

Forum Urodynamicum e.V.

Jahrestagung Forum Urodynamicum 2018

9. bis 10. März 2018 in Schwäbisch Hall



Ausrichter des 29. Arbeitstreffen des Forum Urodynamicum ist die Urologische Klinik, Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall



Doppelter Schutz für die Blasenwand

Kombinationspräparat zweier natürlicher Komponenten:
Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat

- Intensive Regeneration der GAG-Schicht¹
- Reduktion von Schmerzen und Drangsymptomatik^{2,3}
- Signifikant weniger wiederkehrende Harnwegsinfekte⁴



Instillamed[®]

2-Komponenten-Schutz
für die Blasenwand

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	5
Geschichte des Forum Urodynamicum	6
Initiator	8
Förderkreis des Forum Urodynamicum	9
Stipendium des Forum Urodynamicum / Bisherige Stipendiaten	10
Rahmenprogramm	12
Organisatorisches zur Tagung	
Kongress, Veranstaltungsort, Kongressorganisation, Kongresssekretariat	13
Wissenschaftliches Programm: Vorträge, Astellas Symposium „Meet the Expert“, Der besondere Vortrag	14
Sehenswertes Schwäbisch Hall	16
Eugen-Rehfish-Preis	20
Wissenschaftlicher Programmablauf	
Tag 1 – Donnerstag, 08. 03. 2018	22
Tag 2 – Freitag, 09. 03. 2018	22
Tag 3 – Samstag, 10. 03. 2018	25
Sponsoren der Jahrestagung 2018 in Schwäbisch Hall	27
Abstracts	28

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Sie im Namen der Urologischen Klinik am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall zur 29. Jahrestagung des Forum Urodynamicum e.V. vom 9. bis 10. März 2018 in Schwäbisch Hall einladen zu dürfen.

„Neues“ aus den traditionellen Bereichen Urologie, Neuro- Urologie, Urogynäkologie und funktioneller Gynäkologie werden Sie erwarten.

Im Fokus:

- Jung und alt
- Bewegung
- Ernährung

Der interdisziplinäre Erfahrungs-, Gedanken- und Ideenaustausch möchte auch 2018 das Arbeitstreffen beflügeln. Dazu rufen wir die Fachdisziplinen wie Anatomie, Biologie, Physiologie, Geriatrie, Neurologie, Ernährungswissenschaften, Kinderurologie, manuelle und rehabilitative Medizin auf, sich aktiv zu beteiligen.

Jungen Kolleginnen und Kollegen bietet das Forum Urodynamicum die Möglichkeit ihre medizinischen Phantasien und Ideen in freundschaftlich kollegialer Atmosphäre zu präsentieren und mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren. Ausgezeichnet werden mit Ehren des Eugen-Rehfish-Preises die beste klinische und experimentelle Arbeit.

Wir begrüßen Sie herzlich im Namen der Urologischen Klinik am Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall und freuen uns auf eine spannende und intensive Jahrestagung.

„Neues“ trifft auf Sie und uns zur 29. Jahrestagung:

- Erstmals wird das Forum Urodynamicum von einer Teilnahmegebühr begleitet.
- Assistenzärztinnen und Assistenzärzte die Mitglied in der GeSRU sind, haben die Möglichkeit kostenfrei die Abendveranstaltungen zu besuchen.
- Kultur in Schwäbisch Hall erleben: Führung in der Kunsthalle Würth.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und heißen Sie in Schwäbisch herzlich willkommen.

Ihre Kongresspräsidenten:



Torben Hofmann

PD Dr. med. Bernhard Brehmer

Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.

Austragungsort (Ausrichter)

Preisträger

2017

Wiesbaden (B. Gabriel, T. Fink)

K. A. Brocker, A. Mothes

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

Geschichte des Forum Urodynamicum e.V.

Austragungsort (Ausrichter)	Preisträger
2003 Zürich (B. Schurch)	C. Seif, A. Reitz
2002 Bonn (S. Schumacher)	K.-D. Sievert, M. Oelke
2001 Graz (G. Primus)	C. Hampel, A. Haferkamp
2000 München (F.M. Deindl, R. Hartung, M. Stöhrer)	J. Weiß, D. M. Schmid, K. Miska
1999 Jena (J.Schubert, R. Voigt)	S. Bross, J. Neuhaus
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



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.

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

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



Andromeda GmbH
Wallbergstraße 5
82024 Traufkirchen



APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Kyffhäuserstraße 27
01309 Dresden



Boston Scientific
Urology and Pelvic Health



Dr. R. Pfleger 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



UROVISION Gesellschaft für medizinischen Technologie-Transfer mbH
Pullacher Str. 4
83043 Bad Aibling

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
2016	Mandy Berndt-Paetz Urologische Klinik, Universität Leipzig	Analyse der Wnt-Signaltransduktion in Harnblasen von Patienten mit Harnblasen-Exstrophie
	Dr. Tanja Hüscher Urologische Klinik, Universität Mainz	Debates on male incontinence: eine prospektive multizentrische Vergleichsstudie zur Evaluation des outcomes unterschiedlicher Therapieoptionen zur Behandlung der männlichen Stressharninkontinenz
	Dr. Alexander Kretschmer Urologische Klinik, Universität München	
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.

Jahr	Stipendiat	Forschungsprojekt
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	Etablierung eines Tiermodells zur Induktion von Detrusorhyperaktivität durch vesikale Minderperfusion mittels ApoE -/- LDL -/- Doppel-Knockout-Mäusen.
	Kerstin A. Brocker Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Heidelberg	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	Vergleich der Defensin- und Cathelicidin-Expression an Urothelbiopsien der Harnblase sowie im Urin von Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung und Kontrollpatienten mit normaler Blasenfunktion.
	Moritz Hamann Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	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	Histologische und immunhistologische Untersuchungen der strukturellen Veränderungen der Harnblase nach Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den glattmuskulären Detrusormuskel bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung.
	Patrick Honeck Urologische Klinik, Universität Heidelberg	Prospektiver Effekt eines PDE-5 Inhibitors auf die TGF- β -induzierte Fibrose am Detrusorgewebe gesunder Mäuse und im Detrusorgewebe chronisch ischämischer Mäuse.

Rahmenprogramm



Eröffnungsabend

am Donnerstag, 08.03.2018 um 19:30 Uhr
mit Vortrag im Hotel Hohenlohe (20 €)



Gesellschaftsabend

am Freitag, 09.03.2018 ab 19:30 Uhr
im SUDHAUS an der Kunsthalle Würth (20 €)
Lange Straße 35/1 | 74523 Schwäbisch Hall | www.sudhaus-sha.de



Führungen in der Kunsthalle Würth

„Kleine“ Highlights im Rahmenprogramm sind kostenfreie Führungen in der Kunsthalle Würth. Diese werden vor und nach dem wissenschaftlichen Programm am Donnerstag und Samstag geboten. Kunstliebhaber und solche die es werden möchten, kommen auf ihre Kosten.

Führung in der Kunsthalle Würth am:

- Donnerstag, 8. März 2018 um 16 Uhr, Treffpunkt Kunsthalle Würth
- Samstag, 10. März 2018 um 14 Uhr, Treffpunkt Kunsthalle Würth



Frühstückssymposium

der Firma Astellas am Samstag, 10.03.2018 von 8:00 Uhr bis 8:45 Uhr
im Hotel Hohenlohe

GeSRU-Mitglieder: Assistenzärzte

Assistenzärztinnen und Assistenzärzte welche GeSRU-Mitglieder sind, können kostenfrei an den Abendveranstaltungen teilnehmen. Anmeldung bitte über Frau Ingrid Paulus, Kongressorganisation und Herrn Torben Hofmann.

Organisatorisches zur Tagung

Kongress

Tagungspräsidenten

PD Dr. med. Bernhard Brehmer
Torben Hofmann
Urologische Klinik, Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall

Veranstaltungsort

Ringhotel Hohenlohe
Weilertor 14
74523 Schwäbisch Hall
Tel. +49 791 7587-0
www.hotel-hohenlohe.de



Kongressorganisation

Coma UG haftungsbeschränkt
Am Kleinenberg 22
55444 Schweppenhausen

Ingrid Paulus
Tel. +49 163 9155835
Fax +49 6359 409243
E-Mail ingrid.paulus@coma-ug.de
Web www.coma-ug.de

Kongresssekretariat

Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall
Urologische Klinik
Diakoniestraße 10
74523 Schwäbisch Hall

Frau Waltraud Falk
Tel. +49 791 753 4731
Fax +49 791 753 4922
E-Mail waltraud.falk@dasdiak.de
Web www.dasdiak.de

Organisatorisches zur Tagung

Wissenschaftliches Programm

Das wissenschaftliche Programm findet vom 08. bis 11. März 2018 statt:

Donnerstag, den 8. März 2018 von 19:00 Uhr bis 21:15 Uhr

Freitag, den 9. März von 8:00 Uhr bis 18:30 Uhr

Samstag, den 10. März von 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Teilnahmegebühr

20 €, Studenten und PJ-Studenten frei.

2018 sind wir erstmalig verpflichtet eine Teilnahmegebühr zu erheben und bitten um Ihr und Euer Verständnis.

Frühstücks-Symposium der Firma Astellas „Meet the Expert“

am Samstag, den 10. März 2018 von 8:00 Uhr bis 8:45 Uhr

Vorträge



Ernährung & Beckenboden – Lassen sich Urin- und Stuhlinkontinenz beeinflussen?
Frau Dr. Annette Balz-Fritz (Rüsselsheim)



Sex, Drugs and Pelvic Imaging – Von der Antike bis heute.
Frau PD Dr. Kerstin Brocker (Heidelberg)



Kindliche Harninkontinenz: Wieviel Diagnostik brauchen wir?
Frau Professor Dr. Anne-Karoline Ebert (Ulm)



Urethroverschlussdruck: Irrungen, Verwirrungen vs Möglichkeiten
Herr Prof. Dr. Werner Schäfer (USA – Florida)



Artifizielle Sphinkter – Dauerläufer mit Langzeitwirkung? Eine Zeitreise.
Dr. Reinhard Groh (Offenburg)

Organisatorisches zur Tagung



Inkontinenz ein geriatrisches Syndrom.
Frau Professor Dr. Ruth Kirschner-Hermanns (Bonn)



Die sakrale Neuromodulation – ist das Rätsel gelöst? Wie funktioniert es?
Herr Dr. Gustav Kiss (A – Innsbruck)



Botulinumtoxin – Abbrecher, Versager – was passiert mit diesen Patienten?
Herr Dr. Sajjad Rahnama'i (NL – Maastricht)



Was hat die Blase mit Hirn und Herz zu tun? Betrachtungen zur Therapie der überaktiven Blase bei älteren Patient(inn)en.
Herr Dr. Wolfgang Theurer (Stuttgart)

Astellas Symposium „Meet the Expert“



Überaktive Blase (OAB) im klinischen Alltag – Tipps und Tricks
Frau Professor Dr. med. Ricarda M. Bauer (München)

Der besondere Vortrag



Uro-onkologische Trainings- und Bewegungstherapie – neue wissenschaftliche Erkenntnisse.
Herr PD Dr. Freerk Baumann (Köln)



Altstadtansicht am Abend

Foto Eva Maria Kraiss

Willkommen in Schwäbisch Hall

Herzlich Willkommen in unserer Stadt, deren Geschichte über Jahrhunderte eng verbunden war mit dem hier gewonnenen Salz, dem weißen Gold des Mittelalters.

Entdecken Sie das harmonische Nebeneinander von Vergangenheit und Gegenwart in der historischen Altstadt mit ihren schmalen Gassen und überdachten Holzbrücken.

Wahre Perlen sind unsere Museen in der Innenstadt :

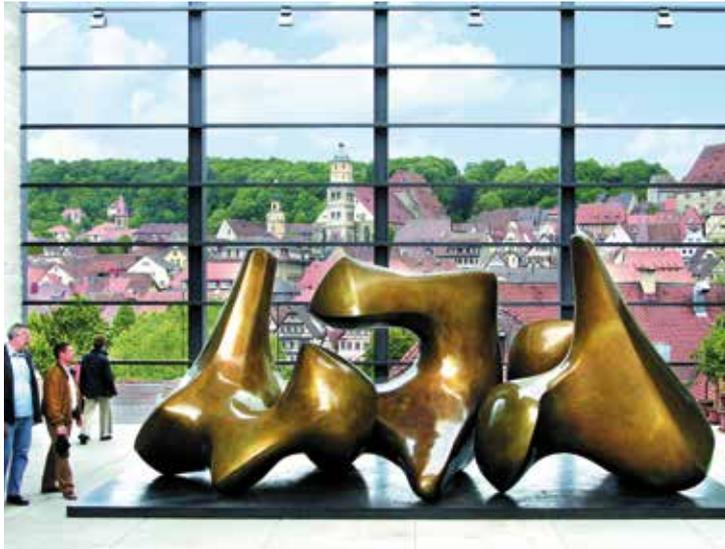
Inspirierend die Kunsthalle Würth mit ihren hochwertigen Ausstellungen moderner Kunst. Beeindruckend die Sammlung Alte Meister in der Johanniterkirche mit der berühmten Schutzmantelmadonna von Hans Holbein. Selbsterklärend das Hällisch-Fränkische Museum, eines der schönsten Stadtmuseen des Landes.

Kunst und Kultur sollen nach unserem Verständnis möglichst vielen offen stehen. Erleichtert wird dies durch den freien Eintritt zu diesen drei Museen.

Tiefe Eindrücke in die Geschichte vermittelt auch das vor den Toren der Stadt liegende Kloster Großcomburg und das Hohenloher Freilandmuseum Wackershofen.

Genießen Sie unvergessliche Theatermomente bei den Freilichtspielen. Eingebettet in die malerische Altstadtkulisse wird auf der Großen Treppe vor St. Michael seit 1925 professionelles Freilichttheater geboten. Auf den 53 Stufen wird jeden Sommer von Juni bis August gespielt, getanzt und gesungen.

Oder entspannen Sie ganz einfach mal im Hier und Jetzt beim Bummeln über den Wochenmarkt oder im Solebad mit seiner heilkräftigenden Sole.



Kunsthalle Würth, Henry Moore, Three Picture Sculpture

Foto Kunsthalle Würth, The Henry Moore Foundation



Blick vom Einkorn auf das Kloster Großcomburg

Foto Nicole Hirsch



Frühling im Hohenloher Freilandmuseum

Foto Hohenloher Freilandmuseum

Schwäbisch Hall in Zahlen, Daten, Fakten

Die Große Kreisstadt Schwäbisch Hall liegt im Nordosten Baden-Württembergs in Hohenlohe, 37 km östlich von Heilbronn und 60 km nordöstlich von Stuttgart in der Region Heilbronn-Franken.

Fläche

10.424 ha (entspricht genau der Größe der Stadt Paris)

Einwohnerzahl

40.020 (Quelle: städtische Statistik, 31.01.2018)
davon: 20564 Frauen /19456 Männer

Durchschnittsalter

43 Jahre (Landesdurchschnitt 43,3 Jahre, Quelle: Statistisches Landesamt, 29. Januar 2018)

Geburtenzuwachs 2017

388

Sterbefälle 2017

378

Ausländeranteil

11,9 Prozent

Sozialversicherungspflichtig

Beschäftigte

25.234 (Quelle: Agentur für Arbeit, Stand Juni 2017)

Diakonie-Klinikum

2400 Beschäftigte (zweitgrößter Arbeitgeber in Schwäbisch Hall)

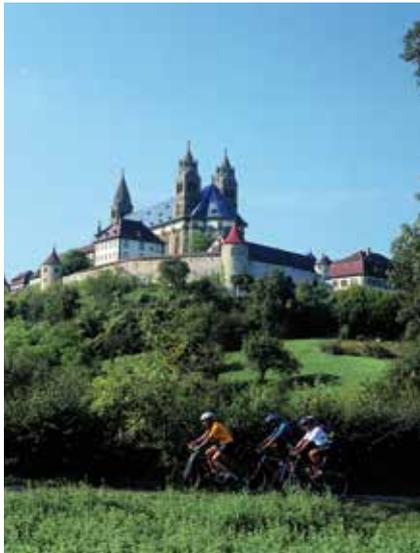
Hochschüler Campus Schwäbisch Hall

1.100 Studierende

Partnerstädte

Épinal (Frankreich)
Loughborough (England)
Lappeenranta (Finnland)
Neustrelitz
Zamość (Polen)
Karesi (Balıkesir) (Türkei)

Alle Angaben entsprechen den neuesten verfügbaren Daten.



Kocher-Jagst Radweg / Großcomburg

Foto Marion Reuter



Freilichtspiele auf der Großen Treppe von St. Michael

Copyright FLS Schwäbisch Hall, Jürgen Weller Fotografie



Stadtansicht vom Grasbödele auf die Innenstadt von Schwäbisch Hall

Foto Eva Maria Kraiss



Haller Kinderfest in der Innenstadt

Foto Ufuk Arslan



Geschäftsreiseflugplatz Adolf Würth

Jürgen Weller Fotografie



Marktplatz, Rathaus und historische Gebäude in der Innenstadt

Jürgen Weller Fotografie



UNICORNS

SCHWÄBISCH HALL

AMERICAN FOOTBALL MADE
IN SCHWÄBISCH HALL

UNICORNS.DE



DEUTSCHER MEISTER 2011, 2012 UND 2017



UNICORNSFOOTBALL



Eugen-Rehfish-Preis



Auf jeder ihrer Tagungen des FORUM URODYNAMICUM werden jeweils ein Eugen-Rehfish-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 Rehfish

Eugen Rehfish's wissenschaftlicher Beitrag zur Urodynamik

B. Schönberger, Berlin †

Über Lebensumstände und Lebensdaten des Herrn Dr. Eugen Rehfish 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 Rehfish 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

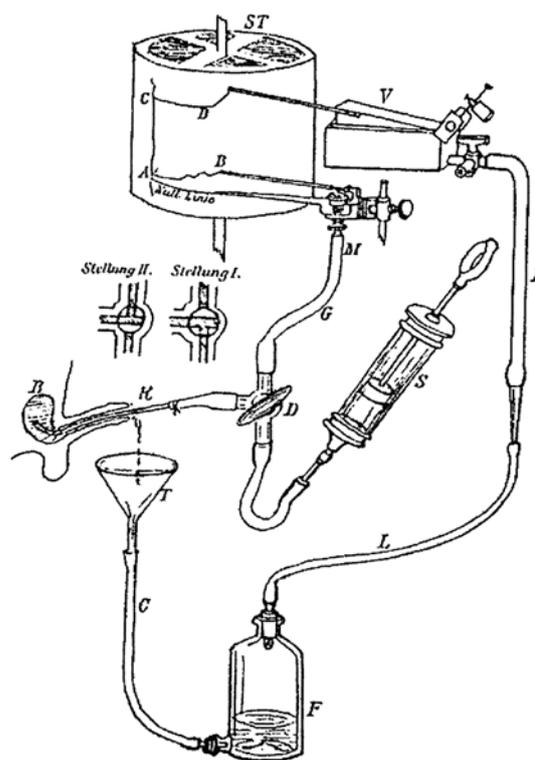
Der **Katheter K** kann durch den **Dreiwegehahn D** mit der **Spritze S** oder dem **Gad'schen Blutdruckmanometer M** verbunden werden.

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

29. Jahrestagung Forum Urodynamicum e.V.

08. bis 10. März 2018 in Schwäbisch Hall

Donnerstag, 08. 03. 2018 – Tag 1

19:00 - 19:30 Registrierung

19:30 - 19:40 **Begrüßung** durch Frau Professor Dr. med. Ricarda Bauer und Torben Hofmann

19:40 - 21:15 **Vortrag**
Artifizielle Sphinkter - Dauerläufer mit Langzeitwirkung? Eine Zeitreise.

Dr. med. Reinhard Groh, Offenburg

Freitag, 09. 03. 2018 – Tag 2

07:45 - 08:15 Registrierung

08:15 - 08:20 **Begrüßung** durch Frau Professor Dr. med. Ricarda Bauer und PD Dr. med. Bernhard Brehmer

08:20 - 08:40 **Vortrag**
Inkontinenz ein geriatrisches Syndrom.

Frau Professor Dr. med. Ruth Kirschner-Hermanns, Bonn

08:40 - 10:00 **1. Sitzung: Männliche Harninkontinenz**
Abstracts á 15 Minuten

Abstract 1

Operative Therapie der männlichen Stressharninkontinenz mittels kompressiver Schlinge und künstlichem Schließmuskel – Retrospektive multizentrische Analyse der Patientenselektion sowie Vergleich der postoperativen Ergebnisse (Evaluation der Patienten aus der DOMINO Datenbank)

Herr Dr. Markus Grabbert, Universitätsklinikum Köln / Frau Dr. Tanja Hüscher, Universitätsmedizin Mainz / Herr Dr. Alexander Kretschmer, Klinikum der Universität München / Herr Dr. Ralf Anding, Universitätsklinikum Bonn / Herr Dr. Tobias Pottek, Klinikum am Urban Berlin / Herr Dr. Fabian Queissert, Universitätsklinikum Münster / Frau Dr. Carola Wotzka, Diakonie Klinikum Stuttgart / Herr Dr. Torben Hofmann, Diakonie Klinikum Schwäbisch Hall / Herr Prof. Axel Haferkamp, Universitätsmedizin Mainz / Frau Prof. Ricarda Bauer, Klinikum der Universität München

Abstract 2

Neue Methoden zur Fixierung von Bandimplantaten zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz

Herr Dr. Ralf Anding, Urologische Universitätsklinik Bonn / Frau Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns, Urologische Universitätsklinik Bonn

Abstract 3**Die neue intraobturatorische Verankerungstechnik zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz**

Herr Dr. Ralf Anding, Urologische Universitätsklinik Bonn / Frau Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns, Urologische Universitätsklinik Bonn

Abstract 4**Erstbeschreibung von de novo Harnblasenfunktionsstörungen nach Salvage Lymphadenektomie bei Patienten mit einem biochemischen Rezidiv eines Prostatakarzinoms nach radikaler Prostatektomie**

Herr Dr. Guido Müller, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr Dr. Julian Hanske, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr Prof. Dr. Arndt van Ophoven, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr Dr. Nicolas von Landenberg, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr PD Florian Roghmann, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr Prof. Dr. Joachim Noldus, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum) / Herr PD Marko Brock, Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)

10:00 - 10:30 Energy boost in der Industrieausstellung

10:30 - 10:50 Vortrag 3**“Was hat die Blase mit Hirn und Herz zu tun?”****Betrachtungen zur Therapie der überaktiven Blase bei älteren Patient(inn)en.**

Dr. med. Wolfgang Theurer, Stuttgart

10:50 - 12:05 2. Sitzung: Uro-Gynäkologie

Abstracts á 15 Minuten

Abstract 5**Einfluss der laparoskopischen Sakropexie auf Lebensqualität und Sexualität im hohen Alter. Eine prospektive Studie.**

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

Abstract 6**Langzeitergebnisse nach vaginaler Hysterektomie mit Kolporrhaphien und Scheidenstumpffixation**

Frau Cosima Kemmether, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Nashwa Aldardeir, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Nora Zahlmann, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Dr. Tabea Mutuku, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Dr. Eva Husslein, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Dr. Ulrike Rothfuss, Bayerisches Beckenbodenzentrum / Frau Prof. Dr. Ursula Peschers, Bayerisches Beckenbodenzentrum

Abstract 7**Anwendungsbeobachtung InGYNious Mesh Firma A.M.I.**

Herr Dr. Andreas Brandt, Ortenauklinikum Offenburg / Frau Dr. Maryam En-Nosse, Ortenauklinikum Offenburg

Abstract 8**Nationale, multizentrische Beobachtungsstudie zur operativen Beckenbodenrekonstruktion im vorderen Kompartiment mit titanisierten Polypropylen-Netzen (Tilooop Pro A)**

Frau Eva Schnabel / Frau Cadembach-Blome / Herr Dr. Mengel / Herr Dr. Grebe / Herr Dr. Friedrich Pauli / Herr Dr. Christian Fünfgeld

12:05 - 13:00 Mittagspause in der Industrieausstellung

12:15 - 13:00 Mitgliederversammlung des Forum Urodynamicum e. V. (intern)

13:00 - 13:20 Vortrag 4**Urethroverschlussdruck: Irrungen, Verwirrungen vs Möglichkeiten**

Professor Dr. Werner Schäfer, USA - Florida

13:20 - 14:20 3. Sitzung: Neurourologie

Abstracts á 15 Minuten

Abstract 9**Die Überaktivität des Harnblasendetrusors ist bei kompletter Querschnittlähmung quantitativ stärker ausgeprägt als bei inkompletter Läsion: Ergebnisse einer Pilotuntersuchung**

Frau Dr. Tanja Hüscher, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Mainz / Herr PD André Reitz, KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz / Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Mainz

Abstract 10**Does electrical stimulation in the lower urinary tract induce diuresis?**

Frau Stéphanie van der Lely, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Frau Dr. Martina D. Liechti, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Herr Dr. Werner L. Popp, ETH Zurich, Rehabilitation Engineering Lab / Herr Prof. Dr. Thomas M. Kessler, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Herr PD Ulrich Mehnert, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Abstract 11**Charakterisierung von urologischen Störungen bei HSP**

Frau Dr. Stephanie Knüpfer / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel 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 Herr Prof. Klaus-Peter Jünemann / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel Herr Prof. Günther Deuschl / Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel Frau Prof. Susanne Schneider / Neurologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

14:20 - 14:40 Vortrag 5**Kindliche Harninkontinenz: Wieviel Diagnostik brauchen wir?**

Frau Professor Dr. med. Anne-Karoline Ebert, Ulm

14:40 - 15:15 Energy boost in der Industrieausstellung

15:15 - 15:45 **Vortrag 6**
Ernährung & Beckenboden - Lassen sich Urin- und Stuhlinkontinenz beeinflussen?

Frau Dr. med. Annette Balz-Fritz, Rüsselsheim

15:45 - 16:45 **4. Sitzung: Mixed up I**
Abstracts á 15 Minuten

Abstract 12
Der akute Harnverhalt im Kindesalter - wieviel Diagnostik brauchen wir?

Frau Claudia Deufel, Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm / Frau Dr. Kathi Adamczyk, Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm / Herr Dr. Oliver Schindler, Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm / Frau Prof. Dr. Anne-Karoline Ebert, Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm

16:45 - 17:05 Energy boost in der Industrieausstellung

17:05 - 18:00 **Vortrag 7**
Uro-onkologische Trainings- und Bewegungstherapie – neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

PD Dr. med. Freerk Baumann, Köln

18:00 - 18:45 Jahresversammlung Forum Urodynamicum

Samstag, 10. 03. 2018 – Tag 3

08:00 - 08:45 **Frühstückssymposium** der Firma Astellas – Meet the expert.
“Überaktive Blase (OAB) im klinischen Alltag - Tipps und Tricks“

Expertin Frau Professor Dr. med. Ricarda Bauer

08:45 - 09:00 Registrierung

09:00 - 09:05 **Begrüßung** durch Torben Hofmann

09:05 - 09:25 **Vortrag 8**
Die sakrale Neuromodulation – ist das Rätsel gelöst? Wie funktioniert es?

Dr. med. Gustav Kiss, A - Innsbruck

09:25 - 09:45 **Vortrag 9**
Sex, Drugs and Pelvic Imaging – Von der Antike bis heute.

Frau PD Dr. Kerstin Brocker, Heidelberg

09:45 - 10:25 **Vorträge der Stipendiaten des Jahres 2017**

Frau Dr. med. Mandy Berndt-Paetz, Leipzig und Frau Dr. Tanja Hüscher, Mainz
jeweils 15 Minuten + 5 Minuten Diskussion

10:25 - 11:00 Energy boost in der Industrieausstellung

11:00 - 12:15 **5. Sitzung: Mixed up II**
Abstracts á 15 Minuten

Abstract 13

Impact of stimulation parameters on sensory evoked potentials of the lower urinary tract

Frau Stéphanie van der Lely, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Frau Dr. Martina D. Liechti, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Herr PD Martin Schubert, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neurophysiology / Herr Prof. Dr. Thomas M. Kessler, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology / Herr PD Ulrich Mehnert, Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Abstract 14

Ablativer Erbium: YAG Laser – Rationale und erste Ergebnisse eines biphasischen Protokolls bei der Therapie bei urogynäkologischer Symptome

Frau PD Anke R Mothes, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin, Universitätsklinikum Jena / Herr Prof. Dr. Ingo B Runnebaum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin, Universitätsklinikum Jena

Abstract 15

Victo adjustierbarer künstlicher Harnröhrensphinkter

Herr Prof. Dr. Wilhelm Hübner, LK Korneuburg-Stockerau / Herr Dr. Rudolf Hölzel, LK Korneuburg-Stockerau / Frau Dr. Ghazal Ameli, LK Korneuburg-Stockerau / Herr Dr. Michael Rutkowski, LK Korneuburg-Stockerau

Abstract 16

AdVanceXP-Schlinge – 4-Jahres-Ergebnisse einer multizentrischen und prospektiven Studie

Herr Jan-Niclas Mumm, Ludwig-Maximilians-Universität, Großhadern / Herr Benedikt Klehr / Frau Anne Sommer / Herr Dr. Christian Gozzi / Herr Dr. Peter Rehder / Herr PD Florian May / Herr Dr. Roland Homberg / Herr Dr. Peter Gebhartl / Herr Prof. Dr. Christian Stief / Frau Prof. Dr. Ricarda Bauer

12:15 - 12:35 **Vortrag 10**
Botulinumtoxin – Abbrecher, Versager – was passiert mit diesen Patienten?

Dr. med. Sajjad Rahnama'i, Aachen

12:35 - 13:00 **Eugen-Rehfsch-Preis-Vergabe**
durch Herr Leufgens, Pfleger Arzneimittel und Frau Professor Dr. med. Ricarda Bauer, München

Schlussworte

Sponsoren der Jahrestagung 2018 in Schwäbisch Hall

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

1.000 € Ausstellerbeitrag



Ihr Partner in der Urologie

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

2.000 € Ausstellerbeitrag



Asclepion Laser Technologies GmbH



Astellas Pharma GmbH

3.000 € Ausstellerbeitrag

3.000 Frühstückssymposium



Advancing science for life™

Bosten Scientific Medizintechnik

GmbH



Dr. R. Pflieger GmbH



FARCO-PHARMA

Farco-Pharma GmbH



Grachtenhaus Apotheke

3.000 € Ausstellerbeitrag



Hollister Incorporated



Innovation for patient care

IPSEN PHARMA GmbH

2.000 € Ausstellerbeitrag



MY SAUNA AND SPA

Klafs GmbH & Co. KG



Hersteller von Medizinprodukten

Manfred Sauer GmbH



Maßstab für Kompetenz

Medac Gesellschaft für medizinische

Spezialpräparate mbH



Further Together

Medtronic GmbH



Medical Measurement Systems

MMS Deutschland GmbH



P. J. Dahlhausen & Co. GmbH



PonteMed GmbH



People + Innovation

Promedon GmbH



Samsung-Health Medical Equipment



Serag Wiessner GmbH & Co. KG



Südwestbank AG



Takeda Pharma Vertrieb GmbH &

Co. KG

500 € Ausstellerbeitrag



Teleflex Medical GmbH



Entwicklung Produktion Vertrieb

tic Medizintechnik GmbH & Co. KG



PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

UROMED Kurt Drews KG



Leading medical challenges by innovation

UROVISION Gesellschaft für medizini-

schischen Technologie-Transfer mbH



Wellspect Healthcare DENTSPLY IH

GmbH



Adolf Würth GmbH & Co. KG

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.

Abstract 1

Operative Therapie der männlichen Stressharninkontinenz mittels kompressiver Schlinge und künstlichem Schließmuskel – Retrospektive multizentrische Analyse der Patientenselektion sowie Vergleich der postoperativen Ergebnisse (Evaluation der Patienten aus der DOMINO Datenbank)

Autor(en):

Herr Dr. Markus Grabbert / Universitätsklinikum Köln
Frau Dr. Tanja Hüscher / Universitätsmedizin Mainz
Herr Dr. Alexander Kretschmer / Klinikum der Universität München
Herr Dr. Ralf Anding / Universitätsklinikum Bonn
Herr Dr. Tobias Potteck / Klinikum am Urban Berlin
Herr Dr. Fabian Queissert / Universitätsklinikum Münster
Frau Dr. Carola Wotzka / Diakonie Klinikum Stuttgart
Herr Dr. Torben Hofmann / Diakonie Klinikum Schwäbisch Hall
Herr Prof. Axel Haferkamp / Universitätsmedizin Mainz
Frau Prof. Ricarda Bauer / Klinikum der Universität München

Einleitung:

Ziel der Studie war eine retrospektive Analyse der präoperativen Patientencharakteristika und ein Vergleich der postoperativen Ergebnisse von Männern, die sich aufgrund einer Stressharninkontinenz einer operativen Therapie mittels kompressiver Schlinge oder künstlichem Schließmuskel unterzogen haben.

Material und Methodik:

Insgesamt wurden 685 männliche Patienten, die sich in der Zeit von 2010 bis einschl. 2012 an insgesamt 13 Kliniken einer Operation unterzogen haben, in die Studie eingeschlossen. (176 Patienten erhielten eine kompressive Schlinge [adjustable male sling]; 482 Patienten erhielten einen künstlichen Schließmuskel[AUS]). Präoperative Patientencharakteristika sowie die postoperativen Ergebnisse wurden ausgewertet und verglichen. Die statistische Analyse erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test sowie Chi-X2 Test.

Ergebnisse:

Patienten, die einen künstlichen Schließmuskel erhielten zeigten präoperativ einen höheren Grad der Inkontinenz (mittlere Anzahl an Vorlagen/24h: 5.8 [adjustable male sling] vs. 6.9 [AUS]; $p < 0.001$; mittlerer Urinverlust im 24-h Pad Test: 472g [adjustable male sling] vs. 693g [AUS]; $p < 0.001$) sowie ein insgesamt komplexeres Patientengut mit höheren Raten an neurologischen Erkrankungen (4.7% [adjustable male sling] vs. 10.6% [AUS]; $p = 0.021$), Harnröhrenstrikturen (21.6% [adjustable male sling] vs. 37.6% [AUS]; $p = 0.024$) sowie einer Strahlentherapie (22.7% [adjustable male sling] vs. 32.1% [AUS]; $p = 0.020$) in der Vorgeschichte.

Die mittlere Anzahl an Vorlagen/24h zum Zeitpunkt des max. Follow-Up betrug 2.2 [adjustable male sling] bzw. 1.0 [AUS]; $p < 0.001$. Die Evaluation der subjektiven Patientenzufriedenheit zeigte eine Rate von 18% [adjustable male sling] bzw. 11% [AUS] an Patienten, die von keiner Änderung Ihrer Inkontinenz berichteten sowie eine Rate von 57% [adjustable male sling] bzw. 31% [AUS] an Patienten, die von einer Verbesserung Ihrer Inkontinenz berichteten und eine Rate von 22% [adjustable male sling] bzw. 57% [AUS] an Patienten, die von einer kompletten Trockenheit berichteten (jeweils $p < 0.001$).

Schluss:

Patienten, denen zu einem künstlichen Schließmuskel geraten wurde zeigten eine komplexere Vorgeschichte sowie Pathogenese der Harninkontinenz und einen größeren präoperativen Urinverlust.

Die postoperativen Ergebnisse scheinen vergleichbar, mit jedoch einer höheren Rate an komplett trockenen Patienten im Kollektiv der Patienten, die einen künstlichen Schließmuskel erhielten, trotz der stärker ausgeprägten präoperativen Inkontinenz.

Abstract 2

Neue Methoden zur Fixierung von Bandimplantaten zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz

Autor(en):

Herr Dr. Ralf Anding / Urologische Universitätsklinik Bonn

Frau Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns / Urologische Universitätsklinik Bonn

Einleitung:

Im Gegensatz zu transobturatorischen Bändern bei der Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz ist die Einlagetechnik beim Mann nicht spannungsfrei. Eine primär stabile Bandfixierung, um v.a. in der Einheilungsphase eine Lockerung zu verhindern, ist ein entscheidender Erfolgsfaktor. Verschiedene Techniken wurden hierzu postuliert wie eine subcutane Tunnelierung, eine Überkreuzung der Bandenden oder eine Nahtfixierung, oft mit der Folge lokaler Beschwerden. Durch die Einführung von Widerhaken beim AdVance[®]XP (AMS Men's Health/Boston Scientific, MA, USA) konnte die Kontinenzrate nach einem Jahr von 58,6% auf 90,3% gesteigert werden. Wir stellen alternative Fixierungstechniken bei einem neuen transobturatorischen Bandimplantat (DynaMesh[®]-PRM visible, FEG Textiltechnik mbH, Aachen) vor, wodurch die Stabilität besonders in der frühen postoperativen Phase sichergestellt werden soll.

Material und Methodik:

Das männliche transobturatorische Bandsystem (DynaMesh[®]-PRM visible) aus PVDF (Polyvinylidene-fluorid Monofilament) enthält Eisenpartikel, die es im MRT sichtbar machen. Anstatt die Bandenden in der Mittellinie zu kreuzen und zu vernähen, verwendeten wir beidseits Gefäßclips (Hem-o-lok[®]) außerhalb des Foramen obturatum. Als weitere Alternative erfolgte die Fixierung durch chirurgischen Gewebekleber (synthetisches Cyanoacrylat, Glubran[®] 2), womit die Bandenden am Ramus inferior ossis pubis befestigt wurden. 5 Patienten (65 bis 82 Jahre) mit leichter bis mittelschwerer Belastungsinkontinenz wurden zwischen 05/2015 und 03/2017 behandelt. Die Insertionstechnik, die Ergebnisse und Komplikationen werden beschrieben. Zudem erfolgten MRT Untersuchungen, um das Band und das postoperative Ergebnis sichtbar zu machen.

Ergebnisse:

Mit beiden alternativen Techniken (1 x Hem-o-lok[®] Clips, 4 x Glubran[®] 2 Kleber) konnte eine sofortige stabile Bandfixierung erreicht werden. Alle Patienten berichteten eine dauerhafte Kontinenz (max. 1 Sicherheitsvorlage) nach 10 bis 30 Monaten. Es traten keine Komplikationen auf, insbesondere keine Bandlockerung und keine lokalen Beschwerden. Auch die klinischen Nachuntersuchungen ergaben keine Anzeichen für lokale (insbesondere entzündliche) Reaktionen. In den MRT Studien konnte die Bandstruktur, der Bandverlauf und die Relokation des Bulbus urethrae sichtbar gemacht werden. Die Zeit und die Kosten der Operation werden durch die Verwendung des zusätzlichen Materials nicht signifikant erhöht.

Schluss:

In dieser initialen Serie konnte sowohl mit Gefäßclips, als auch mit Gewebekleber eine stabile Fixierung eines Bandsystems zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz erreicht werden. Diese vielversprechenden ersten Ergebnisse mit der Einbeziehung komplementärer chirurgischer Methoden können die männliche Kontinenztherapie mit Bandimplantaten vereinfachen und zugleich sicherer machen. Die 'visible mesh' Technologie stellt einen sinnvollen Fortschritt dar, um die Wirkungsweise von Bandimplantaten zu illustrieren und zudem mögliche Fehler und Komplikationen sichtbar zu machen.

Abstract 3

Die neue intraobturatorische Verankerungstechnik zur Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz

Autor(en):

Herr Dr. Ralf Anding / Urologische Universitätsklinik Bonn

Frau Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns / Urologische Universitätsklinik Bonn

Einleitung:

Bis zur Einführung des AdVance® Bandes (AMS Men's Health/Boston Scientific, MA, USA) 2006 spielte die Obturatorregion keine Rolle in der operativen Behandlung der männlichen Belastungsinkontinenz. Daher gibt es bislang wenig Erkenntnisse über die Eigenschaften und die Stabilität der Membrana obturatoria beim Mann. Als Weiterentwicklung der suburethralen Schlingen bei der Frau haben sog. Minibänder (single incision slings/SIS) mit einer transobturatorischen inside-out Verankerungstechnik in den letzten Jahren deutlich an Popularität gewonnen. Die bekannten Ausreißkräfte von diesen Ankerstammern stammen aus Tiermodellen. Diese Daten liegen beim Mann bislang nicht vor. Mit der Erfahrung der transobturatorischen Verankerungstechnik bei der Frau haben wir ein neues Verankerungssystem für die männliche Inkontinenzchirurgie entwickelt. Hiermit wird die Insertion des Bandes erheblich vereinfacht und das operative Risiko durch die Vermeidung großer helikaler Trokare wesentlich reduziert.

Material und Methodik:

Ein wesentlicher Teil des Entwicklungsprozesses des neuen Bandsystems bestand in anatomischen Studien und Messungen an männlichen Leichen. Um maximale Stabilität und Sicherheit zu erreichen, wurde die optimale Lokalisation der Verankerung bestimmt. An vier fixierten männlichen Leichen wurde die Dicke der Membrana obturatoria mit einem Mikrometer vermessen. Im weiteren Prozess erfolgten Ausreißversuche an zehn frisch Verstorbenen mit dem PelFix Anker (FEG Textiltechnik mbH, Aachen), der zuvor bereits in vitro und im Tiermodell die Überlegenheit gegenüber drei anderen zugelassenen Ankerstammern demonstrieren konnte. Speziell für den Einsatz beim Mann wurde ein neuer Applikator zur Insertion des Ankers entwickelt. Die Testanker wurden aus Aluminium gefertigt, die Ausreißkräfte wurden mit einem Newtonmeter gemessen.

Ergebnisse:

Trotz augenscheinlicher inter-individueller Variationen zeigte sich eine konsistente Zunahme der Membrandicke von cranio-lateral nach caudal-medial. Die Äste von A., V. und N. obturatorius liegen üblicherweise lateral dieser caudal-medialen 'Sicherheitszone'. Die Ausreißkräfte des PelFix Ankers lagen konstant zwischen 30 und 50 Newton. Diese Kräfte liegen deutlich oberhalb der Kräfte, die im männlichen Becken erwartet werden können, obwohl hierzu keine in vivo Daten existieren.

Schluss:

Der caudal-mediale Bereich der Membrana obturatoria ist die stabilste und sicherste Lokalisation und daher am besten zur Ankerplatzierung beim Mann geeignet. Der PelFix Anker hat in unseren Versuchen eine einfache Applikation und eine exzellente Stabilität gezeigt. Er ist daher für ein neues männliches Bandsystem in outside-in / SIS Technik geeignet.

Abstract 4

Erstbeschreibung von de novo Harnblasenfunktionsstörungen nach Salvage Lymphadenektomie bei Patienten mit einem biochemischen Rezidiv eines Prostatakarzinoms nach radikaler Prostatektomie

Autor(en):

Herr Dr. Guido Müller / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr Dr. Julian Hanske / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr Prof. Dr. Arndt van Ophoven / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr Dr. Nicolas von Landenberg / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr PD Florian Roghmann / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr Prof. Dr. Joachim Noldus / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)
Herr PD Marko Brock / Urologische Universitätsklinik Marien Hospital Herne (Ruhr-Universität Bochum)

Einleitung:

Die Salvage Lymphadenektomie (SLND) gilt als eine mögliche Therapieoption für Patienten mit einem biochemischen Rezidiv eines Prostatakarzinoms (PCa) nach radikaler Prostatektomie (RPE). Bisherige Studienergebnisse zeigten ein vielversprechendes onkologisches Ansprechen kombiniert mit einer niedrigen Komplikationsrate. Die aktuelle Studie evaluiert als erste ihrer Art den Einfluss der SLND auf postoperative Harnblasenfunktionsstörungen.

Material und Methodik:

Es wurden prospektiv 20 hormon-naive Patienten mit einem biochemischen Rezidiv eines PCa nach RPE eingeschlossen. Bei allen Patienten erfolgte eine SLND. Eine urodynamische Untersuchung erfolgte am Tag vor der Operation und 6 Wochen nach SLND sowie im Follow-Up bis zu 12 Monate postoperativ. Analysiert wurden prä- und postoperative Charakteristika wie Serum-PSA, maximale Blasenkapazität, maximaler Detrusordruck in der Füllungsphase und Compliance der Harnblase. Mittels Wilcoxon-Test wurde die Signifikanz der Unterschiede zwischen prä- und postoperativen Variablen bestimmt.

Ergebnisse:

Das mediane Alter der Patienten beträgt 62 Jahre (IQR 55,3-66). Im Rahmen der SLND wurden im Median 19,5 Lymphknoten (IQR 11,3-30,8) entnommen. Obwohl sich histologisch bei 60% der Patienten ein Lymphknotenrezidiv des PCa nachweisen ließ, zeigte der mediane PSA-Wert 6 Wochen postoperativ mit 1,07 ng/ml (IQR 0,29-1,72) keinen signifikanten Unterschied verglichen mit dem präoperativen PSA-Wert von 0,99 ng/ml (IQR 0,73-2,17). Korrespondierend zur anamnestisch erhöhten Miktionsfrequenz zeigten sich 6 Wochen postoperativ urodynamisch eine Abnahme der maximalen Blasenkapazität (Median 500 vs. 320 ml; $p < 0,01$), ein Anstieg des maximalen Detrusordrucks (Median 13 vs. 36 cm H₂O; $p < 0,01$) und bei 79% der Patienten eine de novo Low Compliance der Harnblase (Median der Compliance 34,5 vs. 7,5 ml/cm H₂O; $p < 0,01$). Der Compliance-Verlust persistierte bis zum 3-Monats Follow-Up bei allen diesen Patienten. 6-12 Monate nach SLND konnte immer noch bei 4 von 11 Patienten im Follow-Up eine Low Compliance der Harnblase ≤ 10 ml/cm H₂O festgestellt werden.

Schluss:

In unserer Kohorte bleibt der onkologische Benefit nach SLND aus. Zudem zeigt ein signifikanter Anteil der Patienten auf dem Boden eines Compliance-Verlusts eine postoperative Harnblasenfunktionsstörung, die sich klinisch als erhöhte Miktionsfrequenz und Harninkontinenz etabliert.

Abstract 5

Einfluss der laparoskopischen Sakropexie auf Lebensqualität und Sexualität im hohen Alter. Eine prospektive Studie.

Autor(en):

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

Einleitung:

Der Descensus genitalis hat eine hohe Prävalenz von bis zu 30 %. Die Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Betroffene erleiden oftmals eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und der Sexualität.

Die operative Behandlung des Descensus genitalis umfasst eine Vielzahl von operativen Verfahren, wobei die abdominale bzw. die laparoskopische Sakropexie als der heutige Goldstandard gilt. Dennoch gibt es wenige Daten hinsichtlich des Einflusses der laparoskopischen Sakropexie auf die Lebensqualität und die Sexualität, vor allem wenn es sich um die älteren Patientinnen handelt.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Einfluss der laparoskopischen Sakropexie auf Lebensqualität und Sexualität im hohen Alter prospektiv zu untersuchen.

Material und Methodik:

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie, welche an der Uniklinik des Saarlandes in Homburg durchgeführt worden ist. Alle Patientinnen, die eine laparoskopische Sakropexie zur Behandlung eines symptomatischen Descensus genitalis (POP-Q Stage \geq II) im Zeitraum vom Juni 2012 bis April 2014 erhielten, wurden eingeschlossen.

Die krankheitsbezogene Lebensqualität und die sexuelle Funktion wurden prä- und postoperativ erhoben. Hierzu kamen 2 validierte Fragebögen zum Einsatz: der Female Sexual Function Index (FSFI) und der European Quality of Life Five-Dimension Scale (EQ-5D). Das postoperative Follow-up betrug 6 Monate.

Ergebnisse:

Von 125 Patientinnen, welche den Einschlusskriterien entsprachen, willigten 75 (60%) ein, an der Studie teilzunehmen. Nur 53 (42,5%) Patientinnen schlossen die Studie erfolgreich ab.

Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und der Sexualität konnte beobachtet werden, wie der Vergleich des prä- und postoperativen FSFI-score (23.2[9.2-32.4] vs. 27.9[34.2-15.8], $p < 0.001$) und des EQ-5D (0.9[0.3-1.0] vs. 1.0[0.6-1.0], $p < 0.001$) zeigen konnte.

Diese signifikante Verbesserung der Sexualität konnte in allen 6 Domänen des scores beobachtet werden (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, $p < 0.001$).

Ferner zeigte die Studie, dass sogar Patientinnen mit einem physiologischen FSFI-score (FSFI > 26.55) eine signifikante Besserung der Sexualität nach der operativen Behandlung erfuhren (30[32.4-27.1] vs. 32.20[34.2-26.0], $p < 0.001$)

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie, welche an der Uniklinik des Saarlandes in Homburg durchgeführt worden ist. Alle Patientinnen, die eine laparoskopische Sakropexie zur Behandlung eines symptomatischen Descensus genitalis (POP-Q Stage \geq II) im Zeitraum vom Juni 2012 bis April 2014 erhielten, wurden eingeschlossen.

Die krankheitsbezogene Lebensqualität und die sexuelle Funktion wurden prä- und postoperativ erhoben. Hierzu kamen 2 validierte Fragebögen zum Einsatz: der Female Sexual Function Index (FSFI) und der European Quality of Life Five-Dimension Scale (EQ-5D). Das postoperative Follow-up betrug 6 Monate.

Schluss:

Die laparoskopische Sakropexie ist eine gute Behandlungsmöglichkeit des Descensus genitalis. Zusätzlich zum guten anatomischen Ergebnis hat das Verfahren einen vorteilhaften Einfluss auf die Lebensqualität und die Sexualität älterer Patientinnen.

Abstract 6

Langzeitergebnisse nach vaginaler Hysterektomie mit Kolporrhaphien und Scheidenstumpffixation

Autor(en):

Frau Cosima Kemmether / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Nashwa Aldardeir / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Nora Zahlmann / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Dr. Tabea Mutuku / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Dr. Eva Husslein / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Dr. Ulrike Rothfuss / Bayerisches Beckenbodenzentrum
Frau Prof. Dr. Ursula Peschers / Bayerisches Beckenbodenzentrum

Einleitung:

Schon im ältesten medizinischen Dokument, dem Kahun-Papyrus wird die Therapie eines Prolapses beschrieben. Das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines Prolapses liegt bei etwa 24%, das Risiko einer Deszensusoperation bei bis zu 19%. Und auch in Zukunft wird die Notwendigkeit der Therapie des Deszensus aufgrund des demographischen Wandels eher zunehmen. Die vaginale Hysterektomie mit Raffungen stellt hier eine risikoarme, kostengünstige und effektive Therapievariante dar. Obwohl diese seit Jahren eine Standardoperation ist, gibt es wenig Langzeitstudien zu diesem Verfahren. Gerade auch unter dem Gesichtspunkt des aktuellen Verbotes von Fremdmaterial zur Korrektur eines Deszensus in Großbritannien, Australien und Neuseeland wird der vaginalen Deszensuschirurgie ohne Fremdmaterial neue Beachtung geschenkt werden müssen.

Material und Methodik:

Es handelt sich hierbei um eine prospektive Beobachtungsstudie. Alle Patientinnen, die vor 5 Jahren operiert wurden, hatten vor der OP den validierten Fragebogen ICI-Q-Fluts zu Evaluierung ihrer Harninkontinenzsymptome ausgefüllt. Die perioperativen Daten und die der Nachuntersuchung nach 3 Monaten wurden in einer Datenbank erfasst. Alle Patientinnen wurden jetzt angeschrieben und zu einer Nachuntersuchung eingeladen. Die Patientinnen füllten erneut den Fragebogen ICI-Q-Fluts und dazu den Deutschen Beckenbodenfragebogen aus, der auch Frage zu analer Inkontinenz, Prolapsgefühl und Sexualität erfasst. Außerdem erfolgte eine gynäkologische Untersuchung mit Beschreibung des POP-Q-Stadiums. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU stimmte der Studie zu.

Ergebnisse:

Es wurden bisher n=84 Patientinnen untersucht. 63% (n=53) der Patientinnen empfanden ihren Zustand im Vergleich zu vor der Operation als „deutlich besser“, 23% (n=19) als „besser“, 7% (n=6) als „etwas besser“, 5% (n=4) als unverändert und nur 2% (n=2) als „schlechter oder deutlich schlechter“.

Ein Rezidivdeszensus höher als POP-Q Stadium I war bei 44% (n=37) zu sehen. Es handelt sich hier vor allem um Rezidive der vorderen Vaginalwand bei 40% (n=34). Bei 4% (n=3) deszendierte der Scheidenabschluss und bei 5% (n=4) die hintere Vaginalwand. Nur 7% (n=5) gaben ein Fremdkörpergefühl an.

Sonografisch zeigte sich bei 47% (n=39) der Patientinnen eine Zysto- und bei 6% (n=5) eine Rekto-/Enterozele. Die Reoperationsrate (aufgrund von Rezidiven und Inkontinenz) lag bei 14% (n=12).

An einer Belastungsinkontinenz litten 44% (n=37) der Patientinnen. Bei 18% (n=15) war sie de novo aufgetreten. Symptome einer überaktiven Blase gaben 42% (n=35) der Patientinnen an, 31% (n=26) berichteten zusätzlich über Inkontinenzepisoden. De novo dranginkontinent waren 19% (n=16).

Schluss:

Die vaginale Hysterektomie mit Kolporrhaphien und Scheidenstumpffixation bietet eine auch langfristig gute Elevation des Scheidenendes. Es fand sich bei 40% der nachuntersuchten ein Rezidivdeszensus an der vorderen Scheidenwand, der aber fast immer asymptomatisch war. 86% der nachuntersuchten Patientinnen waren mit dem Ergebnis der Rekonstruktion zufrieden.

Abstract 7

Anwendungsbeobachtung InGYNious Mesh Firma A.M.I.

Autor(en):

Herr Dr. Andreas Brandt / Ortenauklinikum Offenburg
Frau Dr. Maryam En-Nosse / Ortenauklinikum Offenburg

Einleitung:

Die in der Literatur beschriebenen Rezidiv-Raten bis zu 30% nach vorangegangenen klassischen Methoden der Deszensuschirurgie haben dazu geführt, neuere OP-Methoden zu etablieren. Aufgrund dieser Situation möchte die vorliegende Studie dazu beitragen, Erfolgchancen und Nebenwirkungen der netzgestützten Korrektur durch das InGYNious-Mesh der Firma A.M.I. zu erfassen.

Material und Methodik:

Es wird eine prospektiv multizentrische Studie zur operativen Beckenbodenrekonstruktion im vorderen Kompartiment mit dem Polypropylen-Netz InGYNious vorgestellt. Die Primärziele sind die Beurteilung der Lebensqualität prä- versus postoperativ sowie die Bestimmung der Zystozelen-Rezidivrate nach der Korrektur. Zudem werden intra- und postoperative unerwünschte Ereignisse beschrieben.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 277 Patientinnen (P.) in die Studie eingebracht, von denen nach einem Jahr 244 zur Auswertung kamen. Bei 15 P. kam es intraoperativ zu verstärkten Blutungen (> 200 ml) bei der Präparation und zu zwei Blasenverletzungen ohne Abbruch der OP. Netzspezifische postoperative Komplikationen konnten bei zwei P. mit Nierenstau und je einer P. mit ischialgiformen Schmerzen ins Bein und Ureterverletzung mit Revisions-OP gesehen werden. Netzerosionen traten in 1,6 % der Fälle auf. Von de-novo Belastungsinkontinenz waren 5,7 % der Frauen betroffen. Im Bereich der Lebensqualität mit Betonung auf Sexualität und Partnerschaft hatten im Vergleich zu der Situation vor der OP doppelt so viele Frauen keinerlei Beeinträchtigung mehr angegeben.

Schluss:

Es handelt sich um ein subjektiv äußerst verträgliches Netz. Die Präparation zu den Fixierungspunkten ist nahezu identisch wie bei anderen Meshs. Es konnten deutliche Verbesserung der Lebensqualität und Sexualität erzielt werden. Ein Rezidiv innerhalb eines Jahres trat nicht auf. Die intra- und postoperative Komplikationsrate ist äußerst niedrig und meist nicht netzspezifisch.

Abstract 8

Nationale, multizentrische Beobachtungsstudie zur operativen Beckenbodenrekonstruktion im vorderen Kompartiment mit titanisierten Polypropylen-Netzen (Tilooop Pro A)

Autor(en):

Frau Eva Schnabel
Frau Cadembach-Blome
Herr Dr. Mengel
Herr Dr. Grebe
Herr Dr. Friedrich Pauli
Herr Dr. Christian Fünfgeld

Einleitung:

In der 2017 publizierten Tilooop Total 6-Studie mit 289 Patientinnen konnte nach 36 Monaten eine signifikant verbesserte Lebensqualität, sowie eine niedrige Rezidivrate durch Implantation eines titanisierten Polypropylen-Netzes zur Behandlung einer Zystozele gezeigt werden. Die Erosionsrate lag mit 10,5% im Rahmen der Literaturangaben. Mit der Intention die Erosionsrate weiter zu senken, wurde das Netz optimiert. Die Porengröße des Netzes wurden von 1 auf 3 mm deutlich vergrößert. Das Netzgewicht reduzierte sich von 35 auf 24 g/m². Die Tilooop Pro A-Studie sollte Informationen über die Veränderungen der Lebensqualität der behandelten Patientinnen liefern, sowie eine Aussage zur Stabilität des veränderten Netzes und der Komplikationsrate, insbesondere der Erosionsrate, ermöglichen.

Material und Methodik:

52 Patientinnen mit symptomatischer Zystozele (\geq Grad II der ICS-Klassifikation) wurden in einer prospektiven, multizentrischen Studie mit einem optimierten, titanisierten Polypropylen-Netz (TiLOOP® PRO A) operiert und 12 Monate nachbeobachtet. Das 6-Arm-Netz wurde mithilfe eines verbesserten Applikationssets vaginal implantiert. Das anatomische Resultat wurde mittels POP-Q-System quantifiziert, die Lebensqualität mit dem validierten P-QoL-Fragebogen erfasst. Alle unerwünschten Ereignisse wurden von einem unabhängigen Komitee bewertet. Es erfolgte ein 100%iges-Monitoring und eine Überwachung durch ein Audit.

Ergebnisse:

Bei 30 Patientinnen (57,7%) wurde simultan eine posteriore Kolporrhaphie, bei 9 (17,3%) eine netzgestützte posteriore Reparatur und bei 7 Patientinnen (13,5%) eine Hysterektomie durchgeführt. Die Lebensqualität verbesserte sich im Verlauf der Studie signifikant in allen untersuchten Bereichen. Die sexuelle Aktivität steigerte sich von 26,9% (14/52) präoperativ auf 44,9% (22/49) nach 12 Monaten. Die Anzahl von Dyspareunien sank von 15,4% (8/52) präoperativ auf 2,0% (1/49) 12 Monate postoperativ. Zwei Patientinnen (4,1%) erlitten eine Rezidivzystozele II°, fünf (10,2%) entwickelten eine de novo Belastungsinkontinenz. Bei 12 Patientinnen (30,6%) war eine präexistente Belastungsinkontinenz nach 12 Monaten nicht mehr nachweisbar. Die bei 21 Patientinnen (40,4%) präoperativ nachgewiesene Dranginkontinenz persistierte nach 12 Monaten bei nur vier Patientinnen (8,2%). Es trat keine vaginale Netzerosion auf. Die Anzahl unerwünschter Ereignisse war mit 19 Meldungen bei 15 Patientinnen gering.

Schluss:

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine signifikant verbesserte Lebensqualität, sowie ein gutes anatomisches und funktionelles Ergebnis bei sehr niedriger Rezidivrate. Die Hyperaktivität der Blase im Sinne einer Dranginkontinenz verbesserte sich bei fast allen Patientinnen. Die Rate der de novo Belastungsinkontinenz hielt sich mit 10,2% auf dem zu erwartenden Niveau. Bemerkenswerterweise wurde keine einzige Erosion im Verlauf der TiLOOP® PRO A-Studie gemeldet. Durch Optimierung des Netzdesigns und der OP-Technik lässt sich die Komplikationsrate deutlich unter das Niveau der bisherigen Literatur senken. Somit kann eine Stabilisierung durch ein alloplastisches Netz bei entsprechender Indikation und Aufklärung trotz anhaltender kontroverser Diskussion durchaus erwogen werden.

Abstract 9

Die Überaktivität des Harnblasendetrusors ist bei kompletter Querschnittlähmung quantitativ stärker ausgeprägt als bei inkompletter Läsion: Ergebnisse einer Pilotuntersuchung

Autor(en):

Frau Dr. Tanja Hüscher / Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Mainz

Herr PD André Reitz / KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz

Herr Prof. Dr. Axel Haferkamp / Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Mainz

Einleitung:

Die Diagnose einer motorischen Überaktivität des Detrusors wird bisher nur qualitativ im Rahmen der urodynamischen Untersuchung gestellt. Das Vorhandensein einer unwillkürlichen Detrusorkontraktion wird hierbei als Überaktivität bewertet. Eine quantitative Bewertung der Überaktivität existierte jedoch bisher nicht. Erstmals wurde von Reitz et al. 1 eine Schweregradeinteilung der Detrusorüberaktivität im Rahmen des Eiswassertestes entwickelt. Diese Methodik wurde in der vorliegenden Untersuchung auf Patienten mit kompletter und inkompletter Querschnittlähmung angewendet.

Material und Methodik:

Es wurden insgesamt 32 Eiswassertests von Patienten mit einer kompletten (9 Patienten) oder inkompletten (23 Patienten) Querschnittläsion anonymisiert ausgewertet. Unterschiede des maximalen Detrusordruckes, des Detrusorkoeffizienten sowie die Fläche unter der Kurve zwischen inkompletten und kompletten Querschnitt wurden mittels dem Mann-Whitney-U Test untersucht. Das Signifikanzniveau lag bei $p < 0.05$.

Ergebnisse:

Der maximale Detrusordruck (82.5 vs. 56.1 cmH₂O, $p=0.021$), die Fläche unter der Kurve (3084 vs. 2013 cmH₂O*s, $p=0.043$) sowie der Detrusorkoeffizient (0.88 vs. 0.62 cmH₂O/s, $p=0.024$) waren bei kompletter Läsion signifikant höher als bei inkompletter Lähmung. Die Anzahl der Patienten in den Schweregradkategorien waren jeweils: Kategorie 1: inkomplett 4 (17.4%) vs. komplett 0, Kategorie 2: inkomplett 6 (26.1%) vs. komplett 1 (11.1%) vs. Kategorie 3: inkomplett 6 (26.1%) vs. komplett 1 (11.1%), Kategorie ≥ 4 : inkomplett 7 (30.4%) vs. komplett 7 (77.8%).

Schluss:

Patienten mit kompletter Querschnittläsion haben eine signifikant stärkere Detrusorüberaktivität als inkomplett gelähmte Patienten. Limitierend ist die geringe Patientenzahl pro Gruppe, diese ersten Daten müssen in einer größeren Patientenkohorte evaluiert werden.

Abstract 10

Does electrical stimulation in the lower urinary tract induce diuresis?

Autor(en):

Frau Stéphanie van der Lely / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Frau Dr. Martina D. Liechti / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Herr Dr. Werner L. Popp / ETH Zurich, Rehabilitation Engineering Lab

Herr Prof. Dr. Thomas M. Kessler / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Herr PD Ulrich Mehnert / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Einleitung:

Electrical stimulation of the lower urinary tract (LUT) is typically used to assess current perception thresholds and sensory evoked potentials to investigate LUT afferent function. However, changing bladder volume during measurement may influence the outcome. We therefore aimed to quantify urine production during LUT electrical stimulation using different stimulation frequencies.

Material und Methodik:

After local ethics committee approval, 89 healthy subjects (23.9 ± 3.7 years, 49 females) were included. All subjects completed a 3-day bladder diary. LUT stimulation site was randomly assigned: bladder dome ($n=20$), trigone ($n=20$), proximal urethra ($n=20$), membranous urethra ($n=10$, males only), and distal urethra ($n=19$). After catheter placement the bladder was emptied and refilled with 60mL of contrast medium. Current perception threshold assessment followed by electrical stimulation was applied at two separate visits with a 14Ch custom-made catheter using three different frequencies (500 stimuli - 0.5Hz (16.7min), 1.1Hz (7.6min), 1.6Hz (5.2min)) in random order. After each stimulation session, the bladder was emptied again and volumes were recorded. In order to control for different stimulation times, urine production per time was analyzed. Linear mixed effects modeling was used to estimate the impact of specific variables on bladder volume increase, i.e. urine production per time, during electrical stimulation in the LUT.

Ergebnisse:

The average amount of daily fluid intake was 2287 ± 882 mL for females and 2318 ± 1101 mL for males. Compared to average natural diuresis over 24 hours as assessed by bladder diary (1.4 ± 0.6 mL/min for females and 1.3 ± 0.8 mL/min for males), urine production per time increased ($p < 0.001$) in average to 11.9 ± 7.5 mL/min in females and 9.2 ± 8.2 mL/min in males during electrical stimulation. With 0.5Hz stimulation, urine production per time increased by factor 6.5 compared to the bladder diary values, while it increased by factor 11.6 when stimulating with 1.6Hz. Stimulation frequency ($p < 0.001$), stimulation order ($p = 0.002$), and stimulation intensity ($p = 0.021$) had a significant influence on urine production per time and was different between genders ($p = 0.024$), while stimulation location and visit had no statistical significant influence.

Schluss:

Electrical stimulation in the LUT significantly increased urine production per time with a bigger impact of higher frequencies. This might not only be relevant for methodological aspects in the assessment of LUT afferent function but also for patients with impaired urine output. The exact mechanism behind our finding is still unclear, but may involve vagal afferent activity (N. Morgunov, Canadian J Physiol Pharmacol 1985, 63(6):636-641).

Abstract 11

Charakterisierung von urologischen Störungen bei Hereditärer Spastischer Paraplegie (HSP)

Autor(en):

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

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

Herr Prof. Klaus-Peter Jünemann / Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Kiel

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

Frau Prof. Susanne Schneider / 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; n =34) 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. Bermerkwenswerterweise 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.

Abstract 12

Der akute Harnverhalt im Kindesalter – wieviel Diagnostik brauchen wir?

Autor(en):

Frau Claudia Deufel / Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm
Frau Dr. Kathi Adamczyk / Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm
Herr Dr. Oliver Schindler / Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm
Frau Prof. Dr. Anne-Karoline Ebert / Klinik für Urologie, Universitätsklinik Ulm

Einleitung:

Der akute Harnverhalt im Kindesalter ist für Betroffenen, deren Eltern und die behandelnden Ärzte eine wenngleich seltene, doch klinisch beeindruckende Situation. Anders als im Erwachsenenalter ist die Ätiologie vielfältig und kann auf mechanischen und inflammatorischen, aber auch funktionellen, neurologischen und tumorösen Ursachen beruhen. Obwohl dies für das Management im Kindesalter essentiell wäre, existiert keine standardisierte Handlungsempfehlung für Diagnostik und Therapie.

Material und Methodik:

In der Kinderurologie und Pädiatrie des Universitätsklinikums Ulm wurden retrospektiv Kindern und Jugendlichen mit akutem Harnverhalt von 08/2013 - 11/2016 erfasst.

Ergebnisse:

28 Patienten (15m, 13w) im mittleren Alter von 6,5 Jahren (1-18J.) wurden behandelt. Zur Diagnosesicherung waren Anamnese, klinische Untersuchung und Harntraktsonographie ausreichend. Bei 17 Patienten (mittl. Alter 6,3 J., 9m, 8w) lag eine mechanische/irritativ-entzündliche Ursache zugrunde (Phimose, Harnröhrenstriktur, genitale Entzündung, Trauma, HWI, Neoplasie). 7 Patienten erhielten neben der kausalen Therapie (z.B. Zirkumzision, Urethrotomia int.) einen suprapubischen, 2 einen transurethralen Katheter. Bei 2 Patienten wurde akut einmalkathetert, 6 Patienten benötigten keine Harnableitung. In dieser Gruppe war bei 2 Patienten (12%) eine weitere Abklärung nötig (1x bei prolongierter Blasenentleerungsstörung MCU/Urodynamik, 1x bei maligner Grunderkrankung MRT). Ein weiterer Junge wurde bei emotionaler Belastung psychiatrisch weiterbehandelt. Bei 9 Patienten (mittl. Alter 7,4 J., 5m, 4w) lag eine funktionelle Blasenentleerungsstörung vor. 3 von ihnen wiesen Störungen des Sozialverhaltens und weitere Verhaltensstörungen (z.B. Zwangsstörung) auf und wurden psychiatrisch therapiert. 2 Patienten miktionierten nach abführenden Maßnahmen spontan, die anderen wurden einmalig, suprapubisch oder transurethral kathetert. Da trotz Umsetzen von basisurotherapeutischen Maßnahmen die Blasenentleerungsproblematik bestehen blieb, wurden 3 Patienten dieser Gruppe (33%) mittels MCU, Urodynamik +/- MRT der Wirbelsäule weiter abgeklärt. Danach mußten alle 3 Patienten intermittierend einmalkatheterisieren. Rezidivierende Harnverhalte (14%) traten vorwiegend bei Patienten mit funktionellen Blasenentleerungsstörungen auf. Bei 2 Patienten (mittl. Alter 5 J., 1m, 1w) war der Harnverhalt das Erstsymptom eines Tethered Cord Syndroms. Nach entsprechender Diagnostik (MCU, CMM, MRT) erlernten sie im Verlauf den intermittierenden Selbstkatheterismus.

Schluss:

Auch wenn die Ursachen des Harnverhaltes im Kindesalter meist harmlos und vergleichsweise einfach zu therapieren sind, muss die Differentialdiagnose funktionelle, neurologische und maligne Erkrankungen des Urogenitaltraktes und der Wirbelsäule mit beinhalten. Der Harnverhalt als Symptom muss zügig beseitigt werden, wobei bei inflammatorischen Genitalerkrankungen und sehr großer Blasenkapazität eine suprapubische Ableitung empfehlenswert ist. Ist die Ätiologie offensichtlich, kann diese, wann immer vertretbar, in der akuten Situation mitbehandelt werden. Eine konsequente weiterführende Diagnostik ist bei prolongierter Symptomatik trotz Einsatz geeigneter urotherapeutischer Maßnahmen indiziert. Insbesondere bei Patienten mit funktioneller Blasenentleerungsstörung ist eine kinderurologische Langzeitbetreuung aufgrund der möglichen Rezidivneigung anzuraten.

Abstract 13

Impact of stimulation parameters on sensory evoked potentials of the lower urinary tract

Autor(en):

Frau Stéphanie van der Lely / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology
Frau Dr. Martina D. Liechti / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology
Herr PD Martin Schubert / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neurophysiology
Herr Prof. Dr. Thomas M. Kessler / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology
Herr PD Ulrich Mehnert / Balgrist University Hospital, Spinal Cord Injury Center, Neuro-Urology

Einleitung:

Previous studies demonstrated the feasibility of sensory evoked cortical potential (SEP) recordings for electrical stimulation of the human lower urinary tract (LUT) with heterogeneous methodologies and results. The aim of the current study was to evaluate the impact of different stimulation parameters (i.e. frequency and number of stimuli) on mean amplitudes and latencies of LUT SEPs in order to refine the methodology for efficient evaluation of viscerosensory afferent pathways of the LUT.

Material und Methodik:

After local ethics committee approval, 40 healthy subjects (age: 23.3 ± 3.3 years) were included. Electrical stimulation of different frequencies (0.5Hz, 1.1Hz, 1.6Hz) was randomly applied at the bladder dome (BD group: 10 females, 10 males) or proximal urethra (PUR group: 10 females, 10 males) using a 14Ch custom-made catheter. Prior to each measurement, the bladder was filled with 60mL of contrast medium and stimulation intensity was increased as far as tolerable without being painful. Five consecutive runs, each with 100 electrical stimuli, were applied. SEPs were recorded from surface electrodes at Cz referenced to Fz and filtered using bandpass (0.5Hz-70Hz) and notch filter. All measurements were repeated in a second visit using the same order of frequency assessments. Linear mixed models with within-subjects factors frequency and visit and between-subjects factors location and gender were adjusted for stimulation intensity to avoid potential confounding. To compare the individual runs, only subjects with stable SEPs in all five runs were included.

Ergebnisse:

Across 500 stimuli, stable LUT SEPs with 100% responder rate and the three main components P1, N1, and P2 were recorded for all frequencies, locations, and visits. Linear mixed model revealed significant influence of stimulation frequency on P1N1 ($F(2,96)=5.32$, $p=0.006$) and P2N1 ($F(2,89)=7.83$, $p<0.001$) amplitudes, but not on the latencies of P1, N1, and P2. Mean amplitudes decreased by increasing stimulation frequency (P1N1- 0.5Hz: $5.1 \pm 2.8 \mu V$, 1.1Hz: $3.8 \pm 2.1 \mu V$, 1.6Hz: $3.3 \pm 2.0 \mu V$; P2N1- 0.5Hz: $9.8 \pm 5.0 \mu V$, 1.1Hz: $7.3 \pm 4.0 \mu V$, 1.6Hz: $6.4 \pm 3.7 \mu V$). No significant effect was found for stimulation intensity, location and visit. Considering runs separately, decreasing amplitudes were observed from run 1 to 5 (P1N1: $F(4,481)=14.47$ / P2N1: $F(4,481)=21.09$; $p<0.001$) accompanied by decreasing responder rate.

Schluss:

SEPs could be recorded in the LUT with all three frequencies. Higher frequencies resulted in reduced SEP amplitudes, indicating that the choice of the stimulation parameters is crucial. The gradual decrease in amplitude and responder rate across runs suggests that the total number of runs (=number of stimuli) can be reduced in order to achieve reliable LUT SEPs and at the same time reducing acquisition time. This is relevant for implementation of LUT SEPs into daily clinical practice, however, further studies including patients are needed.

Abstract 14

Ablativer Erbium:YAG Laser - Rationale und erste Ergebnisse eines biphasischen Protokolls bei der Therapie bei urogynäkologischer Symptome

Autor(en):

Frau PD Anke R Mothes / Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin, Universitätsklinikum Jena

Herr Prof. Dr. Ingo B Runnebaum / Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin, Universitätsklinikum Jena

Einleitung:

Patientinnen mit gering gradigen Beckenbodenbeschwerden wünschen oft die Ausschöpfung verschiedener konservativer, nicht invasiver Behandlungsoptionen, um einerseits ihre Lebensqualität zu erhöhen und andererseits eine operative Therapie möglichst lange hinauszuzögern. Besonderes Augenmerk sollte hierbei auf Risikopopulationen liegen, zu denen auch junge Patientinnen mit beginnenden Beckenbodendysfunktionen gehören können. Unser Gesundheitssystem wird jedoch unausweichlich durch das Altern der Gesellschaft und damit verbundenen Kosten bei der Therapie von Alterungserkrankungen belastet. Gerade bei Präventionsansätzen liegt am Beckenboden der Fokus auf einer Stärkung des Binde- und Stützgewebes. In diesem Kontext sehen wir die vaginale Lasertherapie urogynäkologischer Symptome angesiedelt. Unter verschiedenen Lasertechnologien, die hierbei weltweit bereits zur Anwendung kommen, ist der Er:YAG Laser durch seine spezifische Wellenlänge am Maximum der Wasserabsorption gekennzeichnet. Das führt zu einer optimalen Umwandlung von Laser- in thermische Energie im biologischen Gewebe.

Material und Methodik:

Unter Nutzung der Er:YAG Technologie mit fraktioniertem Laserstrahl und einem biphasischem Protokoll aus ablativem und thermischem Modus wurden Daten von konsekutiv therapierten Patientinnen mit Beckenbodendysfunktionen wie erstgradiger Senkung, erstgradiger SUI, Urge, Atrophie oder einer Kombination dieser Symptome erfasst. Veränderbare physikalische Laser-Parameter waren Pulslänge, Fluence (Energie/Fläche) und das Pulsintervall. Beide Modi wurden in einem 10-minütigen Behandlungskurs unmittelbar hintereinander appliziert. Das Nachuntersuchungsintervall betrug 6 Wochen, mögliche Komplikationen wurden standardisiert nach Clavien und Dindo klassifiziert.

Ergebnisse:

Von ersten n=84 therapierten Patientinnen, 21% prä-, 79% post-menopausal, konnten n=71 evaluiert werden. 27% zeigten nur ein Symptom, während 35% an einer Kombination aus 3 oder mehr urogynäkologischen Symptomen litten. Als leicht wurden 4 Komplikationen klassifiziert (CD I, n = 1; CD II, n = 3). Entsprechend dem Vorliegen einer Vaginalatrophie rangierte die verwendete Fluence zwischen 15–35 in Phase I und 3–12 J/cm² in Phase II. Bei Patientinnen mit einem urogenitalen Syndrom in der Menopause unterschieden sich die prä- und post-therapeutischen VHI- und pH-Werte [15.3 ± 4.5 vs. 19.9 ± 2.8 ($p < 0.001$, Student's t test) und 5.2 ± 0.6 vs. 4.8 ± 0.4 ($p = 0.024$)]. Die globale Patientenzufriedenheit lag bei 82% (n = 58; Alter: $58 \pm 12a$). In der Gruppe der postmenopausalen Patientinnen gaben 84% an, zufrieden zu sein.

Schluss:

Das biphasische vaginale Er:YAG Laser Protokoll in der Behandlung urogynäkologischer Frühsymptome war entsprechend einer ersten und subjektiven Patientinnen-Evaluation erfolgreich und sicher. Ein hoher Grad an Zufriedenheit und nur wenige und leichte Komplikationen sollten in einer prospektiven Untersuchung mit validierten Evaluationsinstrumenten bestätigt werden.

Abstract 15

Victo adjustierbarer künstlicher Harnröhrensphinkter

Autor(en):

Herr Prof. Dr. Wilhelm Hübner / LK Korneuburg-Stockerau

Herr Dr. Rudolf Hölzel / LK Korneuburg-Stockerau

Frau Dr. Ghazal Ameli / LK Korneuburg-Stockerau

Herr Dr. Michael Rutkowski / LK Korneuburg-Stockerau

Einleitung:

Künstliche hydraulische Harnröhrensphinkter sind der Goldstandard in der Therapie der männlichen Belastungsincontinenz. Die Zufriedenheitsrate ist mit über 90% sehr hoch obwohl nach wie vor eine signifikante Revisionsrate besteht. Hauptursache sind die „sub cuff atrophy“ und die Harnröhrenarrosion. Schlüsselfaktoren sind der Blutfluss in der Harnröhre sowie Risikofaktoren, wie Diabetes, Hypogonadismus und stattgehabte Radiotherapie. Durch die Adjustierung auf den niedrigsten, für eine suffiziente Kontinenz nötigen Druck in der Manschette, sollten optimale Langzeitergebnisse erzielt werden.

Material und Methodik:

Der adjustierbare, künstliche Harnröhrensphinkter VICTO besteht aus einer Harnröhrenmanschette, einem Reservoir- bzw. druckregulierenden Ballon sowie einer Pumpe, welche mit einem Port zur perkutanen Adjustierung ausgestattet ist. Die Adjustierung kann zu jedem Zeitpunkt nach Implantation durchgeführt werden. Der Systemdruck kann in einem Bereich zwischen 0 und 100 cmH₂O adjustiert werden. Für Patienten, denen die Unterbrechung des Harnstrahles nicht möglich ist, wird zusätzlich das VICTO plus System angeboten, welches mit einem zusätzlichen, präperitoneal platzierten Stressballon ausgestattet ist. Durch den Stressballon werden abdominelle Druckspitzen, z.B. beim Husten, direkt an die Harnröhrenmanschette weitergeleitet und so der Druck in der Manschette kurzfristig erhöht. Beide Versionen werden „preconnected“ geliefert.

Das Video zeigt initial die Präparation und das Vermessen der Harnröhre sowie anschließend das Befüllen des Systems vor der Implantation. Der druckregulierende Ballon wird intraperitoneal platziert um eine Kapselbildung zu verhindern, welche den Systemdruck negativ beeinflussen könnte. Bei Verwendung eines VICTO plus Systems wird der Stressballon präperitoneal positioniert. Die Manschette wird mit Hilfe eines Kamerabeutels über einen inguinalen Wechselschnitt problemlos nach perineal eingebracht. Positionierung und Schließen der Manschette erfolgen anschließend mit einer Moskito Klemme. Abschließend wird die Pumpe mittels einer Kornzange subkutan in das rechte Skrotalfach eingebracht und die perineale Wunde mit resorbierbaren Fäden verschlossen.

Ergebnisse:

Im Zeitraum Dezember 2016 bis Jänner 2018 wurden von uns 30 VICTO Systeme implantiert, 14 VICTO plus Systeme sowie 16 VICTO Systeme. Aussagen über Langzeitergebnisse können zum jetzigen Zeitpunkt nicht getätigt werden. Wir können jedoch berichten, dass alle Patienten nach diesem ersten Jahr, entweder trocken sind oder zumindest eine deutliche Besserung ihrer Belastungsincontinenz aufweisen. Bei diesen Patienten sind weitere Adjustierungen ausständig. Zudem musste kein System explantiert werden.

Schluss:

Unsere Erfahrungen bezüglich der Möglichkeit, den Systemdruck auf den niedrigsten für eine suffiziente Kontinenz nötigen Druck adjustieren zu können, sind sehr zufriedenstellend. Wir gehen davon aus, dadurch in Zukunft, sowohl die „sub cuff atrophy“, als auch die Manschettenarrosion auf ein Minimum reduzieren zu können.

Abstract 16

AdVanceXP-Schlinge – 4-Jahres-Ergebnisse einer multizentrischen und prospektiven Studie

Autor(en):

Herr Jan-Niclas Mumm / Ludwig-Maximilians-Universität, Großhadern
Herr Benedikt Klehr
Frau Anne Sommer
Herr Dr. Christian Gozzi
Herr Dr. Peter Rehder
Herr PD Florian May
Herr Dr. Roland Homberg
Herr Dr. Peter Gebhartl
Herr Prof. Dr. Christian Stief
Frau Prof. Dr. Ricarda Bauer

Einleitung:

Einleitung: In den letzten Jahren haben mehrere Studien die Effektivität und Sicherheit der AdVanceXP male sling für die Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz (BI) im Kurzzeit-Follow-Up belegt. Ziel dieser Arbeit war es, die Effektivität und Sicherheit des AdVance XP in der Therapie der männlichen BI nach radikaler Prostatektomie in einer prospektiven multizentrischen Studie im Langzeit-Follow-Up zu untersuchen.

Material und Methodik:

Methode: Insgesamt wurden 115 Patienten in die Studie eingeschlossen. Patienten mit Urinverlust im Liegen, vorheriger Inkontinenz-Operation und einer funktionellen Harnröhrenlänge <1 cm wurden ausgeschlossen. Postoperativ wurde ein standardisierter 24-Stunden-Pad-Test sowie eine Erhebung der Lebensqualität mittels I-QoL und ICIQ-UI SF durchgeführt. Weiter wurde der postoperative Schmerz mittels visueller Analogskala (VAS) erhoben und IIEF-5, IPSS sowie PGI wurden abgefragt. Alle Patienten mit einem Urinverlust von ≤ 5 g im 24-Stunden-Pad-Test wurden als „geheilt“ bewertet. Patienten mit einer Reduktion des Urinverlusts $>50\%$ wurden als „gebessert“ bewertet.

Ergebnisse:

Ergebnisse: Der Mittelwert des präoperativen Urinverlusts im 24-Stunden-Pad-Test war 341 g (Median 272 g). Es gab kein lost to follow up. Nach einem Follow-Up von 12 Monaten ($n=112$) waren 64,3% der Patienten geheilt, 29,5% mit verbesserter Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 19,1 g ($p<0,001$). Die mittlere VAS lag bei 0,3, der mittlere PGI bei 1,4. Nach einem Follow-Up von 24 Monaten ($n=91$) waren 67,0% der Patienten geheilt, 25,3% mit verbesserter Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 18,4 g ($p<0,001$). Die mittlere VAS lag bei 0,3, der mittlere PGI bei 1,5. Die Lebensqualitäts-Scores verbesserten sich beide signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar. Nach einem Follow-Up von 36 Monaten ($n=69$) waren 65,2% der Patienten geheilt, 23,2% mit verbesserter Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 21,4 g ($p<0,001$). Die mittlere VAS lag bei 0,0, der mittlere PGI bei 1,7. Die Lebensqualitäts-Scores verbesserten sich beide signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar. Nach einem Follow-Up von 48 Monaten ($n=42$) waren 73,8% der Patienten geheilt, 9,5% mit verbesserter Inkontinenz. Der mittlere Urinverlust reduzierte sich signifikant auf 13g ($p<0,001$). Die mittlere VAS lag bei 0,1 und der mittlere PGI bei 1,4. Die Lebensqualitäts-Scores verbesserten sich beide signifikant (jeweils $p<0,001$). Es waren keine signifikanten Veränderungen im IIEF5 oder IPSS nachweisbar.

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Patienten mit einem präoperativen Urinverlust <500 ml und >500 ml. Es traten keine intraoperativen Komplikationen auf. Bei 6 Patienten (5,2%; $n=115$) kam es zu einem persistierenden postoperativen Restharn. Es traten weder Erosionen noch Explantationen auf.

Schluss:

Schlussfolgerungen: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die AdVance XP male sling eine gute und verlässliche Effektivität sowie eine niedrige Komplikationsrate im 4 Jahres Follow-Up zeigt.

