Andreas Wiedemann / Urologische Klinik am evangelischen Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke; Herr Dr. Rolf-Hasso Bödeker / Institut für Medizinische Informatik der Justus-Liebig-Universität Gießen; Herr Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner / Geriatrie Klinik und Tagesklinik, Helios-Klinikum Schwelm, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten

12:44 - 12:56 **Abstract 13**
Die Effekte eines durch Externe Elektro-Muskuläre-Aktivierung (EEMA) mit modulierten mittelfrequenten Strömen unterstützten Beckenbodentrainings auf die Beckenbodenmuskulatur und deren strukturelle und funktionelle Störungen bei Frauen

Herr Dr. Armin Fischer / Urogynäkologie St. Josefs-Hospital Rheingau

12:56 - 13:08 **Abstract 14**
Charakterisierung von urologischen Störungen bei Hereditärer Spastischer Paraplegie

Frau Viktoria Beckinger / Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Herr Dr. Moritz Hamann / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Frau Dr. Stephanie Knüpfer / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Herr Prof. Dr. Günther Deuschl / Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel; Frau Prof. Dr. Susanne A. Schneider / Abteilung für Neurologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

13:08 - 13:20 **Abstract 15**
Prospektive explorative Studie zur Effektivität und Sicherheit der bilateralen pudendalen Neuromodulation bei Patienten mit Belastungsharninkontinenz

Herr Dr. Kai Heinze / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum; Frau Nicolette Münstermann / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum; Herr Dr. Florian Roghmann / Urologische Klinik, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum; Herr Prof. Dr. Arndt Van Ophoven / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

13:20 - 13:32 **Abstract 16**
Management of device-related complications after sacral neuromodulation for lower urinary tract disorders in women – a single center experience

Herr Dr. Tilemachos Kavvadias / Universitäts-Frauenklinik Tübingen; Frau Prof. Dr. Christl Reisenauer / Universitäts-Frauenklinik Tübingen

13:35 - 14:30 Mittagspause

14:30 - 14:50 **State-of-the-art Vortrag 4**
Vaginale Rekonstruktion mit vs. ohne Meshimplantation: wie ist die Evidenz? Sexualität nach Beckenbodenchirurgie

PD Dr. K. Baessler (Berlin)

-
- 14:50 - 15:10 **State-of-the-art Vortrag 5**
„Pelvic Floor Sonografie“
- Dr. med. habil. J. Kociszewski (Hagen)
-
- 15:10 - 16:25 **4. Sitzung Diverses**
- Moderation: Prof. Dr. R. Bauer (München), Prof. Dr. K. Kleinschmidt (Wiesbaden)
-
- 15:10 - 15:22 **Abstract 17**
Gynäkologische Deszensus-Chirurgie bei hochaltrigen Patientinnen
- Frau Dr. Anke Mothes / Universitätsfrauenklinik Jena; Herr Dr. Thomas Lehmann / Medizinische Statistik, Universität Jena; Frau Dr. Anja Kwetkat / Klinik für Geriatrie, Universität Jena; Herr PD Marc Radosa / Universitätsfrauenklinik Jena; Herr Prof. Dr. Ingo Runnebaum / Universitätsfrauenklinik Jena
-
- 15:22 - 15:34 **Abstract 18**
Sicherheit und Outcome von netzgestützten urogynäkologischen Eingriffen im hohen Alter, eine multicenter Studie.
- Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik; Herr Prof. Dr. Achim Wöckel / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik; Herr Prof. Dr. Erich Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Frau Dr. Julia Radosa / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Frau Dr. Viola Paulus / Uniklinik Homburg / Frauenklinik; Herr Dr. Stefan Bettin / Klinikum Weser-Egge / Frauenklinik Höxter; Frau Dr. Dunia Rhein / Immanuel Klinik Rüdersdorf / Frauenklinik; Herr Dr. Friedrich Pauli / Klinikum Augsburg / Frauenklinik; Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck / Frauenklinik
-
- 15:34 - 15:46 **Abstract 19**
Roboterassistierte Sakrokolpopexie – die Zukunft?
- Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld
-
- 15:46 - 15:58 **Abstract 20**
Langzeitergebnisse alloplastischer Netze zur Zystozelenkorrektur: Anatomischer Erfolg und Komplikationen im 36-Monats-Follow-up einer prospektiven Studie mit 289 Patientinnen
- Frau Dr. Eva Schnabel / Klinik Tett nang; Herr Dr. Matthias Mengel / Klinik Zittau; Frau Dr. Birgit Henne / St. Elisabeth KH Leipzig; Herr Dr. Markus Grebe / Klinikum Friedrichstadt Dresden; Herr Prof. Dr. Dirk Watermann / Diakonie KH Freiburg; Herr Dr. Jan Kaufhold / Klinikum Ludwigsburg; Frau Margit Stehle / Klinik Tett nang; Herr Dr. Christian Fünfgeld / Klinik Tett nang
-
- 15:58 - 16:10 **Abstract 21**
Einfluss einer Zystozelenkorrektur mit alloplastischem Netz auf die Lebensqualität, Sexualität und OAB im 36-Monats-Follow-up einer prospektiven Studie mit 289 Patientinnen
- Herr Dr. Christian Fünfgeld / Klinik Tett nang; Herr Dr. Matthias Mengel / Klinik Zittau; Frau Dr. Birgit Henne / St. Elisabeth KH Leipzig; Herr Dr. Markus Grebe / Klinikum Friedrichstadt Dresden; Herr Dr. Dirk Watermann / Diakonie KH Freiburg; Herr Dr. Jan Kaufhold / Klinikum Ludwigsburg; Herr Margit Stehle / Klinik Tett nang
-

-
- 16:10 - 16:22 **Abstract 22**
Das Management des mittleren Kompartimentdefekts bei laparoskopischer und vaginaler sakrospinaler Fixation
- Frau Dr. Laila Najjari / Frauenklinik / Uniklinikum Aachen
-
- 16:25 - 17:00 Pause
-
- 17:00 - 17:20 **State of the art Vortrag 6**
Therapieresistente OAB: wie schlägt man der Hydra die Köpfe ab?
- Prof. Dr. Arndt van Ophoven (Herne)
-
- 17:20 - 17:40 **Hosts Presentation**
Laparoskopische Beckenbodenrekonstruktion
Muss die Gebärmutter beim Descensus mit entfernt werden ? Rektopexie mit oder ohne Resektion?
- Dr. C. Wolf / Prof. Dr. B. Gabriel (Wiesbaden) / Dr. T. Fink (Berlin) / Dr. U. Soetje (Wiesbaden)
-
- 17:40 - 18:00 **Special Topic 1 Forensik**
Gutachterfälle aus Gynäkologie & Urologie trotz Zertifizierungs- und Qualitätswahn: setzen wir auf die falschen Indikatoren?
- Prof. Dr. E. Petri (Greifswald)
-
- 18:00 - 18:40 Abschlussworte Tag 1 und Jahresvollversammlung des Forum Urodynamicum e.V.
Prof. Dr. R. Bauer (München)
-
- ab 19:30 Gesellschaftsabend (alle angemeldeten Teilnehmer) im LUMEN
-

Samstag 11. 03. 2017 – Tag 2

- 08:00 - 08:05 Einführung Tag 2: Dr. T. Fink / Prof. Dr. B. Gabriel
-
- 08:05 - 08:25 **Special Topic 2**
Diagnose und Therapie urogenitaler Fisteln
- Prof. Dr. C. Reisenauer (Tübingen)
-
- 08:25 - 08:55 **Impulsreferat und Round Table Berufspolitik**
-
- 08:25 - 08:40 **Impulsreferat**
Urogynäkologie als 4. Säule und Schwerpunktweiterbildung in der Frauenheilkunde
- Prof. Dr. U. Peschers (München)
-
- 08:40 - 08:55 **Round Table Berufspolitik**
- Prof. Dr. R. Bauer (München), Prof. Dr. B. Gabriel (Wiesbaden), PD Dr. Claudius Füllhase (Rostock), PD Dr. G. Naumann (Erfurt), Prof. Dr. U. Peschers (München)
-

08:55 - 09:15	<p>State-of-the-art Vortrag 7 LUTS, BPH oder OAB - was behandeln wir nun?</p> <p>PD Dr. C. Füllhase (Rostock)</p>
09:15 - 09:35	<p>State-of-the-art Vortrag 8 Weibliche Inkontinenz</p> <p>PD. Dr. G. Naumann (Erfurt)</p>
09:35 - 09:50	<p>Intermezzo Sex und Blase: ein sensibles Thema</p> <p>Dr. E.-M. Hußlein (München)</p>
09:50- 10:15	Pause
10:15 - 11:30	<p>5. Sitzung Inkontinenz / LUTS / OAB / Therapie</p> <p>PD. Dr. G. Naumann (Erfurt), Dr. C. Wolf (Wiesbaden)</p>
10:15-10:27	<p>Abstract 23 Funktionelle Langzeitergebnisse nach radikaler Prostatektomie</p> <p>Herr Dr. Markus Grabbert / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU); Herr PD Alexander Buchner / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU); Herr Dr. Alexander Kretschmer / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU); Herr Prof. Dr. Christian G. Stief / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU); Frau Prof. Dr. Ricarda M. Bauer / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)</p>
10:27 - 10:39	<p>Abstract 24 Bulking Agents: Eine Option bei Rezidiv-Belastungsinkontinenz?</p> <p>Frau Dr. Irena Zivanovic / Kantonsspital Frauenfeld; Herr Dr. Oliver Rautenberg / Kantonsspital Frauenfeld; Herr Dr. Kurt Lobodasch / DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein; Frau Claudia Walser / Kantonsspital Frauenfeld; Frau Marianne Gamper / Kantonsspital Frauenfeld; Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld</p>
10:39 - 10:51	<p>Abstract 25 Der Einfluss von perioperativen Komplikationen auf die Ergebnisse nach Implantation eines AMS800 in erfahrenen Zentren</p> <p>Herr Dr. Alexander Kretschmer; Frau Dr. Tanja Hüschi; Herr Dr. Ralf Anding; Herr Dr. Tobias Pottek; Herr Prof. Wilhelm Hübner; Herr Dr. Roland Homberg; Herr PD Carsten Naumann; Frau Dr. Carola Wotzka; Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp; Frau Prof. Dr. Ricarda Bauer</p>
10:51 - 11:03	<p>Abstract 26 Retrospective evaluation of efficacy and safety of intravesical 0.2 % chondroitin sulphate solution in urinary tract infections in comparison to treatment of UTI with long-term low-dose antibiotics</p> <p>Herr Dr. Sajjad Rahnama'i / SURE foundation</p>

-
- 11:03 - 11:15 **Abstract 27**
Long Term Compliance and Results of Intravesical Botulinum Toxin A Injections in Male Patients

Herr Dr. Sajjad Rahnama'i / Maastricht University
-
- 11:15 - 11:27 **Abstract 28**
Descensus genitalis bei der jungen Frau: ein ungelöstes Problem? Resultate einer Umfrage unter AGUB-Mitgliedern

Frau PD Juliane Farthmann / Univ.-Frauenklinik Freiburg; Herr Prof. Dr. Boris Gabriel / St. Josefs-Hospital Wiesbaden; Herr Prof. Dr. Gert Naumann / Helios-Klinikum Erfurt; Herr Prof. Dr. Dirk Watermann / Ev. Diakonie-KH Freiburg
-
- 11:30 - 11:50 **Special Topic 3**
Neuropelviologie: eine neue Disziplin

Prof. Dr. M. Possover (Zürich)
-
- 11:50 - 12:20 Pause
-
- 12:20- 12:40 **Past Presidents Lecture**
LUTS und OAB: die ganze Wahrheit!

Prof. Dr. K. Höfner (Oberhausen)
-
- 12:40 - 13:00 **State-of-the-art Vortrag 9**
Die drei großen "I" in der Neurourologie

Prof. Dr. J. Pannek (Nottwill)

parallel: Beratung Jury Preisvergabe
-
- 13:00 - 13:20 **State of the art Vortrag 10**
Nachsorge nach operativer Versorgung bei männlicher Harninkontinenz

T. Hofmann (Schwäbisch Hall)
-
- 13:20 - 13:30 Preisvergabe des Eugen-Rehfish-Preises durch Frau Prof. Dr. R. Bauer und Herrn T. Leufgens (Dr. R. Pflieger Arzneimittel GmbH)

Schlussworte
-
- 14:00 - 17:00 **Workshop** laparoskopische Nahttechniken (max. 15 Teilnehmer) in Seminarraum 2
-
- 14:00 - 16:30 **Urogynäkologie-Refresher-Kurs** (max. 25 Teilnehmer) in Seminarraum 4
-

Abstract 1

Die Analyse der Druck-Zeit-Beziehung im Eiswassertest bei Männern mit Blasenauflassobstruktion zur Beurteilung des Risikos einer persistierenden Dranginkontinenz nach TURP

Autor(en):

Herr PD André Reitz / KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz

Frau Dr. Tanja Hüscher / Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin Mainz, Deutschland

Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp / Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin Mainz, Deutschland

Einleitung:

Vorangegangene Arbeiten unserer Arbeitsgruppe analysierten die Druck-Zeit-Beziehung im Eiswassertest (EWT), um aus den Kriterien maximale Amplitude (P_{detmax}), Detrusorgradient ($\Delta P_{det}/\Delta t$) zum Zeitpunkt P_{detmax} und Fläche unter der Detrusordruckkurve eine Einteilung der Detrusorhyperaktivität in Schweregrade abzuleiten und in einem Nomogramm mit acht Kategorien darzustellen. Der Schweregrad der Detrusorhyperaktivität wurde in den Kategorien 1 und 2 als leicht, in den Kategorien 3 und 4 als mittelschwer und in den Kategorien 5 und höher als schwer eingestuft. Die Methodik wurde in einer Patientengruppe mit Morbus Parkinson entwickelt und bereits in einem größeren Patientenkollektiv mit Multipler Sklerose überprüft. Neben Patienten mit neurologischer Erkrankung zeigen auch Männer mit Blasenauflassobstruktion eine höhere Inzidenz an positiven Eiswassertests als Männer mit nicht-obstruktivem Druckflussverhältnis (Chai et al. 1998). In dieser Arbeit untersuchen wir die Detrusorhyperaktivität im EWT-Nomogramm bei Männern mit Blasenauflassobstruktion, um deren Risiko für eine im postoperativen Verlauf zu behandelnde Dranginkontinenz abzuschätzen.

Material und Methodik:

Bei 73 Patienten mit irritativen und obstruktiven Harntraktsymptomen im Rahmen eines benignen Prostatasyndroms wurde im Rahmen der urodynamischen Untersuchung ein EWT als Zystometrie mit schneller Instillation (100ml/min) von 200ml Kochsalzlösung mit einer Temperatur von 4°C durchgeführt. Die Rohdaten (Druck- und Zeitwerte) wurden entsprechend der beschriebenen Methodik analysiert. Die Verteilung der Schnittpunkte aus den Detrusorgradienten ($\Delta P_{det}/\Delta t$) bei P_{detmax} und den Flächen unter den Detrusordruckkurven wurde im Nomogramm dargestellt und zu den Ergebnissen in der Standardzystometrie, der Druckflussmessung und dem klinischen Verlauf nach TURP insbesondere hinsichtlich einer Indikation für eine Botulinumtoxininjektion in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse:

Die Druckantwort im Eiswassertest galt als positiv, wenn ein Detrusordruckanstieg $>15\text{cm H}_2\text{O}$ gemessen wurde. Entsprechend wurde der Test bei 32 Patienten als negativ und bei 41 Patienten als positiv eingestuft. Alle Patienten mit negativem EWT kamen in Kategorie 1 des EWT-Nomogramms zur Darstellung. Die 41 Patienten mit positivem EWT verteilten sich auf die Kategorien 1 bis 8. In der Standardzystometrie zeigten 9 von 32 Patienten mit negativem EWT eine ungehemmte Detrusorkontraktion und alle Patienten mit positivem EWT. Das mittlere Reflexvolumen lag bei 343 (SD 88) ml bzw. 277 (SD 85) ml. Eine Dranginkontinenz mit Indikation zur Botulinumtoxininjektion trat in den Nomogramm-Kategorien 1 bis 2 bei keinem der 13 Patienten auf, in den Kategorien 3 und 4 bei 5 von 14 Patienten (35%) und in den Kategorien 5 bis 8 bei 13 von 14 Patienten (93%).

Schluss:

Bei Männern mit Blasenauflassobstruktion führt die Provokation mit Eiswasser häufig zu einer ungehemmten Detrusorkontraktion. Das Ausmaß der Obstruktion hat keinen Einfluss auf das Ergebnis des EWT. Mit dem Vergleich der Reflexvolumina im EWT und in der Standardzystometrie kann zwischen der Aktivierung des Detrusors durch Kälterezeptoren und Dehnungsrezeptoren unterschieden werden. Die Kategorie im EWT-Nomogramm erlaubt eine Vorhersage, bei welchem Patient nach der TURP eine Dranginkontinenz mit der Indikation zur Botulinumtoxininjektion bestehen bleibt.

Abstract 2

Darstellung und laparoskopische Behandlung einer vesicovaginalen Fistel in zwei Fallbeispielen.

Autor(en):

Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik
Herr Prof. Dr. Achim Wöckel / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik
Herr Prof. Dr. Erich Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik
Herr Dr. Amr Hamza / Uniklinik Homburg / Frauenklinik
Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck / Frauenklinik

Einleitung:

Die Ätiologie der vesicovaginalen Fistel in der westlichen Welt ist in den meisten Fällen auf ein operatives Trauma oder thermalen Schaden zurückzuführen. Die häufigste Ursache scheint die Hysterektomie zu sein.

Die operative Korrektur kann durch einen intra- oder extravesikalen Zugang erfolgen. Ziel dieser Arbeit ist es die Darstellung und operative Behandlung durch den laparoskopischen Zugang zu beschreiben anhand zwei Fallbeispiele.

Material und Methodik:

In beiden hier beschriebenen Fällen trat eine Vesicovaginale Fistel nach einer totalen laparoskopischen Hysterektomie auf. Beide Fisteln verliefen zum oberen Scheidendrittel und waren fern vom Trigonum zu finden.

Nach cystoskopischer Darstellung der Fistel erfolgten die Sondierung und die laparoskopische operative Korrektur. Nach Ausschneiden der Fistel wurde die Blase 3-Schichtig und die Scheide 2-schichtig versorgt. Zusätzlich wurde ein Omental-patch zwischen beide Nahtreihen platziert.

Die Operationsschritte wurden detailliert Fotodokumentiert.

Ergebnisse:

Nach 14 Tagen Dauerableitung der Blase über den SPK war das Cystogramm unauffällig. Eine Patientin hatte in der ersten Phase eine Drangsymptomatik, die im weiteren Verlauf rückläufig war. Beide Patientinnen blieben im weiteren Follow-up kontinent und waren beschwerdefrei.

Schluss:

Der laparoskopische Zugang bietet eine gute Behandlungsoption zur Korrektur der vesicovaginalen Fisteln zum oberen Scheidendrittel und bietet zusätzlich zur optimalen Visualisierung tief im kleinen Becken die Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie.

Abstract 3

Diagnose und Management des retroflexio uteri gravidi mit akutem Harnverhalt in der Schwangerschaft in einer Fallserie von 6 Fällen.

Autor(en):

Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik

Herr Prof. Dr. Daniel Herr / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik

Herr Dr. Amr Hamza / Uniklinik Homburg / Frauenklinik

Frau Prof. Dr. Gabriele Meyberg-Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik

Herr Dr. Zoltan Tackas / Uniklinik Homburg / Frauenklinik

Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck / Frauenklinik

Einleitung:

Eine Retroflexio uteri liegt bei ca. 15% aller Frauen vor. In der Schwangerschaft erfolgt die spontane Aufrichtung in der Regel bis zur 14. SSW. Lediglich in 1:3000 – 1:10000 Fällen bleibt diese Aufrichtung aus. Die frühen Symptome sind Unterleibsschmerzen, akuter Harnverhalt und Überlaufblase. Später können Hydronephrose, Urämie, Urosepsis, Blasengangrän oder Blasenruptur auftreten.

Zielsetzung:

Diagnosestellung des retroflexio uteri gravidi bei Blasenentleerungsstörungen in der Schwangerschaft und eine Anleitung zum konservativen Management.

Material und Methodik:

Retrospektive Untersuchung einer Fallserie von 6 schwangeren Patientinnen in der 14 bis 20 SSW, mit einer sekundären Blasenentleerungsstörung im Rahmen eines retroflexio uteri gravidi. Studienzeitraum 2009-2016.

Ergebnisse:

Eine manuelle Aufrichtung des Uterus konnte in 3 Fällen ohne Narkose erfolgreich vorgenommen werden. In zwei Fällen war erst der zweite Versuch der manuellen Aufrichtung in Spinalanästhesie erfolgreich und in einem Fall musste die manuelle Aufrichtung durch transanale Applizierung von Druck auf die rotierte Uterushinterwand erfolgen. In 5 von 6 Fällen wurde ein Würfelpessar angepasst und bis zur 18 SSW eingelegt zwecks Reduzierung des Risikos der erneuten retroflexio.

Es folgen regelmäßige fetale- und Beckenbodenultraschall-Kontrollen sowie lokale Behandlung des Scheidenmilieus. In der weiteren Überwachung zeigt sich eine normale Uterusposition.

Alle Patientinnen haben komplikationslos nach der abgeschlossenen 35 SSW entbunden.

Schluss:

Die Retroflexio uteri gravidi ist ein seltenes Krankheitsbild mit variierender klinischer Präsentation. Die frühe Diagnose ermöglicht die Behandlung durch konservative Maßnahmen. Eine sichere Diagnose kann in den meisten Fällen durch die klinische Untersuchung und einen transvaginalen- sowie Beckenboden- Ultraschall gestellt werden.

Abstract 4

Systematische Klassifikation der Elongatio cervicis uteri bei Patientinnen mit Descensus genitalis

Autor(en):

Frau Dr. Anke Mothes / Universitätsfrauenklinik Jena

Herr Dr. Henning Mothes / Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena

Frau Dr. Rosemarie Fröber / Institut für Anatomie 1, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Herr PD Marc Radosa / Universitätsfrauenklinik Jena

Herr Prof. Dr. Ingo Runnebaum / Universitätsfrauenklinik Jena

Einleitung:

Definition, Prävalenz und Klassifikation der Elongatio cervicis uteri sind unklar, obwohl die Entität im ICD-System registriert ist. Eine elongierte Cervix scheint mit dem Genitaldeszensus assoziiert zu sein, jedoch sind in der Literatur nur wenige Informationen zu finden. Insbesondere die kontroverse Diskussion um den Uterus- oder Zervixerhalt im Rahmen einer Deszensusoperation wirft interessante Fragen auf. In Fallserien wurde beobachtet, dass eine Elongatio cervicis sich nach uteruserhaltender Deszensuschirurgie entwickeln oder weiterentwickeln kann. Es bedarf grundlegender klinischer Forschung zur Definition und Klassifikation der Elongatio cervicis uteri, die zu einem besseren Verständnis dieser anatomisch-pathologischen Veränderung des Uterus bei Deszensuspatientinnen führen kann. Das Ziel der Arbeit sind die Definition und Klassifikation der Elongatio cervicis uteri und Vergleich uteriner Maße bei Genitaldeszensus mit einer Kontrollgruppe.

Material und Methodik:

Im Fall-Kontroll-Design erfolgte die Datenanalyse nach Hysterektomie bei Genitaldeszensus oder atypischer Endometriumhyperplasie / FIGO I Endometriumkarzinom ohne Deszensusbefund. Nach Vermessung der auf Operationsfotos abgebildeten Uteri wurde die Korpus-Zervix-Ratio (CCR) ermittelt. Die Zervix wurde als physiologisch (Grad 0, CCR > 1,5) oder elongiert (Grad I [CCR > 1 und ≤ 1,5], II [CCR > 0,5 und ≤ 1], III [CCR ≤ 0,5]) klassifiziert.

Ergebnisse:

Bei 97,62% Patientinnen aus der Deszensus-Gruppe lag eine Elongatio cervicis vor (Grad I, 44/288 [15,27%]; II, 212 [73,61%]; III, 32 [11,11%]). Die mittlere CCR war beim Deszensus II. und III. Grades größer, als beim uterovaginalen Totalprolaps ($0,96 \pm 0,39$ vs. $0,75 \pm 0,22$; $p < 0,001$). Grad einer Elongation und Deszensusgrad waren assoziiert ($p < 0,001$). Während sich eine elongierte Zervix häufiger in der Deszensusgruppe fand ($p < 0,001$), unterschieden sich die Mittelwerte der uterinen Gesamtlänge zwischen den Gruppen nicht ($8,00 \pm 1,6$ vs. $8,22 \pm 1,32$ cm), die mittlere errechnete Zervixlänge war jedoch in der Deszensus-Gruppe größer, als in der Kontrollgruppe ($4,40 \pm 1,12$ vs. $3,14 \pm 0,87$ cm; $p < 0,001$).

Schluss:

Eine Elongation der uterinen Zervix konnte bei der Mehrzahl der im Rahmen einer Deszensusoperation hysterektomierten Patientinnen gefunden werden. Der uterovaginale Totalprolaps war mit höhergradiger Elongatio assoziiert. Die auf der Korpus-Zervix-Ratio basierende Definition und Klassifikation der Elongatio cervicis kann ein Beitrag zur weiteren Untersuchung morphologischer Veränderungen des Uterus beim Genitaldeszensus sein.

Abstract 5

3D-Reconstruction of Fe₃O₄-Mesh-implants: inner pelvic mesh measurement techniques

Autor(en):

Frau PD Kerstin A. Brocker / Department of Obstetrics and Gynecology, University of Heidelberg, Germany

Frau Luyun Chen/ Biomedical Engineering Department, Pelvic Floor Research Group University of Michigan, USA

Frau Dr. Céline Alt / Department of Radiology, University of Düsseldorf, Germany

Herr Prof. Dr. Christof Sohn / Department of Obstetrics and Gynecology, University of Heidelberg, Germany

Herr Prof. Dr. John DeLancey / Obstetrics and Gynecology Department, Pelvic Floor Research Group University of Michigan, USA

Einleitung:

We aim to demonstrate the feasibility of reconstructing magnetic resonance (MR) visible mesh implants, and measure their postsurgical location and dimension relative to the bony pelvis and important anatomical structure.

Material und Methodik:

This is a proof of concept study from a prospective multi-center study evaluating women treated with anterior vaginal mesh-repair using a MR-visible Fe₃O₄-polypropylene implant (Seratom E PA MR, Serag Wiessner, Naila, Germany) for pelvic floor reconstruction. High resolution sagittal T2-weighted sequences, transverse T1-weighted (T1w) FLASH 2D and transverse T1w FLASH 3D sequences were performed on a 1,5 T scanner in this trial to evaluate Fe₃O₄-polypropylene mesh MR-visibility and overall postsurgical pelvic anatomy three months postsurgical. Full mesh course and important pelvic structures were reconstructed using the 3D Slicer® software program based on T1 and T2 MR-images. We first measured the implanted mesh dimension as the distance between anterior, mid and posterior arms. Then, we measured the implanted mesh location relative to the bony pelvis as their distance to pubic symphysis, and ischial spine. In addition, we measured the distance from posterior arms to the pudendal nerve/vessel bundles. Regarding all performed measurements, the original mesh dimension as constructed by the designers was taken into consideration.

Ergebnisse:

Five women with symptomatic POP-Q grade III cystoceles were successfully treated with a partially absorbable MR-visible anterior vaginal mesh with sacrospinale fixation showing no adverse event or recurrent cystocele in the 3 months follow-up examination. The course of mesh and its arms in the pelvis was visible on MR-images and reconstructable in all cases. In one case the middle arms had been detached from the implant by the surgeon, which was seen on MR-images and 3D-reconstruction. The mesh-dimension measurements were applicable and reproducible in all cases. In some cases, the distances between implanted anterior arm and mid arm were less than the designed distance and a double layering of the mesh was observable in the distal mesh part. There are variations in the implanted mesh location relative to the bony pelvis and pudendal nerve/vessel bundles.

Schluss:

The use of MR-visible Fe₃O₄-polypropylene meshes in combination with post-surgical 3D reconstruction of the mesh and important adjacent anatomic structures is feasible. Inner pelvic measurements are reproducible and suggest that this combined technique might be a useful tool to more precisely evaluate mesh location, possibly occurring complications and that it might be a valuable interactive feedback tool for surgeons and mesh design engineers.

Abstract 6

Wie können Blasenschmerzsyndrom / Interstitielle Cystitis und Reizblase unterschieden werden?

Autor(en):

Frau Dr. Marianne Gamper / Kantonsspital Frauenfeld
Frau Prof. Dr. Sigrid Regauer / Medizinische Universität Graz
Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld

Einleitung:

Blasenschmerzsyndrom/Interstitielle Cystitis (BPS/IC) und Reizblase (OAB) werden über die Schlüsselsymptome „Schmerz“ respektive „Drang“ definiert, aber die Zuordnung ist oft schwierig. Objektive molekulare Marker wären hilfreich. Wir untersuchten, ob der Blasenschmerz bei BPS/IC im Zusammenhang mit einer subepithelialen Hyperinnervierung steht. Zudem wurden auch weitere mögliche Unterscheidungs-Marker, wie die Lymphozyten- und Mastzell-Infiltration, die Urothel-Integrität und die Neurotrophin-Rezeptor-Expression (p75NTR) histopathologisch beurteilt, und der Nervenwachstumsfaktor (NGF) im Urin wurde quantifiziert.

Material und Methodik:

Blasenbiopsien und Urin von BPS/IC-Patientinnen mit (12) und ohne (19) Hunnersche Läsionen, 13 Patientinnen mit OAB und 12 gesunden Kontrollen wurden untersucht. Die Patientinnen wurden aufgrund der Symptome und der zystoskopischen Befunde eingeschlossen. Biopsieschnitte wurden mit Hämatoxylin-Eosin-Färbung und mit Immunhistochemie mit Antikörpern gegen PGP9.5, p75NTR, Mastzell-Tryptase und CD20 analysiert. ELISA-Experimente dienten zum NGF-Nachweis im Urin.

Ergebnisse:

Eine subepitheliale sensorische Hyperinnervierung (97% Sensitivität; 76% Spezifität), eine erhöhte Dichte von Entzündungsinfiltraten (90% Sensitivität; 80% Spezifität) und Urothel-Defekte (97% Sensitivität; 76% Spezifität) werden bei Patientinnen mit Blasenschmerz gefunden. Dank dieser Kriterien können BPS/IC mit und ohne Hunnersche Läsion von OAB und gesunden Kontrollen unterschieden werden. Die Hyperinnervierung assoziiert mit der Mastzellverteilung in der Submucosa, und die positive p75NTR-Färbung in basalen Urothelzellen ist hinweisend für BPS/IC. NGF konnte im Urin nicht nachgewiesen werden.

Schluss:

Die sensorische Hyperinnervierung in der Blasenbiopsie und weitere histopathologische Kriterien erlauben die Unterscheidung von BPS/IC und OAB, auch in Abwesenheit von Hunnerschen Läsionen. Damit wird auch die Diagnose von Frühstadien der BPS/IC und die Identifizierung von asymptomatischen Patientinnen ermöglicht. Eine früh eingeleitete Kausaltherapie kann das Fortschreiten der Krankheit verhindern.

Abstract 7

Bacteriophages for treating urinary tract infections in patients undergoing transurethral resection of the prostate: Protocol for a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial

Autor(en):

Herr Dr. Lorenz Leitner / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland and 2Department of Urology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland; Herr Dr. Wilbert Sybesma / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Frau Dr. Nino Chanishvili / The Eliava Institute of Bacteriophage, Microbiology, and Virology, Tbilisi, Georgia; Frau Dr. Marina Goderdzishvili / The Eliava Institute of Bacteriophage, Microbiology, and Virology, Tbilisi, Georgia; Herr Prof. Dr. Archil Chkhotua / Tsulukidze National Center of Urology, Tbilisi, Georgia; Herr Aleksandre Ujmajuridze / Tsulukidze National Center of Urology, Tbilisi, Georgia; Herr Dr. Ulrich Mehnert / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Herr Dr. Marc P. Schneider / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland; Herr PD Thomas M. Kessler / Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center & Research, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland

Einleitung:

Urinary tract infections (UTI) are among the most prevalent microbial diseases and their financial burden on society is substantial. The continuing increase of antibiotic resistance worldwide is alarming. Thus, well-tolerated, highly effective therapeutic alternatives are urgently needed. Although there is evidence indicating that bacteriophage therapy may be effective and safe for treating UTIs, the number of investigated patients is low and there is a lack of randomized controlled trials (RCTs).

Material und Methodik:

Uropathogens isolated from urinary cultures of 50 patients suffering from UTI were tested in vitro for their susceptibility toward bacteriophages. The bacteriophages originated from commercially available bacteriophage cocktails from the Eliava Institute of Bacteriophage, Microbiology and Virology, Tbilisi, Georgia. Based on these findings the protocol for a placebo-controlled, double-blind RCT investigating bacteriophages for treating UTIs was designed. After the ethical approval was obtained, the study started in 2016.

Ergebnisse:

The lytic activity of the commercial bacteriophage cocktails on 41 E. coli strains varied between 66% (Pyo bacteriophage) and 93% (Enko bacteriophage). Pyo bacteriophages was chosen for further studies, since it has a richer content of phages covering several potential causes of UTIs. After bacteriophage adaptation of the Pyo bacteriophage cocktail, its lytic activity was increased from 66 to 93% and only one E. coli strain remained resistant. These findings led to the first placebo-controlled, double-blind RCT investigating bacteriophages for treating UTIs. Patients with UTIs who are scheduled for transurethral resection of the prostate are enrolled. Besides E. coli, inclusion criteria also cover presence of Enterococcus, Streptococcus, Staphylococcus and Proteus in the urine culture (10^4 or more CFU/mL). The patients are randomized in a double-blind fashion to the 3 study treatment arms in a 1:1:1 ratio to receive either a) Pyo bacteriophage solution, b) placebo solution (sterile bacteriology media), or c) antibiotic treatment according to the antibiotic sensitivity pattern. All treatments are intended for 7 days. No antibiotic prophylaxis is given to the patients in the study treatment arms a and b. Prior and at the end of treatment (i.e. day 7) or at withdrawal / drop out, urine culture, urinalysis, bladder and pain diary and an IPSS questionnaire is taken. Patients with persistent bacteriuria undergo antibiotic treatment according to antibiotic sensitivity for 7 days. The bacteriophage cocktail is subjected to periodic adaptation cycles.

Schluss:

Based on the high lytic activity of bacteriophages and the potential of resistance optimization by direct adaptation of bacteriophages found in our in vitro study, and considering the continuing increase of antibiotic resistance worldwide, bacteriophage therapy is a very promising treatment option for UTIs. Thus, our ongoing RCT investigating bacteriophages for treating UTIs will provide essential insights into this potentially revolutionizing treatment option.

Abstract 8

Trafficking of the muscarinic acetylcholine receptor M3 in human detrusor cells in BPS/IC. An immunohistochemically study using in-situ Proximity Ligation Assay (PLA)

Autor(en):

Frau Luise Herbst / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany
Frau Mandy Berndt-Paetz / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany
Frau Annett Weimann / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany
Herr Prof. Dr. Jens-Uwe Stolzenburg / Dept. of Urology, University Hospital Leipzig, Leipzig, Germany
Herr Prof. Dr. Jochen Neuhaus / Dept. of Urology, Research Laboratories, University of Leipzig, Leipzig, Germany

Einleitung:

In previous studies, we found significant alterations in detrusor muscarinic receptor expression in Bladder Pain Syndrome / Interstitial Cystitis (BPS/IC) in protein expression but not correlated to gene expression (Neuhaus, J. et al.; World J Urol 30 (5), S. 693–700; 2012). These findings are a strong argument for posttranslational modulation of receptor expression. Alterations in receptor trafficking (internalization, recycling, degradation) could explain such observations. In-situ Proximity Ligation Assay (PLA) is an interesting new versatile tool to examine protein-protein interactions even in formaline-fixed paraffin embedded (FFPE) tissue sections.

In the recent study, we focused on the colocalization of muscarinic M3 receptor with key regulators of receptor trafficking.

Material und Methodik:

Transurethral diagnostic biopsies of 6 female patients suspected for BPS/IC and 3 tissue samples from female cystectomy patients were analyzed.

We performed Cy3-PLA (OLink, Bioscience, Sweden) for detection of interaction of M3 with endocytotic regulator proteins (Clathrin, Rab7 and Rab11). Membranes were stained with wheat germ agglutinin (AlexaFluor488) and nuclei were stained with DAPI. Z-stacks were acquired with a confocal laser scanning microscope (LSM 700, Zeiss), 3D-reconstruction and object analyses were done in Huygens (SVI Scientific Volume Imaging, Hilversum, The Netherlands). We investigated: object density [voxels/mm³]; object size; cell membrane localization.

Ergebnisse:

M3 complexes impressed in 3D-space as well demarcated objects differing in number and size. Detection of M3 interactions with endocytic trafficking proteins by PLA resulted in object sizes correlating well with documented vesicle sizes of the endocytosis pathway in literature. Density of M3/clathrin complexes was significantly higher in BPS/IC ($p=0,0238$), while M3/Rab7 was not different. M3/Rab11 complexes showed trend of increase in BPS/IC tissue. The object sizes of the distinct complexes were equal in IC- and control tissues. In BPS/IC significant more colocalization with cell membranes was observed for M3/clathrin and M3/Rab11 complexes compared to controls. Membrane association of M3/Rab7 was not different.

Schluss:

PLA enables highly specific detection of intracellular M3 trafficking in detrusor smooth muscle cells. Higher density of M3/clathrin in BPS/IC indicate enhanced rate of receptor internalization. Interestingly, the observed trend to higher M3/Rab11 density indicate enhanced rates of receptor recycling. M3 receptors accumulated in clathrin coated pits or vesicles, thereby prepared for internalization, are no longer available for muscarinic signaling. Therefore, one could speculate that the enhanced recycling of M3 receptors may be mechanism of the cell to counteract M3 receptor depression on the membrane.

Investigation of M3 receptor trafficking by using PLA is a promising method, which to the best knowledge of the authors has never being used before in this context. Future projects involving M2 receptor trafficking could elucidate basic mechanisms of receptor regulation in BPS/IC and similar bladder dysfunctions.

This study was supported by a grant of the Dr. Sigfried Krüger Stiftung (Leipzig) to MBP.

Abstract 9

Leak Point Pressure und Manschettendruck: Zusammenhang im post mortem Schweinemodell bei vier in Europa verfügbaren Systemen

Autor(en):

Herr Dr. Michael Rutkowski / Urologie, Landesklinikum Korneuburg

Herr Dr. Rudolf Hölzel / Urologie, Landesklinikum Korneuburg

Herr Dr. Tobias Pottek / Berlin

Herr Prof. Wilhelm Hübner / Urologie, Landesklinikum Korneuburg

Einleitung:

Die Manschettenerosion ist eine gefürchtete Komplikation hydraulischer Sphinkter. Risikofaktoren sind stattgehabte Strahlentherapie, schlechte Durchblutung, Diabetes und Hypogonadismus. Niedrige Systemdrucke sollen diese Komplikation hintanhaltend, dementsprechend werden für Risikopatienten beim klassischen artifiziellen Sphinkter Reservoirballons mit niedrigerem Druck oder die nächtliche Deaktivierung des Systems empfohlen. Jüngere adjustierbare Systeme erlauben die nachträgliche Adjustierung des Systemdruckes. Wir analysierten den Zusammenhang von Leak Point Pressure (LPP) und Systemdruck in der Manschette bei vier in Europa verfügbaren Sphinktersystemen.

Material und Methodik:

Ein post mortem Schweinemodell wurde verwendet um den LPP zu bestimmen. Blasendruck (pves) und Manschettendruck (cuff pressure = CP) wurden mit einem elektronischen Sensor monitiert. Die Harnblasen wurden mit NaCl gefüllt und die LPPs bei einem pves von 30, 40, 50 und 60 cm H₂O wurden für Manschetten von AMS 800[®], Zephyr[®], Victo[®] und Aroyo[®] bestimmt. Dazu wurde der CP von 90cm H₂O kontinuierlich gesenkt und der LPP visuell festgestellt.

Ergebnisse:

Die Versuche wurden an 2 Systemen vorgenommen. Um einen LPP von 30cm H₂O zu gewährleisten waren PCs von 54 (AMS 800[®]) bis 64 (Aroyo[®]) notwendig, für einen LPP von 60cm H₂O wurden CPs von 79 (AMS 800[®]) bis 111 (Aroyo[®]) cm H₂O benötigt. Bei allen Systemen bestand ein linearer Zusammenhang zwischen LPP und CP.

Schluss:

Um einen LPP von 30cm H₂O in der Speicherphase zu erzielen wäre entsprechend unserer Messungen in Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung lediglich ein CP von 54 bis 64cm H₂O ausreichend. Derartig niedrige Systemdrucke könnten besonders Patienten mit erhöhtem Erosionsrisiko angeboten werden. Aroyo und Victo erlauben eine kurzfristige Erhöhung des Systemdruckes bei Bedarf, sodass der Basisdruck niedrig eingestellt werden kann. Bei persistierender Inkontinenz erlauben alle adjustierbaren Implantate eine sekundäre Erhöhung des Systemdruckes.

Abstract 10

Optogenetik als neurowissenschaftliches Werkzeug: Nachweis der purinergen Ko-Transmission in der cholinergen parasympathischen Detrusorinnervation der Maus

Autor(en):

Herr Nodir Mirsaidov / Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Gießen
Herr Dr. Amir Rafiq / Institut für Anatomie und Zellbiologie der Universität Gießen
Herr Prof. Dr. Florian Wagenlehner / Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Gießen
Herr Prof. Dr. Wolfgang Kummer / Institut für Anatomie und Zellbiologie der Universität Gießen

Einleitung:

Parasympathische cholinerge Neurone steuern die Detrusorkontraktion. Eine vollständige Inhibition der cholinergen Übertragung hemmt die durch generelle Nervenstimulation induzierte Kontraktion nur zur Hälfte. Die verbleibende Kontraktion wird vorwiegend über purinerge Rezeptoren vermittelt. Unklar ist jedoch, ob die purinergen Liganden gemeinsam mit Acetylcholin aus den gleichen Nervenfasern freigesetzt werden, oder aus einer separaten Faserpopulation. Wir klärten hier diese Frage in einem transgenen Tiermodell über einen optogenetischen Ansatz. Hierbei wird ein lichtsensitiver Kanal (Channelrhodopsin = ChR2) in cholinergen Neuronen exprimiert, so dass diese selektiv durch Licht einer Wellenlänge von 460 nm erregt werden können.

Material und Methodik:

Eine Mauslinie, in der cholinerge Neurone selektiv durch Licht einer Wellenlänge von 460 nm erregt werden können, wurde durch Kreuzung der Stämme B6N.129S6(B6)-Chattm2(cre)Lowl/J und B6;129-Gt(ROSA)26Sortm1(CAG-COP4*E123T*H134R,-tdTomato)Gfng/J generiert. Die ChR2-dtTomatoexpression in cholinergen Neuronen in Harnblase und anderen Organen wurde immunhistochemisch (ChAT-Antikörper; ChAT = Cholinacetyltransferase) validiert. Detrusorkontraktionen wurden im Organbad nach EFS und Lichtstimulation gemessen. Als Kontrollgruppe wurde ein ChAT-eGFP-Mausstamm ohne ChR2-Expression verwendet.

Ergebnisse:

Das ChR2-dtTomato-Fusionsprotein wurde fluoreszenzmikroskopisch in Nervenfasern im ZNS, Herzen, Darm, Atemwegen und Harnblase nachgewiesen. Doppelmarkierung mit einem Antikörper gegen das Acetylcholin-syntheseenzym ChAT wies diese Nervenfasern als cholinerg aus. Eine elektrische Stimulation aller Fasern (elektrische Feldstimulation = EFS) führte in allen Stämmen zu einer frequenzabhängigen (1-32 Hz) Kontraktion. Nach optischer Stimulation durch LED-Lichtfaser (460 nm; 1-32 Hz, Pulsdauern von 2-500 ms, Pulsserien 5-25 s) kontrahierte ausschließlich ChR2-exprimierende Blasen, so dass thermische Effekte ausgeschlossen werden konnten. Mit optogenetischer Stimulation wurden $44,2 \pm 6,50\%$ (MW \pm S.E.M.) des EFS-Effekts erreicht. Atropin (2 μ M) inhibierte vollständig die durch Muskarinzugabe (10 μ M) induzierte Kontraktion, führte aber nur zu einer 35,1%igen Verminderung der LED-evozierten Kontraktion. Die gemeinsame Zugabe der Antagonisten purinergere P2Y-Rezeptoren Suramin (300 μ M) und PPADS (100 μ M) reduzierte den LED-Effekt um 67,2 %. Auch nach gleichzeitiger Gabe von Atropin, Suramin und PPADS verblieb ein Resteffekt von 9,22 %.

Schluss:

Es wurde ein Mausstamm generiert, der eine selektive Stimulation cholinerge Nervenfasern in der Harnblase erlaubt. Dieser optogenetische Ansatz weist erstmals eine cholinerg-purinerge Ko-Transmission im Detrusor durch Freisetzung zumindest zweier kleinmolekularer Transmitter aus der gleichen Nervenfaser nach. Die verbleibende Kontraktion nach Blockade muskarinischer und P2Y-Rezeptoren kann durch purinerge P2X-Rezeptoren oder auch durch ein weiteres Transmittersystem vermittelt werden, was durch weiterführende Untersuchungen in diesem Modell geklärt werden kann.

Abstract 11

Abnormal resting-state inter-network coupling in patients with non-neurogenic overactive bladder.

Autor(en):

Herr Dr. Ulrich Mehnert / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich
Herr Dr. Matthias Walter / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich
Herr Dr. Lorenz Leitner / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich
Herr Prof. Dr. Thomas Kessler / Neuro-Urologie, Zentrum für Paraplegie, Universität Zürich
Herr Prof. Dr. Spyros Kollias / Klinik für Neuroradiologie UniversitätsSpital Zürich
Herr PD Lars Michels / Klinik für Neuroradiologie UniversitätsSpital Zürich

Einleitung:

Recent functional magnetic resonance imaging (fMRI) studies using urinary bladder filling tasks demonstrated alterations in the supraspinal bladder control network in women with impaired bladder function and urinary incontinence, particularly regarding network connectivity and white matter changes. However, it is still unclear if patients with overactive bladder (OAB) show altered supraspinal responses during empty bladder conditions. Especially, it is not known if resting-state (RS) activity is altered by catheterization usually required for bladder filling tasks. Thus, we applied a functionally-motivated network approach, using RS functional network connectivity (RS-FNC) analysis, to examine RS related network interactions in age-matched controls and patients with OAB. Based on previous publications we hypothesize lower FNC in OAB patients.

Material und Methodik:

We examined 10 healthy age- and handedness matched females (37.4 ± 9.2 years) and 10 females with OAB (38.1 ± 8.9 years). Prior to fMRI, urodynamics was performed to verify detrusor overactivity in OAB patients. For the RS-fMRI (7 min duration, awake, and eyes closed), 34 axial slices covering the whole brain were acquired on a 3.0 T Philips Ingenia scanner with a multi-slice EPI sequence using a 15-channel head coil. After preprocessing of the fMRI data using SPM8, we estimated the RS networks using the GIFT toolbox and independent component analysis (ICA) across all subjects. IC dimension estimation was performed using the minimum description length criteria, modified to account for spatial correlation. All non-neuronal ICs (e.g. cardiac-induced pulsatile artifact, CSF, and head motion) were removed, resulting in a total of 9 neuronal ICs (including the default mode network, DMN). Prior to FNC analysis, IC time courses were bandpass (0.013 Hz and 0.24 Hz). Next, group differences in FNC strength were calculated using the FNC toolbox for both experimental conditions. Additionally, the temporal lags between ICA-derived networks were computed to gain directed FNC. Significant between-group FNC (and lag) results are shown at $p < 0.05$ (corrected for multiple comparisons using FDR correction).

Ergebnisse:

The healthy controls showed significantly higher (directed) FNC than OAB patients for: DMN (left-dominant) \rightarrow DMN (right-dominant) and fronto-parietal attention network \rightarrow DMN (left-dominant). OAB patients show lower inter-network coupling, especially between the DMN(IC1) and the left-dominant fronto-parietal attention network (FPN,IC4).

Further, FNC differed between groups in temporal synchronicity. For example, the lag time between the DMN and FPN is shorter than the lag time between the right and left DMN in OAB patients.

Schluss:

We conclude that the interplay between neuronal networks is altered in OAB patients compared to healthy subjects already during RS. Especially aberrant coupling of the fronto-parietal attention network might indicate a general neuronal deficit that impairs adequate bladder control, i.e. suppression of premature micturition reflex, consequently resulting in OAB and urinary incontinence. These novel findings can be an important link to the underlying pathophysiology of OAB in otherwise neurological unimpaired patients.

Abstract 12

Anticholinerge Belastung bei 936 älteren, ambulant behandelten Patienten als Risikofaktor für ZNS-Nebenwirkungen bei anticholinergischer Therapie der OAB

Autor(en):

Herr Alexander Ivchenko / Urologische Klinik am evangelischen Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke

Herr PD Andreas Wiedemann / Urologische Klinik am evangelischen Krankenhaus Witten gGmbH, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke

Herr Dr. Rolf-Hasso Bödeker / Institut für Medizinische Informatik der Justus-Liebig-Universität Gießen

Herr Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner / Geriatrie Klinik und Tagesklinik, Helios-Klinikum Schwelm, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten

Einleitung:

Symptome der überaktiven Blase (OAB) gehen mit Einschränkungen der Lebensqualität einher, die Prävalenz nimmt mit höherem Alter zu. Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist die Anwendung anticholinergischer Substanzen. Hier stehen zunehmend potentielle ZNS-Nebenwirkungen, wie kognitive Defizite, Delirien, Schlafstörungen und Sturzgefährdung, im Vordergrund des Interesses. Diese Symptome sind multifaktoriell bedingt und u.a. von der „anticholinergen Last“ durch die Vor-/ Begleitbehandlung bestimmt. Im Rahmen einer durch die Dr. R. Pfleger GmbH unterstützten nichtinterventionellen Studie zur Therapie mit Trospiumchlorid (Spasmex® 45 mg Filmtabletten), einem quartären Ammoniumderivat, wurden auch epidemiologische Daten zur „anticholinergen Last“ und Co-Morbiditäten in einem ambulanten Kollektiv älterer Patienten erfasst.

Material und Methodik:

In der offenen, multizentrischen, prospektiven und nichtinterventionellen Studie wurden 1007 Patienten aus urologischen Praxen rekrutiert, die ≥ 65 Jahre alt waren und an OAB-Symptomen litten. Die anticholinerge Belastung wurde zu Studienbeginn mittels einer adaptierten „Anticholinergic Cognitive Burden Scale“ (ACB) erfasst. Die Stärke des anticholinergen Potentials der einzelnen Medikamente wird durch einen Punktwert zwischen 1 und 3 gekennzeichnet. Zur Beurteilung der Morbidität wurde die deutsche Version des CIRS-G eingesetzt. Für 14 Organkategorien wurde jeweils die Schwere der Schädigung (Punktwert von 0 bis 4) bewertet. Die Beurteilung der Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie erfolgte mit Hilfe der Variablen: Zahl der Inkontinenzereignisse, Stärke des Dranggefühls, Arzt- und Selbstbeurteilung u.a.

Ergebnisse:

Für die Untersuchung der anticholinergen Belastung und der Morbidität konnten 936 Patienten (533 davon Frauen (57,94 %)) herangezogen werden. 491 (52,46 %) Patienten nahmen keine anticholinerge Medikation ein (ACB = 0). 445 (47,54 %) Patienten wiesen eine anticholinerge Belastung (ACB ≥ 1) auf. Davon hatten 110 (11,75 %) Patienten einen klinisch relevanten ACB-Score von ≥ 3 . Es fanden sich Hinweise, dass die Häufigkeit des Vorliegens einer anticholinergen Belastung bei Männern höher ist als bei Frauen und mit einem höheren Ausmaß der Morbidität sowie mit zunehmendem Alter steigt.

Schluss:

Etwa die Hälfte der behandelten Patienten ≥ 65 Jahre wies bereits vor Studienbeginn eine anticholinerge Belastung auf. 11,75 % liegen in der Quantifizierung der anticholinergen Last mit einem ACB-Score von ≥ 3 sogar in der höchsten Risikogruppe. Aus der Studie ergibt sich der Hinweis eines nicht unerheblichen Gefährdungspotentials für dieses Patientenkollektiv. Die Therapie mit ZNS-gängigen, tertiären Aminen würde das hier bestehende Risiko der Auslösung von ZNS-Nebenwirkungen noch weiter erhöhen. Daher ist die Gabe eines nicht ZNS-gängigen Anticholinergikums gemäß den Empfehlungen der Priscus-Liste für diese Patienten zu empfehlen.

Abstract 13

Die Effekte eines durch Externe Elektro-Muskuläre-Aktivierung (EEMA) mit modulierten mittelfrequenten Strömen unterstützten Beckenbodentrainings auf die Beckenbodenmuskulatur und deren strukturelle und funktionelle Störungen bei Frauen

Autor(en):

Herr Dr. Armin Fischer / Urogynäkologie St. Josefs-Hospital Rheingau

Einleitung:

Die Elektrophysiotherapie in der Behandlung der Beckenbodenfunktionsstörung hat eine lange Geschichte. Die interne und externe Anwendung niederfrequenter Ströme hat hier ihren festen Platz. Die externe Anwendung einer modulierten mittelfrequenten Stromtherapie hingegen ist in der medizinischen Anwendung am Beckenboden nicht verbreitet. Wir beschreiben hier die Anwendung und evaluieren den Behandlungseffekt bei 150 Beckenbodenpatientinnen nach 20 20-minütigen Anwendungen dieser Stromform in einem Zeitraum von 10 Wochen.

Material und Methodik:

150 Frauen aus der Rüdeshheimer Beckenbodensprechstunde mit funktionellen und strukturellen Störungen im Bereich der Beckenbodenmuskulatur wurden mit moduliertem mittelfrequentem Strom behandelt. Die Beckenbodenmuskelfunktion (Visual Analog Scala) und die Zunahme an Masse und Aktivität (Testing, Perfect-Schema, Oxford-Grading) wurde dokumentiert und ausgewertet.

Ergebnisse:

Wir konnten sehen, dass unter der durchgeführten Behandlung eine deutliche Zunahme an Muskelmasse und –aktivität zu beobachten war, dass aber die Patientinnen nicht immer in der Lage waren, dieses subjektiv auch wahrzunehmen und die Muskulatur entsprechend in der Beckenbodenarbeit anzusteuern.

Schluss:

Das beschriebene Muskeltraining mit moduliertem mittelfrequentem Strom ist bei geeigneter Anleitung der Frauen in der Lage in relativ kurzer Zeit (bei nur 2 Anwendungen pro Woche) einen guten Muskelaufbau zu induzieren. Allerdings ist diese Behandlungsform umso effektiver, je besser sie in ein ganzheitliches konservatives Behandlungskonzept des Beckenbodens eingebunden ist.

Abstract 14

Charakterisierung von urologischen Störungen bei Hereditärer Spastischer Paraplegie

Autor(en):

Frau Viktoria Beckinger / Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Herr Dr. Moritz Hamann / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein,

Campus Kiel

Frau Dr. Stephanie Knüpfer / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Herr Prof. Dr. Günther Deuschl / Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Frau Prof. Dr. Susanne A. Schneider / Abteilung für Neurologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Einleitung:

Eine progrediente Spastizität der unteren Extremitäten ist das Kardinalsymptom der Hereditären Spastischen Paraplegie (HSP). Daneben leiden bis zu 75% der Betroffenen auch an nicht-motorischen Symptomen in Form urologischer Störungen, welche bisher weniger Beachtung fanden. Ziel der Arbeit war daher die detaillierte Charakterisierung urologischer Störungen bei HSP.

Material und Methodik:

71 HSP-Patienten (37m, 34w, Durchschnittsalter $55,4 \pm 13,9$ Jahre, mittleres Erkrankungsalter $35,8 \pm 15,6$ Jahre, mittlere Krankheitsdauer $20,7 \pm 14,3$ Jahre; 62% genetisch-gesicherte HSP; 48% (der Gesamtkohorte) SPG4-positiv) wurden mittels eines standardisierten eigens für die Studie entworfenen Fragebogens untersucht. Erfasst wurden Informationen zum allgemeinen Krankheitsverlauf der HSP, zur Manifestation der urologischen Symptomatik und der urologischen Lebensqualität unter Verwendung etablierter urologischer Skalen (ICIQ-SF und ICIQ-LUTSqol), sowie zur Patientenzufriedenheit.

Ergebnisse:

53 Patienten (74,6%) der untersuchten HSP-Kohorte gaben eine urologische Beteiligung an. Die vier häufigsten Manifestationen der urologischen Symptomatik waren Nykturie, Harndrang, Inkontinenz und Blasenentleerungsstörungen. Für über ein Drittel ($n=26$, 36,6%) waren –neben den prominenten motorischen Merkmalen– die Blasenstörungen das am meisten belastende Symptom; insbesondere die Inkontinenz war mit einer Einschränkung der Lebensqualität assoziiert, vor allem für weibliche Patienten. Bemerkenswerterweise erhielten 37,7% der urologisch betroffenen Probanden keine Therapie für die urologischen Symptome.

Schluss:

Urologische Symptome treten bei HSP-Patienten sehr häufig auf und stellen eine erhebliche Belastung im Alltag mit Einschränkungen der Lebensqualität dar. Mehr als ein Drittel der betroffenen Patienten bleibt bislang unbehandelt. Eine interdisziplinäre Anbindung ist indiziert.

Abstract 15

Prospektive explorative Studie zur Effektivität und Sicherheit der bilateralen pudendalen Neuromodulation bei Patienten mit Belastungsharninkontinenz

Autor(en):

Herr Dr. Kai Heinze / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
Frau Nicolette Münstermann / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Herr Dr. Florian Roghmann / Urologische Klinik, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
Herr Prof. Dr. Arndt Van Ophoven / Abteilung für Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

Einleitung:

Die Belastungsharninkontinenz (SUI) kann sowohl Frauen als auch Männer betreffen. Typischerweise steht die multifaktoriell bedingte weibliche SUI der überwiegend iatrogen bedingten männlichen (Postprostatektomie)-SUI gegenüber. Therapeutisch kommen nach frustanem Einsatz der konservativen Maßnahmen vor allem Suspensionsoperationen, suburethrale Schlingen oder der artifizielle Sphinkter zum Einsatz.

Es existiert bislang keine Studie zur Anwendung der pudendalen Neuromodulation (PNM) bei der SUI. Im Rahmen einer prospektiven Studie untersuchten wir die Effektivität und Sicherheit der bilateralen PNM bei Patienten mit SUI.

Material und Methodik:

Zwischen 06/15 und 06/16 erhielten 15 Patienten mit SUI unterschiedlichen Grades eine bilaterale PNM. Die Elektrodeneinlage erfolgte in STAR-Technik. Inkontinenzepisoden (IE), Vorlagenverbrauch (VV) sowie Miktionsparameter (Miktionsvolumen (MV), Diurie, Nykturie) wurden präoperativ sowie nach 2 und 4 Wochen erhoben. Zusätzlich erfolgte die Evaluation der prozentualen Verbesserung der Beschwerden infolge der Therapie mittels eines Global Response Assessment Fragebogens (GRA).

Ergebnisse:

8/15 Patienten waren männlich. Das mittlere Alter betrug $58,8 \pm 12,06$ Jahre, die mittlere Erkrankungsdauer betrug $7,6 \pm 10,8$ Jahre. Nach 4 wöchiger Testphase sank die Anzahl der IE von durchschnittlich 11,0 auf 3,6 ($p=0,002$) und der VV von im Mittel 9,3 auf 3,6 ($p=0,002$). Das MV stieg im Mittel von 175,3 ml auf 284,0 ml nach 2 Wochen und auf 298,7ml nach 4 Wochen an (jeweils $p=0,005$). Die Diuriefrequenz fiel von 11,6 auf 7,0 ($p=0,010$), die Nykturiefrequenz von 2,5 auf 1,0 Miktionen ($p=0,003$). Der Median der prozentualen Gesamtverbesserung durch die Therapie lag nach 2 Wochen bei 60 % und stieg nach 4 Wochen auf 70 % an. Die IPG-Implantationsrate betrug 73%. Alle Patienten benötigten eine bilaterale Stimulation für den optimalen Therapieerfolg. Unerwünschte Ereignisse wie Wundinfekte, Hämatome oder Elektrodendislokationen mit Notwendigkeit einer Revisionsoperation wurden nicht beobachtet.

Schluss:

Die vorliegende Studie beschreibt erstmals den erfolgreichen Einsatz der bilateralen PNM bei Patienten mit SUI. Nach 4 wöchiger Testphase konnte eine statistisch signifikante Verbesserung der Inkontinenz- sowie der Miktionsparameter mit hoher Patientenzufriedenheit erzielt werden. Die bilaterale PNM stellt somit ein effektives und sicheres minimalinvasives neuromodulatives Verfahren zur Behandlung der SUI dar und könnte als therapeutische Alternative/Ergänzung in der Behandlung der SUI einfließen.

Abstract 16

Management of device-related complications after sacral neuromodulation for lower urinary tract disorders in women – a single center experience

Autor(en):

Herr Dr. Tilemachos Kavvadias / Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Frau Prof. Dr. Christl Reisenauer / Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Einleitung:

Sacral neuromodulation (SNM) has been an established management of lower urinary tract dysfunction in women for more than twenty years. Successful treatment rates are reported to be higher than 80% for urgency incontinence and higher than 70% for urinary retention, while patients' satisfaction rates are up to 90%. However, sacral neuromodulation requires a surgical intervention, and since there is no way to predict a successful outcome, a test stimulation phase has to precede the permanent implantation. These facts still raise concerns about possible complications, which could potentially be serious and difficult to resolve.

Material und Methodik:

This is a retrospective chart review of all women who received SNM in our department between May 2011 and May 2016. All two-stage procedures were performed by the same experienced surgeon and according to our strict protocol of patients' selection and follow-up. Data of perioperative and postoperative complications and their management were collected.

Ergebnisse:

The test stimulation was positive in 59 out of 64 patients (92%), who then received the permanent implantation after a mean test-phase duration of 9 days. Mean overall follow-up was 16.5 (+/-10.9) months. We recorded 20 complications (31%) in 15 patients, after a mean follow-up time of 160 days. These comprises: lead migration (13,8%), infection (8.6%), pain (5.2%), wound healing disorders (5.2%) and lead fibrosis (10%). The event/patient ratio was significantly reduced from 0,6 in the beginning of our experience with SNM to 0,2 at the second period of the study ($p=0,005$). All complications could be successfully resolved after surgical intervention without influence on the treatment effect.

Schluss:

Sacral nerve modulation is a safe and well tolerable procedure. Complications are of moderate severity, but the majority will need surgical revision, with or without removal of the lead and/ or the internal pulse generator. However, as our results show, appropriate decision for rigorous surgical intervention, in combination with cumulative surgical experience and careful patient selection can lead to a complete resolution.

Abstract 17

Gynäkologische Deszensus-Chirurgie bei hochaltrigen Patientinnen

Autor(en):

Frau Dr. Anke Mothes / Universitätsfrauenklinik Jena
Herr Dr. Thomas Lehmann / Medizinische Statistik, Universität Jena
Frau Dr. Anja Kwetkat / Klinik für Geriatrie, Universität Jena
Herr PD Marc Radosa / Universitätsfrauenklinik Jena
Herr Prof. Dr. Ingo Runnebaum / Universitätsfrauenklinik Jena

Einleitung:

Da der Genitaldeszensus eine Erkrankung der älteren Frau ist, sind Kliniker in Beckenbodenzentren zunehmend mit der komplexen Frage befasst, ob und mit welchem Risiko auch hochaltrigen, oft mit Co-Morbiditäten belasteten Patientinnen eine operative Therapie empfohlen werden kann. Ziel dabei ist eine Verbesserung der Lebensqualität und der Erhalt sozialer Selbständigkeit. Die Entscheidung, eine 80 Jahre alte oder ältere Patientin einer Deszensus-Operation zu unterziehen, sollte in Abhängigkeit vom Leidensdruck, des Mangels an Alternativen, z.B. einer Pessartherapie bei erodierter oder exulzierter vaginaler Haut, vom Allgemeinzustand und vorliegenden Co-Morbiditäten erfolgen. Die Wahl der Operationsmethode mit Auswirkung auf die Operationsdauer sollte dabei individuell und an die komplexe Situation adaptiert erfolgen.

Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich hochaltriger Patientinnen mit einer jüngeren Kontrollgruppe nach Deszensus-Chirurgie hinsichtlich Co-Morbidität und chirurgischen Komplikationen.

Material und Methodik:

Im Fall-Kontroll-Design erfolgte die Analyse konsekutiver Daten nach Deszensus-Chirurgie ab vollendetem 80. Lebensjahr und einer jüngeren Kontrollgruppe (63±10a) mittels Clavien-Dindo (CD)-Klassifikation chirurgischer Komplikationen, Charlson Comorbidity Index und Cumulative Illness Rating Scale Geriatrics (CIRS-G). Statistik: Student's t-, Fisher's exact- und Mann-Whitney U-Tests.

Ergebnisse:

Es wurden n=57 v/s n=60 Operationen erfasst. Bei Hochaltrigen lag häufiger ein Grad IV. Prolaps vor ($p<0,001$), es erfolgte häufiger eine apikale Fixation ($p<0,001$), die OP-Zeiten unterschieden sich nicht. Bei Hochaltrigen fanden sich 21% CD II+III-Komplikationen, in der Kontrollgruppe 6,6% ($p=0,031$). In beiden Gruppen traten keine CD IV- und V-Komplikationen auf, die Verweildauer lag bei $5 (\pm 1)$ v/s $4,07 (\pm 0,82; p<0,001)$ Tagen, eine stationäre Weiterbetreuung erfolgte häufiger bei hochaltrigen Patientinnen ($p<0,001$). Die Co-Morbidität Hochaltriger unterschied sich von der Kontrollgruppe in der Anzahl (median 2,0 v/s 1,5; $p<0,001$), im CIRS-G ($4,07 \pm 2,15$ v/s $2,35 \pm 1,66; p<0,001$), im Charlson Index ($1,57 \pm 1,60$ v/s $0,53 \pm 0,67; p<0,001$) sowie bei Demenz (9,25% v/s 0%; $p=0,023$) und Endoprothesen (29,6% v/s 10,1%; $p=0,016$).

Schluss:

Ein Genitaldeszensus kann bei hochaltrigen Patientinnen sicher chirurgisch versorgt werden. Komplikationen erreichten in keinem Fall eine Intensivtherapiepflichtigkeit oder Lebensbedrohlichkeit, führten aber zu einer verlängerten Verweildauer und häufiger zu geriatrischer oder internistischer stationärer Weiterbehandlung.

Abstract 18

Sicherheit und Outcome von netzgestützten urogynäkologischen Eingriffen im hohen Alter, eine multicenter Studie.

Autor(en):

Herr Dr. Ralf Joukhadar / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik
Herr Prof. Dr. Achim Wöckel / Uniklinik Würzburg / Frauenklinik
Herr Prof. Dr. Erich Solomayer / Uniklinik Homburg / Frauenklinik
Frau Dr. Julia Radosa / Uniklinik Homburg / Frauenklinik
Frau Dr. Viola Paulus / Uniklinik Homburg / Frauenklinik
Herr Dr. Stefan Bettin / Klinikum Weser-Egge / Frauenklinik Höxter
Frau Dr. Dunia Rhein / Immanuel Klinik Rüdersdorf / Frauenklinik
Herr Dr. Friedrich Pauli / Klinikum Augsburg / Frauenklinik
Herr Dr. Sascha Baum / Uniklinik Lübeck / Frauenklinik

Einleitung:

POP ist ein Krankheitsbild mit hoher Prävalenz. Bei steigender Lebenserwartung, werden elektive Eingriffe bei älteren Patienten immer häufiger. Der Einsatz von alloplastischen Netzen stößt seit der FDA-Warnung auf zunehmende Vorbehalte.

Ziel der Studie war es, das Outcome und die perioperative Morbidität von Netzgestützten Eingriffen zwischen <70- Jährigen und ≥ 70 - Jährigen Patientinnen zu vergleichen um zu eruieren, ob höheres Alter mehr Komplikationen bedingt oder den operativen Erfolg gefährdet.

Material und Methodik:

Eine retrospektiven Studie vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2014 (2,5 Jahre) aus 3 urogynäkologischen Zentren. Hierbei wurden 717 laparoskopische und vaginale netzgestützte Eingriffe zur Behandlung von POP identifiziert. Davon fielen 456 (63,6%) in die jüngere und 261 (36,4%) in die ältere (≥ 70 Jahre) Gruppe. Komplikationen wurden nach der standardisierten Klassifizierung (Clavien-Dindo) für ein frühes und ein intermediäres Zeitintervall getrennt erhoben. Hierbei wurden Komplikationen Grad I und II als „leichte“ und Grad IIIa und IIIb als „schwere“ Komplikationen subsumiert.

Ergänzend verglichen wir das anatomische sowie funktionelle Outcome (lavierte Belastungs-IK, OAB, Stuhlentleerung).

Ergebnisse:

Der anatomische (POP-Q ≤ 1) und funktionelle Operationserfolg war in beiden Altersgruppen vergleichbar gut. Es zeigte sich eine vermehrtes Auftreten leichter Komplikationen (CD- I + II) unter den älteren Patientinnen ($p < 0,001$). Das Auftreten von schweren Komplikationen hingegen, zeigte weder im frühen, noch im intermediären Zeitintervall einen statistisch signifikanten Unterschied.

Eine präoperative Drangsymptomatik war in > 50% der betroffenen Patientinnen postoperative behoben.

Eine Regressionsanalyse wurde durchgeführt.

Schluss:

Netzgestützte Eingriffe zur Behandlung von POP bei Patientinnen ≥ 70 Jahren sind sichere Verfahren mit vergleichbaren Erfolgsraten zu denen von jüngeren Patientinnen.

Abstract 19

Roboterassistierte Sakrokolpopexie – die Zukunft?

Autor(en):

Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld

Einleitung:

In den letzten Jahren wurde das Spektrum für Senkungsoperationen kontinuierlich erweitert, mit dem Ziel, die anatomischen und subjektiven Ergebnisse zu verbessern. Zur Rekonstruktion des Scheidenapex haben abdominale Techniken die klassischen vaginalen Operationsverfahren zunehmend verdrängt. Minimal-invasive, laparoskopische Operationen führen gegenüber der offenen abdominalen Sakrokolpopexie zu einer geringeren Morbidität und einer schnelleren Heilung. Diese Ergebnisse können dank der roboterassistierten Sakrokolpopexie mit dem Da Vinci System noch weiter optimiert werden. Indikation, Technik, sowie Vor- und Nachteile der Robotertechnik werden diskutiert.

Material und Methodik:

Mit dem Da Vinci System, bestehend aus einer Operationskonsole und einem Operationsroboter mit vier Armen, können urogynäkologische Operationen minimal-invasiv durchgeführt werden. Bei der Sakrokolpopexie, dem heutigen Standard der apikalen Suspension, wird mit einem Polypropylenetz das Sakrouterinligament wiederhergestellt. Dabei werden Scheidenapex oder Uterus mit dem Netz am Ligamentum longitudinale anterius auf der Höhe des Promontoriums fixiert.

Ergebnisse:

Indikationen für die roboterassistierte laparoskopische Operation sind einerseits die Sakrokolpopexie beim Prolaps der Vagina bei einem Rezidiv nach Prolaps-Operation, und andererseits die uteruserhaltende Utero-Sakrokolpopexie beim Gebärmutter-Prolaps, vor allem bei der jungen Frau. Die dreidimensionale Bildgebung und achtfache Vergrößerung, sowie die präzise Instrumentenführung erlauben genaues, nerven- und gefässschonendes Arbeiten, sowohl bei der Freipräparation der Scheidenwand als auch bei der Fixation des Polypropylenetzes an der Scheidenvorder- und -hinterwand. Das Risiko eines Rektal- oder Zystozelenrezidivs kann dadurch minimiert werden. Gegenüber der konventionellen Laparotomie ist dank der Roboterarme auch der Zugang zu tieferen Schichten problemlos möglich. Intraoperative Komplikationen sind niedrig, die postoperative Erholung ist schnell, und die Ergebnisse sind sehr gut. Der grösste Nachteil der Da Vinci Methode sind aktuell die hohen Kosten, die heute wegen der Fallpauschale nicht kostendeckend von den Krankenkassen übernommen werden.

Schluss:

Die laparoskopische Sakrokolpopexie gilt heute vor allem bei höherem Risiko nach Rezidiv und bei sexueller Aktivität als Goldstandard der Deszensuschirurgie. Die Ergebnisse mit der Robotertechnik sind ausgezeichnet und führen zu einer hohen Patientenzufriedenheit. Wegen der hohen Kosten ist dieses Verfahren trotzdem nur wenig verbreitet und wird nur bei einer ausgewählten Patientenpopulation angewendet.

Abstract 20

Langzeitergebnisse alloplastischer Netze zur Zystozelenkorrektur: Anatomischer Erfolg und Komplikationen im 36-Monats-Follow-up einer prospektiven Studie mit 289 Patientinnen

Autor(en):

Frau Dr. Eva Schnabel / Klinik Tett nang; Herr Dr. Matthias Mengel / Klinik Zittau; Frau Dr. Birgit Henne / St. Elisabeth KH Leipzig; Herr Dr. Markus Grebe / Klinikum Friedrichstadt Dresden; Herr Prof. Dr. Dirk Watermann / Diakonie KH Freiburg; Herr Dr. Jan Kaufhold / Klinikum Ludwigsburg; Frau Margit Stehle / Klinik Tett nang; Herr Dr. Christian Fünfgeld / Klinik Tett nang

Einleitung:

Nach der SCENIHR-Stellungnahme 2015 und zwei FDA-Warnmeldungen 2008 und 2011 über Risiken alloplastischer Materialien in der Deszensuschirurgie wird trotz guter Daten für die Langzeitstabilität in der Cochrane-Datenbank und in der Datenanalyse für die neue Leitlinie Deszensus der Nutzen angesichts der netzinduzierten Risiken weiterhin kontrovers diskutiert. Profitieren die Patientinnen tatsächlich von der Deszensuskorrektur mit einem alloplastischen Implantat oder überwiegen die Risiken? Um dies an einer großen Patientinnenanzahl zu überprüfen, wurden in einer prospektiven Studie 289 Patientinnen operiert und nun im 36 Monats-Follow-Up untersucht. Nachdem die 12-Monatsergebnisse sehr gut waren, sollte im Langzeitverlauf evaluiert werden, ob das anatomische Ergebnis stabil bleibt und ob weitere netzinduzierte Komplikationen im weiteren Verlauf auftreten.

Material und Methodik:

In einer prospektiven Multicenterstudie (ClinicalTrials.gov (NCT01084889)) an 9 deutschen Kliniken wurden 292 Patientinnen mit einer symptomatischen Zystozele in die Studie eingeschlossen. 289 Patientinnen wurde operiert. Ein externer Monitor überprüfte die gesamte Datenerfassung. Die unerwünschten Ereignisse der Studie wurde von einem unabhängigen externen „clinical event committee“ geprüft und bewertet.

Die Zystozelenkorrektur erfolgte mit Implantation eines titanisierten Polypropylenenetzes (TiLoop Total 6 der Firma PFM). Die Kontrollen erfolgten nach 6, 12 und 36 Monaten. Das anatomischen Resultat wurde mit dem POP-Q-Systems erfasst.

Ergebnisse:

Es wurden 289 Patientinnen 2010 bis 2012 operiert, von denen 286 Patientinnen nach 12 Monaten und bisher 262 nach 36 Monaten erfasst werden konnten. Vier Blasenläsionen wurden mit dem Tunneler und eine weitere bei der Präparation berichtet. Es kam zu einer Verletzung des Ureters während des Eingriffes. Transfusionen nach starker Blutung wurden in einem Fall berichtet. In einem Fall wurde von lagerungsbedingten Schmerzen berichtet. Schmerzen und/oder eine Dyspareunie aufgrund einer straffen Netzlage wurden bei 8 Patientinnen berichtet, in 2 Fällen im Zusammenhang mit einem begleitenden Eingriff.

Es kam nur in 4,5 % der Fälle (12/262) zu einem Rezidiv einer Zystozele nach 36 Monaten, davon mussten 4 erneut operiert werden. Das Risiko eines Deszensus im posterioren Gegenkompartiment (Rektozele) hängt statistisch signifikant davon ab, ob ergänzend eine posteriore Kolporrhahie oder eine hintere Netzeinlage erfolgte. Insgesamt hatten 15,6% bei der Nachuntersuchung einen Deszensus im Gegenkompartiment. Wenn keine Operation im posterioren Kompartiment erfolgte, kam es in 27,2% zu einer Rektozele, bei einer konventionellen Kolporrhaphie in 10% und bei einer hinteren Netzeinlage in 6,3%. Eine gleichzeitige oder vorbestehende Hysterektomie erhöht das Rezidivrisiko von 7,6 auf 21,3% ($p=0,004$). Bei 30 der 286 Patientinnen war eine meist kleine Erosion sichtbar. Eine Explantation war in keinem Fall erforderlich. 56% aller Erosionen wurden als asymptomatisch beschrieben. Nur 43% der Erosionen einschließlich der Wunddehiszenzen bedurften eines chirurgischen Eingriffes in Narkose.

Schluss:

Auch im Langzeit-Follow-up bei einer hohen Fallzahl zeigt sich in dieser Untersuchung mit einem modernen titanisierten Netz (TiLoop 6) die erwartete Stabilität des anatomischen Ergebnisses mit einer sehr niedriger Rezidivrate im operierten Kompartiment. Der Erhalt des Uterus reduziert signifikant die Rezidivrate im posterioren Gegenkompartiment. Die intra- und perioperative Komplikationsrate ist niedrig.

Abstract 21

Einfluss einer Zystozelenkorrektur mit alloplastischem Netz auf die Lebensqualität, Sexualität und OAB im 36-Monats-Follow-up einer prospektiven Studie mit 289 Patientinnen

Autor(en):

Herr Dr. Christian Fünfgeld / Klinik Tettngang
Herr Dr. Matthias Mengel / Klinik Zittau
Frau Dr. Birgit Henne / St. Elisabeth KH Leipzig
Herr Dr. Markus Grebe / Klinikum Friedrichstadt Dresden
Herr Dr. Dirk Watermann / Diakonie KH Freiburg
Herr Dr. Jan Kaufhold / Klinikum Ludwigsburg
Herr Margit Stehle / Klinik Tettngang

Einleitung:

Die anatomisch guten Ergebnisse der Zystozelenkorrektur mit einem alloplastischen Netz ist in vielen Studien nachgewiesen. Profitieren die Patientinnen jedoch tatsächlich von der besseren Stabilität? Um dies an einer großen Patientinnenanzahl zu überprüfen, wurden in einer prospektiven Studie 289 Patientinnen operiert und nun im 36 Monats-Follow-Up untersucht. Der Einfluss auf die Lebensqualität soll im Langzeitverlauf evaluiert werden.

Material und Methodik:

In einer prospektiven Multicenterstudie (ClinicalTrials.gov (NCT01084889)) an 9 deutschen Kliniken wurden 292 Patientinnen mit einer symptomatischen Zystozele in die Studie eingeschlossen. Die Lebensqualität wurde mit der validierten deutschen Version des Fragebogen P-QoL präoperativ nach 6, 12 und 36 Monaten erfasst. Es werden die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, die Beeinträchtigung durch den Prolaps, die Rolleneinschränkung, die körperliche Einschränkung, die persönlichen Beziehungen inklusive Sexualität, die Emotionen, der Schlaf und andere Beeinträchtigungen mit einem vierstufigem Score erfasst.

Die Zystozelenkorrektur erfolgte mit Implantation eines titanisierten Polypropylenenetzes (Tilloop Total 6 der Firma PFM). Die Kontrollen erfolgten nach 6, 12 und 36 Monaten nach der Operation.

Ergebnisse:

Es wurden 289 Patientinnen 2010 bis 2012 operiert, von denen 286 Patientinnen nach 12 Monaten und bisher 262 nach 36 Monaten erfasst werden konnten. Die Lebensqualität in allen untersuchten Bereichen besserte sich im 36 Monatfollow-up signifikant nicht nur im Segment Prolapsbeschwerden sondern in allen 9 gemessenen Bereichen. Überraschenderweise blieb diese Verbesserung über die Zeit nicht nur stabil, es kam sogar zu einer kontinuierlichen weiteren Verbesserung des Befindens gegenüber der 6 und 12-Monatskontrolle. Da alloplastische Implantate der ersten Generation im Verdacht stehen, die Sexualität negativ zu beeinflussen, wurde besonderes Augenmerk auf den Einfluss der Operation auf die Partnerschaft und Sexualität gelegt. Auch hier kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Partnerschaft und des Sexuallebens. Über eine Beeinträchtigung des Sexuallebens klagten vor der Operation 48.6% der sexuell aktiven Frauen. Nach 6 Monaten noch 20.3%, nach 12 Monaten 17.5% und nach 36 Monaten nur noch 14,2% ($p < 0.001$). Postoperativ waren mehr Frauen sexuell aktiv als präoperativ. Die OAB-Symptome Pollakisurie, imperativer Harndrang und Urgeinkontinenz besserten dauerhaft über den gesamten Untersuchungszeitraum.

Schluss:

Es kommt durch die Zystozelenkorrektur zu einer hochsignifikanten Verbesserung der Lebensqualität in allen Bereichen, auch im viel diskutierten Bereich der Sexualität. Diese Verbesserung hält im Verlauf der 3 Jahre an und nimmt sogar noch zu. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Implantation eines alloplastischen Netzes in der Beratung der Patientin vor allem bei gewünschtem dauerhaften anatomischem Erfolg nicht nur in der Rezidiv- sondern in geeigneten Fällen auch in der Primärsituation als Option angeboten sollte, da diese bei vertretbaren Risiken nicht nur von der Stabilität sondern auch von der anhaltenden Verbesserung der Lebensqualität profitiert.

Abstract 22

Das Management des mittleren Kompartimentdefekts bei laparoskopischer und vaginaler sakrospinaler Fixation

Autor(en):

Frau Dr. Laila Najjari / Frauenklinik /Uniklinikum Aachen

Einleitung:

Ein komplexer Scheidenstumpff prolaps ist oft mit Senkung der vorderen und hinteren Vaginalwand vergesellschaftet. Die Entscheidung, ob noch weitere Kompartimente saniert werden müssen wird dadurch oft erschwert. In dieser retrospektiven Studie wurde anhand von 23 Frauen untersucht, ob bei einem mittleren Kompartimentdefekt routinemäßig mehrere Kompartimente mitbehandelt werden sollten.

Material und Methodik:

Insgesamt wurden 23 Frauen, die eine operative Sanierung ihres Prolaps erhielten in die Studie eingeschlossen. 10 Frauen wurden laparoskopisch, 13 Frauen vaginal nach Amreich-Richter operiert. Bei jeder Patientin wurde routinemäßig präoperativ eine POP-Q Untersuchung, ein perinealer Ultraschall (PUS) und eine Urodynamik durchgeführt. Der PUS Befund wurde retrospektiv mit dem intraoperativen Vorgehen verglichen.

Ergebnisse:

Bei 90% der Frauen (9 von 10) welche laparoskopisch operiert wurden, wurde trotz eines komplexen mittel bis schwergradigen Kompartimentdefektes lediglich eine sakrospinale Fixation, ohne zusätzliche Raffung, durchgeführt. Bei allen Patientinnen die vaginal operiert wurden erfolgte eine Raffung von mindestens einem mittleren Kompartiment. Im Vergleich der PUS-Bilder dieser Frauen wurde deutlich, dass bei den Frauen bei denen eine Raffung nötig war, sonographisch eine Zystozele (Prolaps unterhalb der mittleren Symphysenlinie) zu diagnostizieren war. Bei den anderen Frauen war sonographisch keine Zystozele oder Enterozele sichtbar

Schluss:

Bei der operativen Sanierung eines Scheidenstumpff prolapses mit und ohne mittlerem Kompartimentdefekt ist das Risiko einer Überkorrektur des mittleren Kompartimentes häufiger beim vaginalen als beim laparoskopischen Zugang. Für ein besseres Management des mittleren Kompartimentdefektes ist eine alleinige POP-Q Untersuchung nicht ausreichend. Die routinemäßige präoperative Untersuchung sollte durch PUS ergänzt werden, um die richtige Entscheidung bezüglich des intraoperativen Vorgehens treffen zu können. Somit können zusätzliche Schritte vor allem bei vaginalem Zugang welcher mit längerer OP Zeit und zusätzlichem Gewebsverlust einhergeht, allerdings das Outcome nicht verbessert verhindert werden.

Abstract 23

Funktionelle Langzeitergebnisse nach radikaler Prostatektomie

Autor(en):

Herr Dr. Markus Grabbert / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)
Herr PD Alexander Buchner / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)
Herr Dr. Alexander Kretschmer / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)
Herr Prof. Dr. Christian G. Stief / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)
Frau Prof. Dr. Ricarda M. Bauer / Urologische Klinik und Poliklinik - Klinikum der Universität München (LMU)

Einleitung:

Ziel der Studie war die mittel- und langfristige Erfassung der funktionellen Ergebnisse nach radikaler Prostatektomie in einer großen monozentrischen Patientenkohorte.

Material und Methodik:

Die postoperative Kontinenz wurde mittels des validierten ICIQ-SF Fragebogens sowie mit dem postoperativen Vorlagenverbrauch ermittelt. Die postoperative erektile Funktion wurde mittels des validierten IIEF-5 Fragebogens erfasst. Weiter wurde die Lebensqualität mit Hilfe des EORTC-Q30 abgefragt. Die statistischen Analysen wurden mit dem Log-Rank Test, dem Mann-Whitney-Test und dem Kruskal-Wallis-ANOVA Test durchgeführt (Signifikanzniveau: $p < 0.05$).

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 1767 Patienten in die Studie eingeschlossen, die sich in den letzten zehn Jahren in einem großen Zentrum einer radikalen Prostatektomie, entweder konventionell offen-chirurgisch oder laparoskopisch DaVinci-assistiert aufgrund eines Prostatakarzinoms unterzogen haben.

Das mediane Follow-up betrug 42 Monate. Das mediane Alter bei der Operation betrug 66 Monate.

Bzgl. der Harninkontinenz, benötigten 63% der Patienten keinerlei Vorlagen, 17% der Patienten benötigten eine Vorlage in 24 h. 38% der Patienten berichteten über keine Inkontinenz (0 Punkte im ICIQ-Score), 26% der Patienten berichteten über eine milde Inkontinenz (1-5 Punkte im ICIQ-Score). Ältere Patienten zeigten einen signifikant höheren Punktwert im ICIQ-Score (≤ 75 J. vs. >75 J.; $p < 0.001$) und der Punktwert reduzierte sich signifikant über die Zeit (3 Mo. vs. 1, 2 und 3 J.; alle $p < 0.001$). Bzgl. der erektilen Funktion wurde ein Punktwert im IIEF-Score von ≥ 20 von insgesamt nur 39% der Patienten erreicht.

Das subjektive Empfinden der Patienten bzgl. Ihres Gesundheitszustands (Frage 29 EORTC QLQ-C30) bzw. das subjektive Empfinden der Lebensqualität (Frage 30 EORTC QLQ-C30) waren beide hoch mit einem medianen Wert von jeweils 6 Punkten. Jüngere Patienten (≤ 75 J. vs. >75 J.; $p = 0.011$) zeigten einen höheren QOL-Score, außerdem verbesserte sich der Wert über die Zeit (3 Mo. vs. 1, 2 und 3 J.; $p = 0.002$, $p = 0.040$ und $p < 0.001$).

In der multivariaten Analyse konnten die Zeit seit der Operation sowie das Tumorstadium als unabhängige Risikofaktoren für einen niedrigen Punktwert im QOL- und IIEF-5-Score sowie einen höheren Punktwert im ICIQ-Score und dem postoperativen Vorlagenverbrauch identifiziert werden (jeweils $p < 0.001$).

Schluss:

Wir können die funktionellen Ergebnisse einer großen Patientenkohorte nach radikaler Prostatektomie im Langzeitverlauf zeigen, die insgesamt ein zufriedenstellendes Resultat der Operation bestätigen, aber auch die Wichtigkeit der präoperativen Aufklärung bzgl. des möglichen Einflusses der Operation auf Kontinenz, Erektionsfähigkeit und damit die Lebensqualität aufzeigen.

Abstract 24

Bulking Agents: Eine Option bei Rezidiv-Belastungsinkontinenz?

Autor(en):

Frau Dr. Irena Zivanovic / Kantonsspital Frauenfeld
Herr Dr. Oliver Rautenberg / Kantonsspital Frauenfeld
Herr Dr. Kurt Lobodasch / DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein
Frau Claudia Walser / Kantonsspital Frauenfeld
Frau Marianne Gamper / Kantonsspital Frauenfeld
Herr Prof. Dr. Volker Viereck / Kantonsspital Frauenfeld

Einleitung:

Der Goldstandard zur Behandlung der Belastungsinkontinenz ist die Einlage einer vaginalen Schlinge. Eine alternative Therapie dazu ist die periurethrale Injektion eines Bulking Agents. Diese Behandlung kann nach erfolgloser Bandeinlage in Betracht gezogen werden. In dieser prospektiven Studie wurde die Wirkung des Bulking Agents Bulkamid® nach Bandversagen untersucht. Bulkamid® ist ein steriles, geruchloses und transparentes Hydrogel aus 2.5% Polyacrylamid und 97.5% Wasser. Bulkamid® ist biokompatibel, biologisch nicht abbaubar, nicht resorbierbar, nicht migrationsfähig, nicht toxisch und nicht allergen. Objektive und subjektive Heilungs-/Verbesserungsraten wurden quantifiziert.

Material und Methodik:

Sechzig Patientinnen wurden nach einer Rezidiv-Belastungs-/ Mischharn-Inkontinenz nach frustraner Bandeinlage mit Bulkamid® behandelt. Der objektive und subjektive Behandlungserfolg wurde 1, 6 und 12 Monate postoperativ beurteilt. Für eine Heilung mussten die folgenden Kriterien erfüllt sein: negativer Hustentest, 1-Stunden Vorlagentest mit <2 g Urin, und subjektiv keine Inkontinenz (VAS score von 0-1 oder ≥90% Verbesserung der Inkontinenz). Für eine Verbesserung galten folgende Kriterien: Verlieren von nur einigen Tropfen Urin beim Hustentest, 1-Stunden Vorlagentest mit 2-10 g Urin, und subjektiv wenig Inkontinenz (VAS score von 2-3 oder ≥75% Verbesserung der Inkontinenz).

Ergebnisse:

Die Injektionsvolumina von Bulkamid® betragen 1 bis 3 ml. Die Heilungs-/Verbesserungsraten nach 1, 6 und 12 Monaten waren 93.3% (56/60), 88.3% (53/60) und 83.6% (46/55). Die Heilungsraten der Dranginkontinenz bei Patientinnen mit Mischharninkontinenz betragen in diesem Zeitraum 36.8% (7/19), 47.4% (9/19) und 38.9% (7/18). Komplikationen in diesem Zeitraum waren Blasenentleerungsstörungen bei 13.3% (8/60), 8.3% (5/60) und 1.8% (1/55) der Patientinnen und Harnwegsinfektionen bei 5% (3/60), 11.7% (7/60) und 3.6% (2/55) der Patientinnen. Alle anderen Komplikationen traten nur kurzfristig und bei <4% der Patientinnen auf.

Schluss:

Die Bulkamid® Therapie nach Rezidiv-Belastungsinkontinenz führt zu guten Heilungs-/Verbesserungsraten mit wenigen Komplikationen, vergleichbar mit dem Erfolg nach Einsatz in der Primärtherapie. Eine zweite Schlingeneinlage nach Bandversagen liefert zwar bessere Ergebnisse, ist aber mit einer höheren Komplikationsrate verbunden. Deshalb ist die periurethrale Bulkamid® Injektion als minimal-invasive Therapie bei der Salvage Population mit erfolglosen Inkontinenz-Voroperationen oder bei Polymorbidität von Vorteil.

Abstract 25

Der Einfluss von perioperativen Komplikationen auf die Ergebnisse nach Implantation eines AMS800 in erfahrenen Zentren

Autor(en):

Herr Dr. Alexander Kretschmer
Frau Dr. Tanja Hüsch
Herr Dr. Ralf Anding
Herr Dr. Tobias Pottek
Herr Prof. Wilhelm Hübner
Herr Dr. Roland Homberg
Herr PD Carsten Naumann
Frau Dr. Carola Wotzka
Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp
Frau Prof. Dr. Ricarda Bauer

Einleitung:

Der artifizielle Sphinkter (AS) ist der Goldstandard der modernen operativen Therapie der mittelgradigen Belastungsinkontinenz (BI) in männlichen Patienten. Die peri- und postoperativen Komplikationsraten sind jedoch hoch und es gibt derzeit kaum Daten, inwiefern sich der perioperative Verlauf langfristig auf die Ergebnisse nach AS-Implantation auswirkt. In der folgenden Studie werden diesbezüglich Daten einer multizentrischen, mitteleuropäischen Kohortenstudie präsentiert.

Material und Methodik:

Die Einschlusskriterien umfassten: Nicht-neurogene BI, primäre Implantation eines AS zwischen 2010 und 2012 in einem erfahrenen Zentrum (>150 AS-Implantationen vor dem Studienzeitraum), mittel- bis hochgradige BI (≥ 3 Vorlagen). Die Komplikationen wurden mittels der validierten Clavien-Dindo-Skala erhoben. Die Lebensqualität (QOL) wurde anhand des validierten IQOL-Scores erhoben, die Kontinenz anhand des validierten ICIQ-SF-Scores und des täglichen Vorlagenverbrauchs. Zusätzlich wurde die subjektive Patientenzufriedenheit erhoben. Statistische Endpunkte waren die QOL, subjektive Zufriedenheit und Kontinenz (maximal eine Sicherheitsvorlage). Die statistische Analyse umfasste Mann-Whitney-U-Test, Chi²-Test und Spearman's Rangkorrelation ($p < 0,05$).

Ergebnisse:

105 Patienten (47,6% perinealer AS, 52,4% penoskrotaler AS) aus 3 Zentren erfüllten die Einschlusskriterien. Bei 25 Patienten (23,8%) wurde der AS bereits exlantiert, 4 (3,8) waren verstorben. Die Fragebögen wurden an 76 Patienten verschickt, das vollständige Follow-up war von 52 (68,4) verfügbar. Das mediane Follow-up war 38mo (25-58). Eine postoperative Blutung konnte bei 5 Patienten (4,8%) beobachtet werden, eine Wundheilungsstörung (WHST) bei 5 (4,8), ein akuter Harnverhalt bei 10 (9,5) und eine postoperative Harnwegsinfektion (HWI) bei 8 (7,6) Patienten. Der mediane postoperative Vorlagenverbrauch lag bei 1 (Mittelwert $1,2 \pm 1,1$), der mediane IQOL lag bei 93 ($84,8 \pm 22,5$) und der mediane ICIQ-SF lag bei 8 ($7,7 \pm 5,0$). 23 (48,9) Patienten waren kontinent. Postoperative Komplikationen hatten keinen Einfluss auf die Kontinenzrate [$p=0,489$ (Blutung), $p=0,596$ (WHST), $p=0,489$ (Harnverhalt), $p=0,543$ (HWI)], Patientenzufriedenheit [$p=0,913$, 0,863, 0,913, 0,552] und IQOL-Werte [$p=0,522$]. Die Dauer der perioperativen Antibiotikagabe hatte einen signifikanten Einfluss auf die Langzeit-Zufriedenheitsraten ($p=0,007$) und korrelierte signifikant mit reduzierten IQOL-Werten ($R=-0,531$, $p < 0,001$). Der operative Zugangsweg, Katheterliegedauer und das Auftreten von intraoperativen Komplikationen hatten keinen Einfluss auf die analysierten Endpunkte.

Schluss:

Dies ist die erste Studie, die dezidiert die Effekte von perioperativen Komplikationen auf die Langzeitergebnisse nach AS-Implantation untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass eine perioperative Morbidität nicht zwangsläufig zu schlechteren funktionellen Ergebnissen führt. Da die Dauer der perioperativen Antibiotikagabe mit schlechteren Ergebnissen nach AS-Implantation korreliert, liefert die aktuelle Studie Hinweise darauf, dass möglicherweise eine restriktivere perioperative antibiotische Prophylaxe angestrebt werden sollte.

Abstract 26

Retrospective evaluation of efficacy and safety of intravesical 0.2 % chondroitin sulphate solution in urinary tract infections in comparison to treatment of UTI with long-term low-dose antibiotics

Autor(en):

Herr Dr. Sajjad Rahnama'i / SURE foundation

Einleitung:

Patients affected by recurrent urinary tract infections (UTI) suffer from bladder discomfort, increased urinary frequency and have a tremendous decrease in quality of life (QoL). Traditionally, these patients are treated repetitively with antibiotic (AB) therapy. Therapy failures and rising numbers of resistant microorganisms however, plead for alternative strategies. The objective of this retrospective study was to evaluate the efficacy of chondroitin sulphate (CS) as therapy for UTI.

Material und Methodik:

In total 151 patients with recurrent UTI were included in this retrospective analysis of data. According to the therapy they received, patients were divided into three groups (0.2% CS, 0.2% CS and AB, AB only) and data on number of infections, number of visits at the specialist, and QoL after 6 and 12 months of therapy were evaluated.

Ergebnisse:

After 6 and 12 months of therapy, 0.2% CS induced a significantly more pronounced decline in events of infections when compared to treatment with AB. Moreover, the number of recurrent UTI-induced visits at the specialist showed a more pronounced reduction after treatment with CS. QoL scores markedly increased under treatment with CS (from 58.2 at baseline to 80.4 after 12 month of therapy), while AB treatment did not improve patients QoL.

Schluss:

This study indicates the importance of GAG replenishment as treatment for recurrent UTIs. This is in line with the recent recommendations of the EAU for the treatment of recurrent UTIs in adult women, where non-antimicrobial prophylaxis (e.g. endovesical instillations) is ranked higher and is given priority over the use of antibiotics [1]. Additional placebo controlled double blind randomized trials are needed to emphasize the relevance of GAG replenishment in therapy of UTI.

Abstract 27

Long Term Compliance and Results of Intravesical Botulinum Toxin A Injections in Male Patients

Autor(en):

Herr Dr. Sajjad Rahnama'i / Maastricht University

Einleitung:

Intravesical botulinum toxin (BoNT-A) is a safe and effective treatment for overactive bladder syndrome. There are many reports on the clinical experience with BoNT-A, especially in patients with neurogenic detrusor overactivity. The USA Food and Drug Administration has recently approved its use for idiopathic overactive bladder (iOAB). Various studies have reported positive results for iOAB in the short-term. Yet, little is known about the results after repeated BTX injections. In this study, we evaluated the long-term results of botulinum toxin (BoNT-A) in women with iOAB.

Material und Methodik:

Patients treated with BTX from 2004 until 2014 in our hospital were evaluated. All female patients with a follow-up of >5 years with idiopathic bladder dysfunction were included. All patients received 200U of onabotulinum toxin-A in 20 intradetrusor injections. In some patients we applied a dose adjustment for repeated injections. Patients were instructed how to use clean intermittent self-catheterisation (CISC) before the treatment. We advised patients to commence CISC if post-void residual exceeded 150ml.

Ergebnisse:

A total of 128 women were included. All patients had at least 5 years follow-up after their first injection. The mean follow-up was 97 (60-125) months. The mean age was 67 (46-88) years. Of all patients, 30% were still on BoNT-A treatment at the last follow-up visit. Of the 70% that discontinued treatment, 27% had insufficient effect and 43% had tolerability issues. Most patients discontinued treatment after the first (79%) and second (19%) injections. Only 2% of patients discontinued treatment after more than 2 injections during follow-up.

Schluss:

Intravesical BoNT-A is an effective treatment for women with idiopathic OAB. However, with time, almost two-thirds of patients in our study discontinued therapy. Most patients discontinue treatment after 1 or 2 injections. The chance of CISC did not increase with the raising number of injections.

Abstract 28

Descensus genitalis bei der jungen Frau: ein ungelöstes Problem? Resultate einer Umfrage unter AGUB-Mitgliedern

Autor(en):

Frau PD Juliane Farthmann / Univ.-Frauenklinik Freiburg
Herr Prof. Dr. Boris Gabriel / St. Josefs-Hospital Wiesbaden
Herr Prof. Dr. Gert Naumann / Helios-Klinikum Erfurt
Herr Prof. Dr. Dirk Watermann / Ev. Diakonie-KH Freiburg

Einleitung:

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung eines Descensus genitalis ist das Alter. Daher befinden sich die meisten urogynäkologischen Patientinnen in der Postmenopause, und in den meisten operativen Studien sind junge Frauen unterrepräsentiert. Da Frauen, die vor der Menopause einen symptomatischen Descensus haben, eine besondere Herausforderung darstellen, wurde diese Onlineumfrage unter AGUB-Mitgliedern durchgeführt.

Material und Methodik:

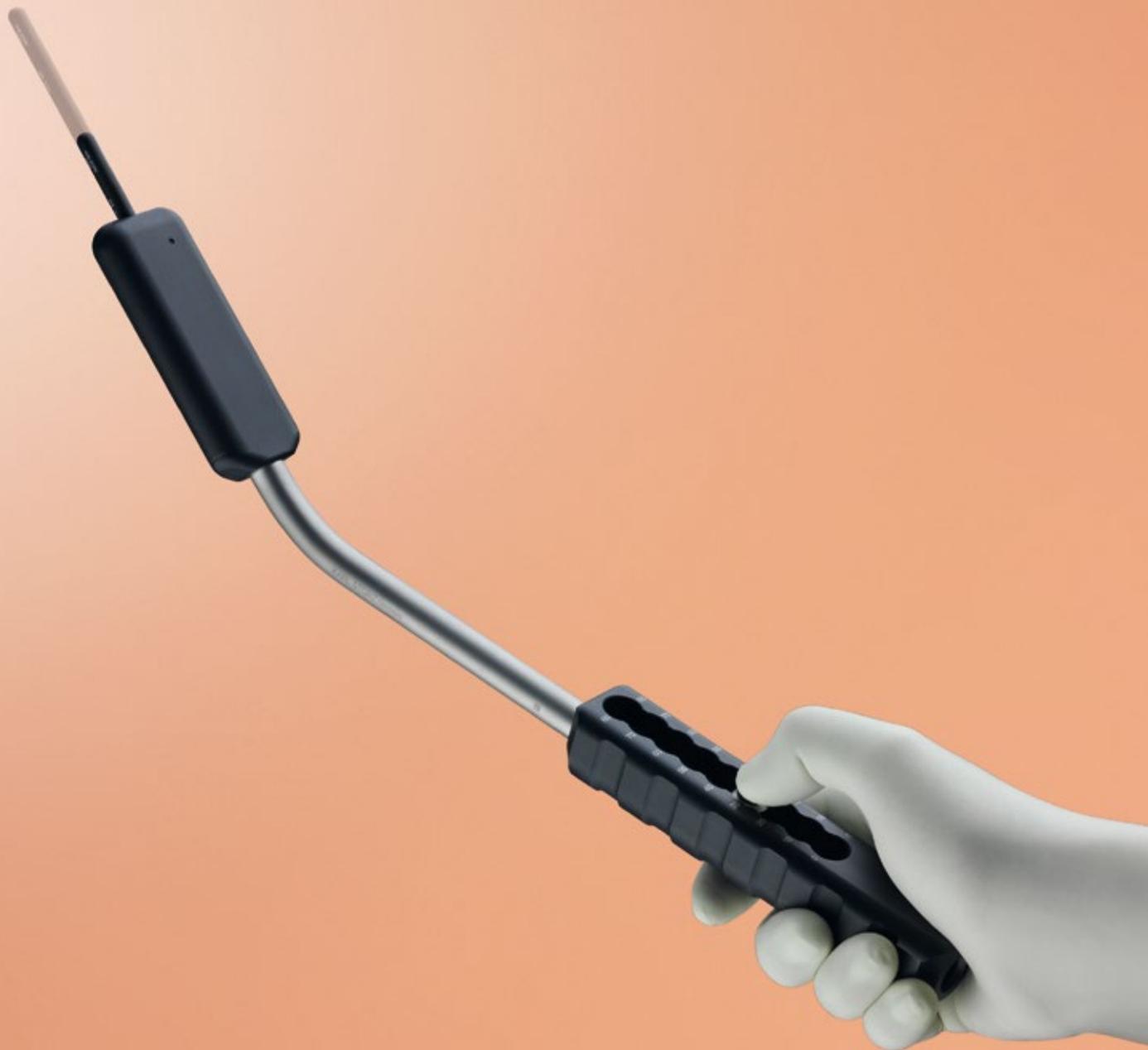
Eine Onlineumfrage mit 24 Fragen wurde per Email an die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) verschickt. Nach zwei und vier Wochen erfolgte eine Erinnerungsmail.

Ergebnisse:

Zwischen August und September 2016 nahmen 156 AGUB Mitglieder (14,5% aller Mitglieder) an der Umfrage teil. 57% von ihnen waren männlich, und der überwiegende Anteil war zwischen 40 und 60 Jahren alt (76%). Die Hälfte der Teilnehmer war an einem Haus der Grund- und Regelversorgung tätig und hatten bis auf 23% eine AGUB-Zertifizierung. Bei den bevorzugten Operationsmethoden zeigte sich ein heterogenes Bild, aber es wurde eine Notwendigkeit für Studien gesehen. Die meisten Teilnehmer teilten die Auffassung, dass diese Patientinnen eine besondere Gruppe in der Urogynäkologie darstellen.

Schluss:

Junge Frauen mit einer Senkung sind in Studien meist unterrepräsentiert. Bei ihnen liegt oft ein erhöhtes Rezidivrisiko vor, und die Frage wie der Erfolg einer Operation zu definieren ist, kann schwierig zu beantworten sein.



GYN 79 1.0 11/2016/A-D

Manipulator n. SCHÄR

Wegweisend in der laparoskopischen
Deszensuschirurgie

STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

INSTILLATIONS-SET + UNIVERSAL-ADAPTER

steril hergestellt und verpackt

Einfach in der
Handhabung



GRACHTENHAUS

APOTHEKE

Ihr Partner bei der Behandlung
neurogener Blasenfunktionsstörungen