



Universitätsklinikum  
Leipzig

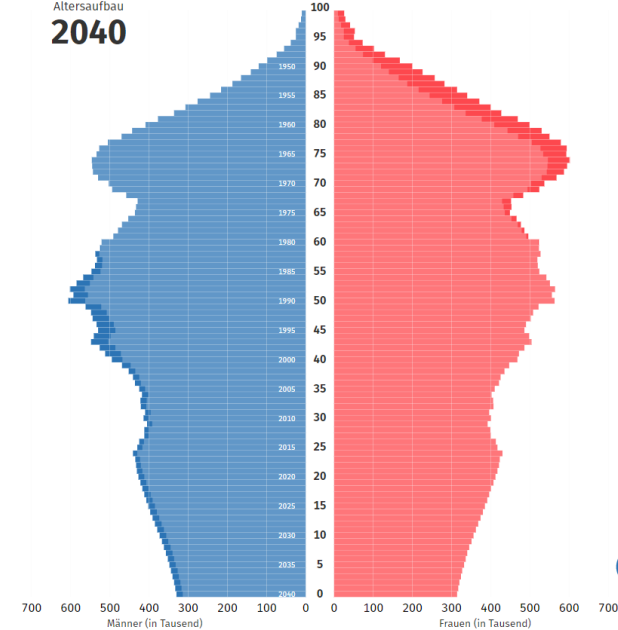
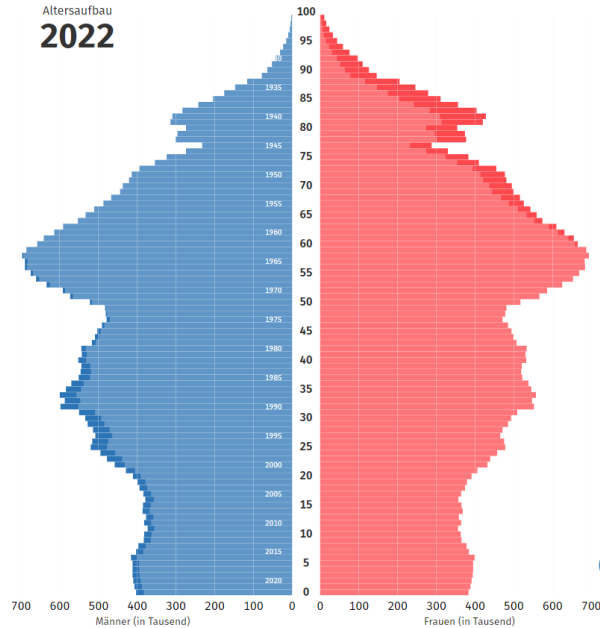
Medizin ist unsere Berufung.

# UPDATE UROGYNÄKOLOGIE

Dr. Sylvia Stark

Gynäkologischer Jahresrückblick 09.11.2022





Prävalenz Inkontinenz

25-45% (Rekers 1992, Holmst und Wilson 1988)

Prävalenz Prolaps II°

51% (Swift 2000)

@ <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide>

# INKONTINENZ



## KONSERVATIVE THERAPIE

Grundsätzlich vor einer  
operativer Therapie  
(Empfehlungsgrad A)

## OPERATIVE THERAPIE

- Alloplastische suburethrale spannungsfreie Schlingen (TVT, TOT)
- Kolposuspension
- Minischlingen
- artifizeller Sphincter – Ultimo ratio
- Bulking agents

# Belastungsinkontinenz - konservative Therapie

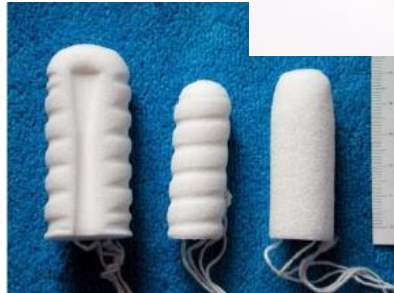


Universitätsklinikum  
Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Grundsätzlich vor einer operativer Therapie (Empfehlungsgrad A)

- Hormone
- Lebensstil, Gewichtsreduktion, Trinkverhalten
- Physiotherapie: BB-Training, Biofeedback, E-Stimulation, Vaginalkonden, Vibration/Magnettherapie
- Duloxetine
- Hilfsmittel: Tampons, Urethrapessar
- **Lasertherapie**



# Belastungsinkontinenz

## Konservative Therapie - LASERTHERAPIE

### Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



Österreichische Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)



Schweizerische Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)



Harninkontinenz der Frau

AWMF-Registernummer

015-091

Leitlinienklasse

S2k

Stand

Dezember 2021

Version

1.0

|            |                                                                      |           |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.4</b> | <b>LASERTHERAPIE BEI BELASTUNGSINKONTINENZ.....</b>                  | <b>99</b> |
| 4.4.1      | Drei Lasermodalitäten zur Behandlung der Belastungsinkontinenz ..... | 100       |
| 4.4.2      | Erste Reviews zur Lasertherapie und Verbesserung der Datenlage ..... | 100       |
| 4.4.3      | Randomisiert kontrollierte Studien und Vergleichsstudien .....       | 101       |
| 4.4.4      | Prospektive nicht-randomisierte Beobachtungsstudien.....             | 101       |

Female Urinary Incontinence. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015-091, December 2021).

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-091.html>



# Belastungsinkontinenz

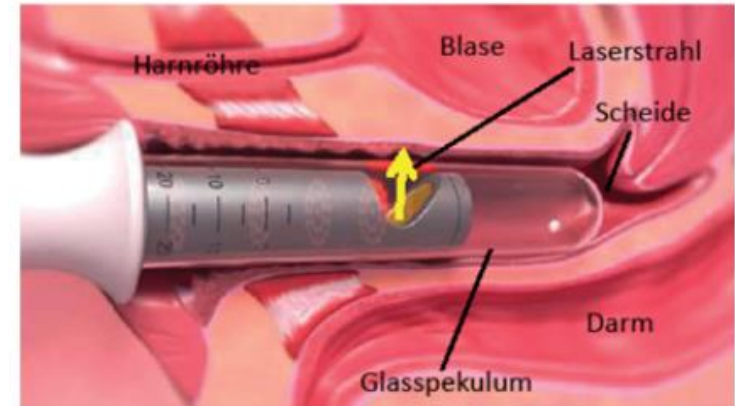
## Konservative Therapie - LASERTHERAPIE



Universitätsklinikum  
Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

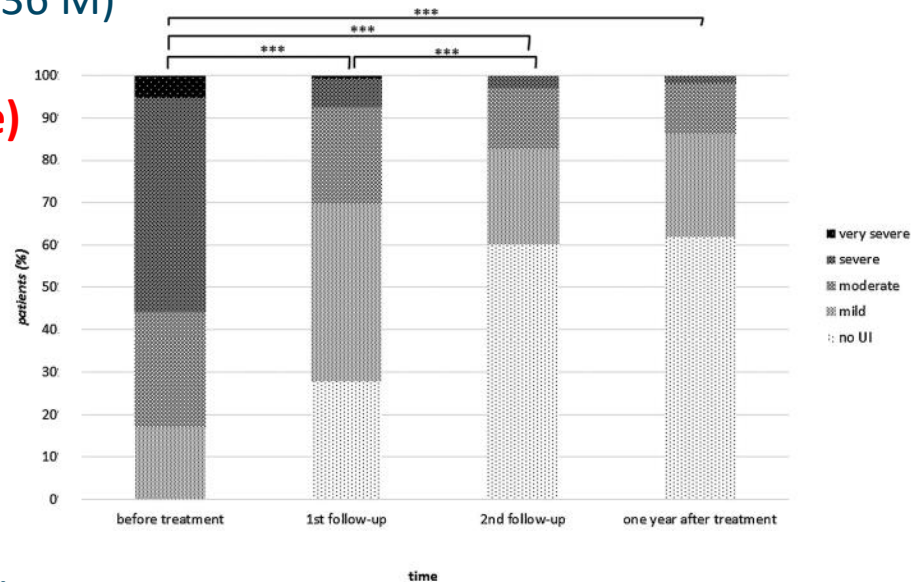
- 3 Lasermodalitäten zur intravaginalen Behandlung der Belastungsinkontinenz
- Am häufigsten: Er:YAG – Laser
- Laserstrahl wird im Gewebe in Wärme umgewandelt
- Temperaturen von 60°C in tieferen Schichten denaturieren Kollagen, während Vaginalepithel an der Oberfläche intakt bleibt
- Induktion der Neokollagenese und damit Verstärkung der vorderen Vaginalwand
- Verbesserte Unterstützung von Blase und Harnröhre, Verbesserung der Inkontinenz



# Belastungsinkontinenz

## Konservative Therapie - LASERTHERAPIE

- über 30 prospektiv nicht randomisierte Fallstudien
- Nachbeobachtung oft nur 3-6 Monate (bis 36 M)
- **subj. Heilungsrate 38 – 77 % (6-12 Monate)**
- **obj. Heilungsrate 50 – 66 % (6 Monate)**
- Keine signifikanten Nebenwirkungen  
(leichte Schmerzen oder vag. Brennen)
- Geeignet für SIK I-II°
- 3-4 Sitzungen empfohlen
- Keine Kassenleistung, IGeL ca. 160 Euro / Sitzung



@Ogrinc: 2015, Lasers in Surgery and Medicine



# Belastungsinkontinenz

## Konservative Therapie - LASERTHERAPIE



### Konsensbasiertes Statement S4-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine randomisiert kontrollierte Studie zum direkten „Head-to-head“-Vergleich der drei Lasermodalitäten bei Belastungsinkontinenz gibt es bisher nicht.

### Konsensbasierte Empfehlung E4-15

Expertenkonsens

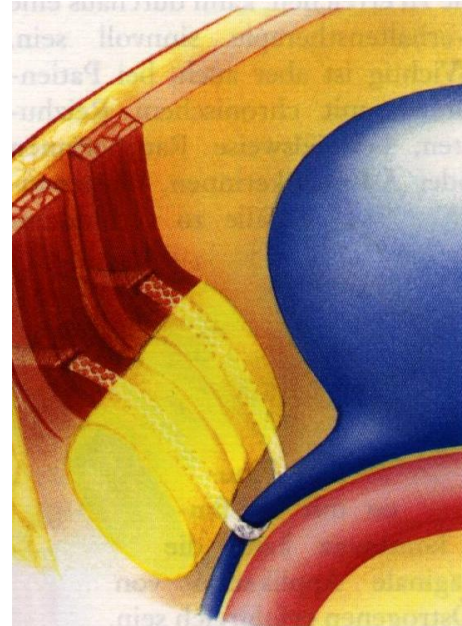
Konsensstärke ++

Die intravaginale Lasertherapie kann als therapeutische Möglichkeit zur Behandlung der leichten und mittleren Belastungsinkontinenz angeboten werden (**offene Empfehlung**).\*

\*Die Lasertherapie hat noch keine Kassenzulassung.

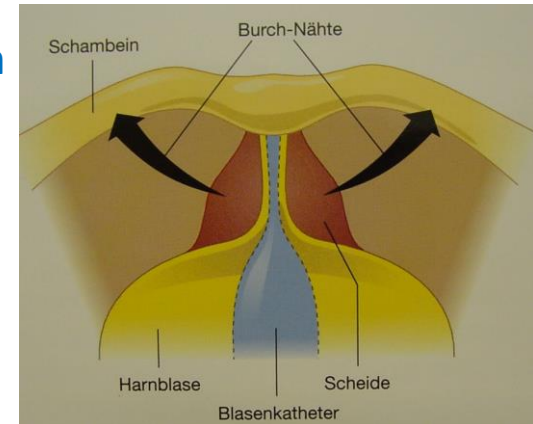
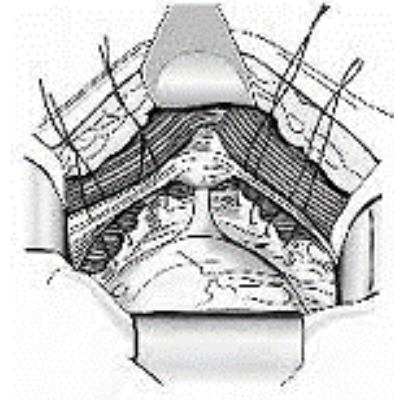
## „Tensionfree vaginal tape“ , ULMSTEN, 1995 (Integritätstheorie PapaPetros und Ulmsten)

- Mittlere Harnröhre
- Prolene-Netz
- Lokalanästhesie
- Ohne postoperative Harnableitung
- Kombinierbarkeit

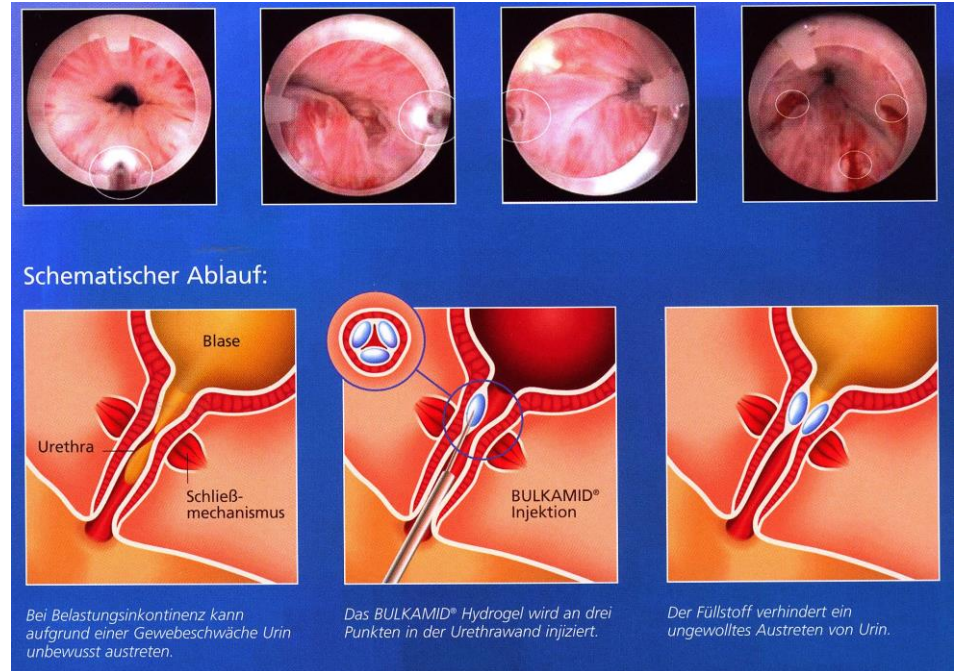
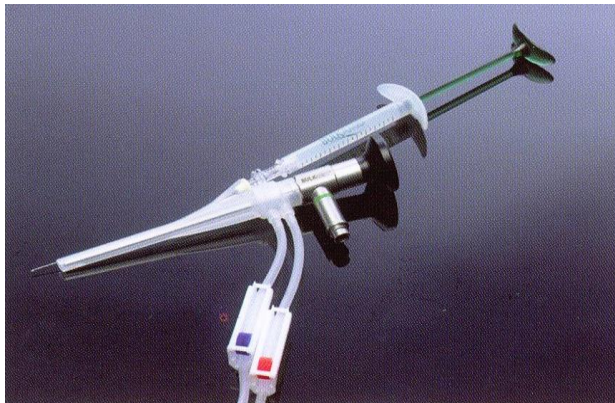


## Abdominale Kolposuspension

- Indikation: GSI I-III, Rezidiv-Inkontinenz
- Erfolgsraten: Metaanalyse (10 Pub.)
  - Beobachtung: 7,1 - 10,1 Jahre
  - Erfolg: subj.: 78%, obj.: 65%
  - Stanton 85% nach 15 Jahren, 78% nach 20 Jahren
- Problem:
  - Blasenentleerungsstörung: 15-20%
  - De-novo Dranginkontinenz: 10-15%
  - Enterozelen: 7-35%



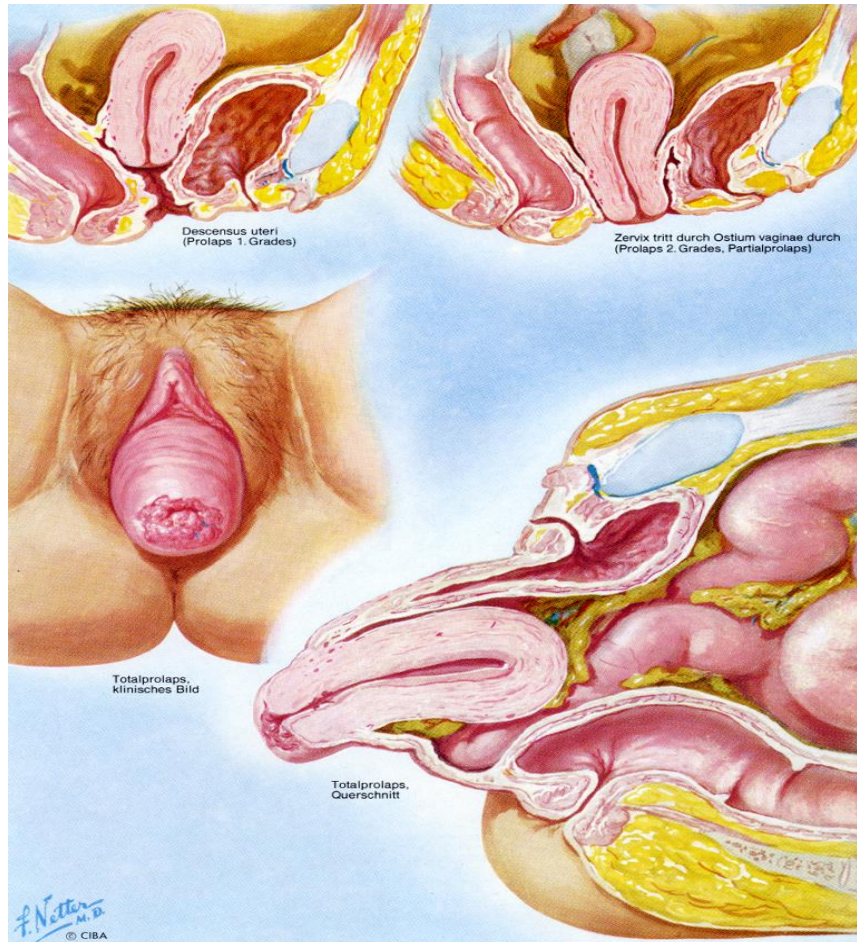
- Wunsch der Patientin nach „kleinstmöglichem Eingriff“ mit Effekt auf die Lebensqualität (57% nach Robertson)
- Junge Frauen mit Kinderwunsch (?)
- Rezidiv/Versager invasiverer Methoden
- Senium, Risikofaktoren



# GENITALDESZENSUS



## Defektzustände des Beckenbodens



- ☞ Inzidenz: 51 % (Swift 2000)
- ☞ 10 -17 % Lifetime-Risiko für chirurgische Intervention (Smith 2010)



# Therapiemöglichkeiten beim Genitaldeszensus



# Deszensus – konservative Therapie



Universitätsklinikum  
Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

## Pessartherapie

Ring, Schale, Würfel, Keule, Tandem

Restifem®

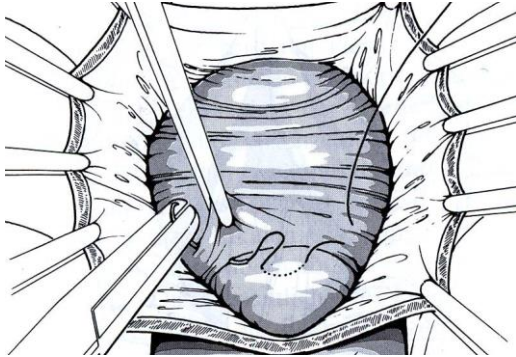


PESSARE

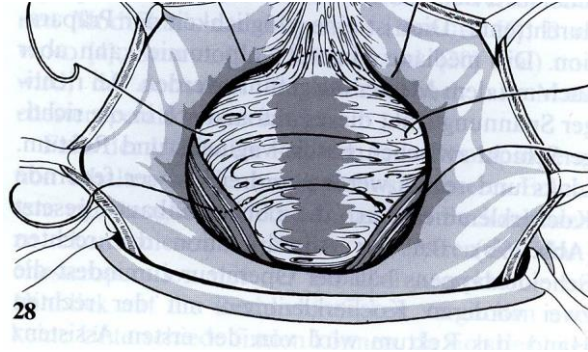


# Deszensus - operative Therapie

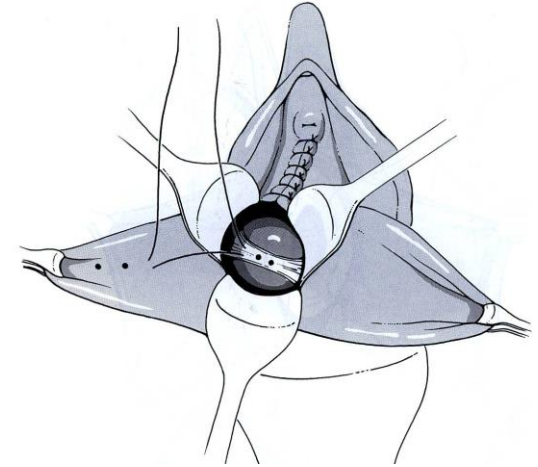
## Herkömmliche Techniken



Kolporrhaphia anterior



Kolporrhaphia posterior



Vaginaefixatio sacrospinalis

# Deszensus operative Therapie durch Vaginalnetze



2008: erste FDA-Sicherheitsmeldung

2011: Verbot der vaginalen Netze

- Unterscheidung „Netze“ und „Schlingen“
- seitdem Verbot 2011
- restriktiverer Einsatz
- neue Netze: kleiner, leichter

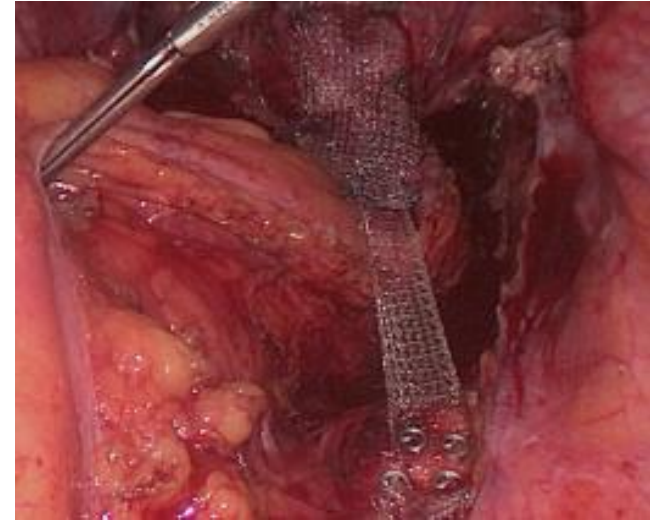
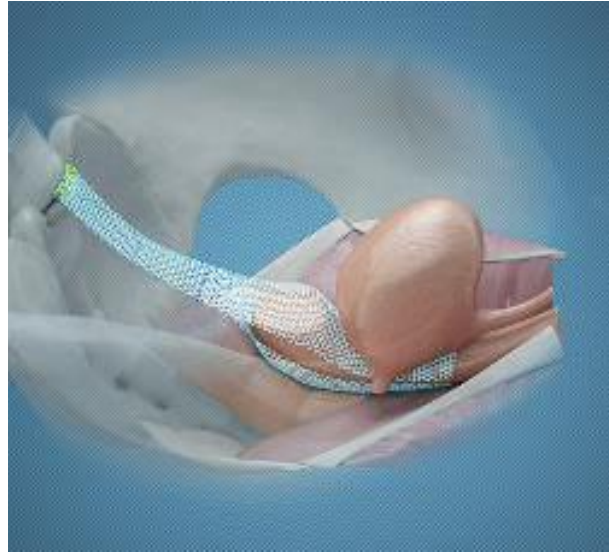
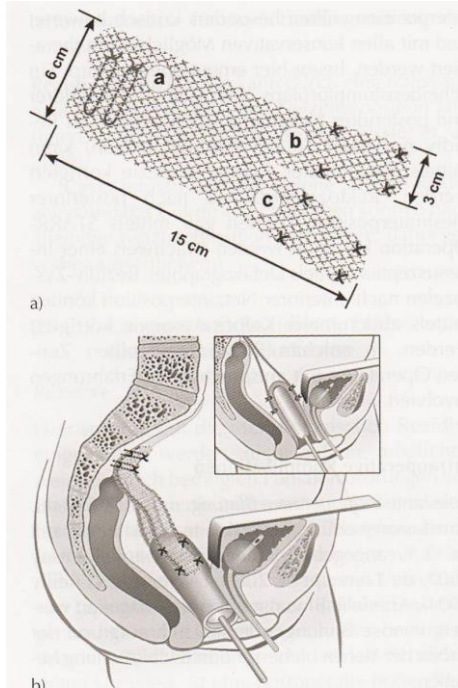




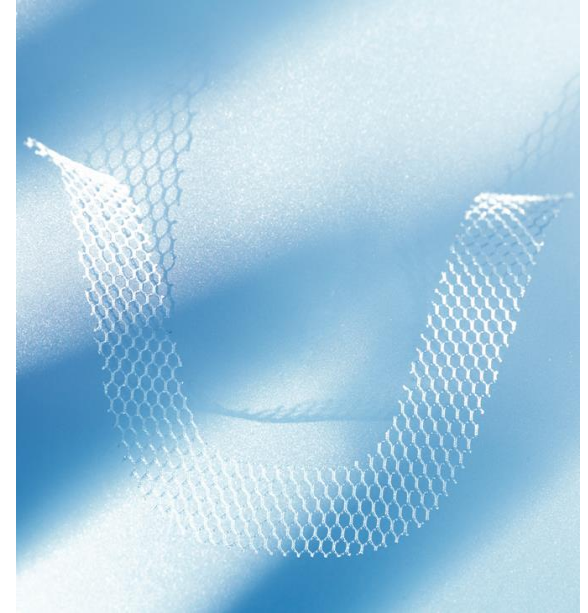




## Abdominale / laparoskopische Hystero- / Zerviko- / Kolposakropexie



## **symmetrische, bilaterale Suspension am Ligamentum Sakrospinale BSC-Mesh A.M.I.® / Splentis Promedon®**



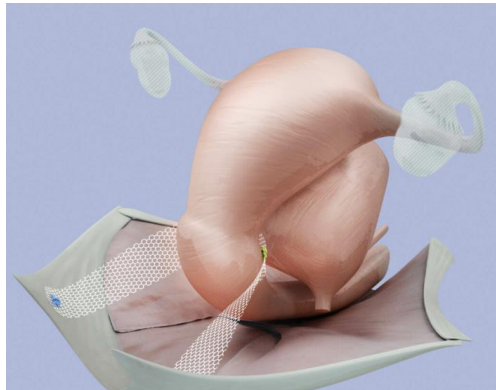
## symmetrische, bilaterale Suspension am Ligamentum Sakrospinale BSC-Mesh A.M.I.® / Splentis Promedon®



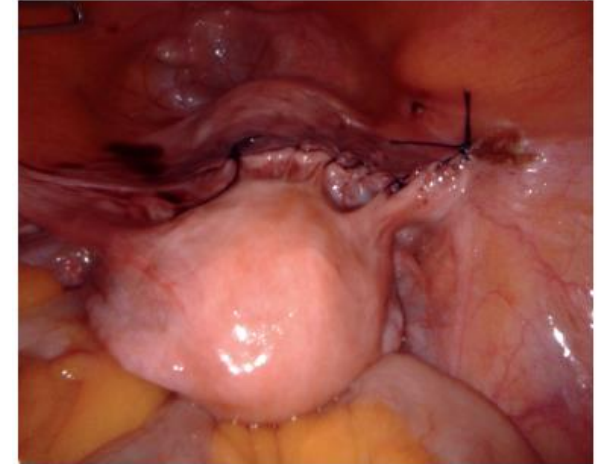
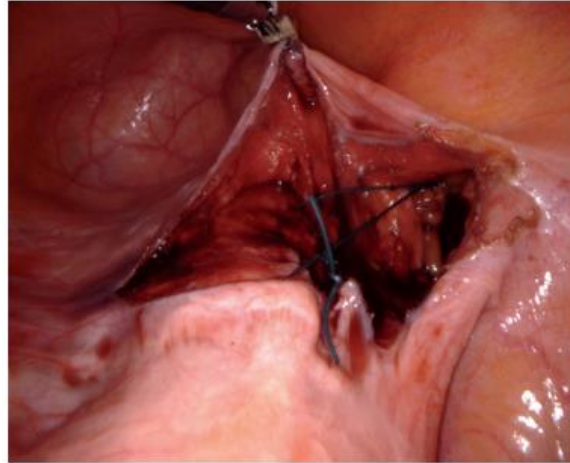
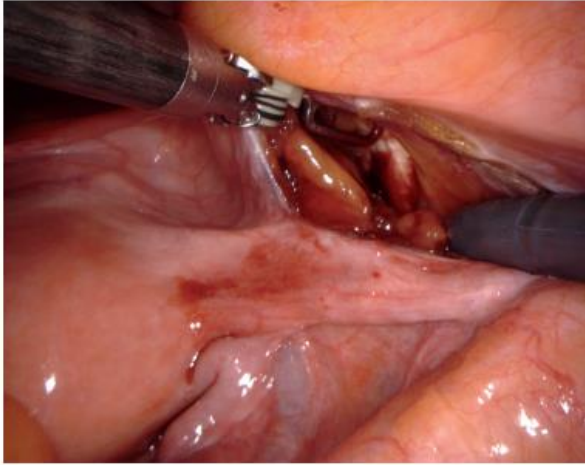
- sehr gute Erfolgsraten  
> 90% (Kieback 2020, Ollig 2014)
- Netzerosionen bis zu 2%
- Anatomisch exakte  
Rekonstruktion
- Erhalt der Sexualfunktion
- Vaginales Vorgehen –  
kurze Konvaleszenz



- Ankerfixierung, chron.  
Schmerzsyndrom
- Einsatz von Fremdmaterial
- Auftreten de-Novo-Urge bis 6%



## unilaterale pectineale Suspension (UPS)



► Facts Views Vis Obgyn. 2022 Jun;14(2):177-181. doi: 10.52054/FVVO.14.2.015.

**Unilateral pectineal suspension – A new surgical approach for apical correction of pelvic organ prolapse**

D I Bolovis, C V M Brucker

PMID: 35781115 DOI: 10.52054/FVVO.14.2.015



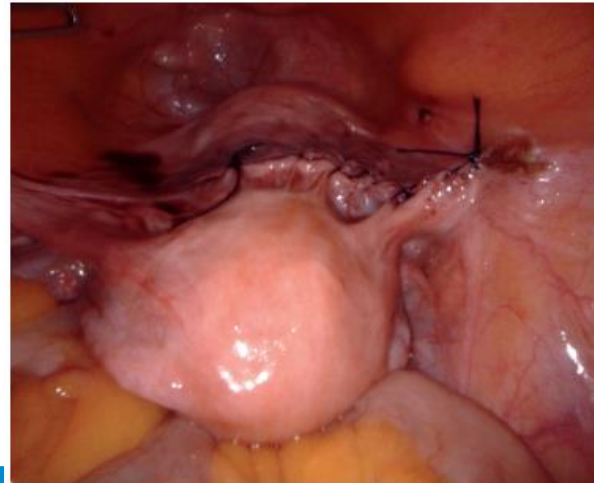
## unilaterale pectineale Suspension (UPS)



- gute Erfolgsraten 80-90%  
(Bolovis 2022)
- Ohne Notwendigkeit eines alloplastischen Netzinterponates
- Anatomisch exakte Rekonstruktion
- Erhalt der Sexualfunktion
- Laparoskopisches Vorgehen
- kurze OP-Zeit



- Rezidivrate ? / Versagerquote ?
- laparoskopisches Vorgehen
- junges OP-Verfahren



# Update Urogynäkologie

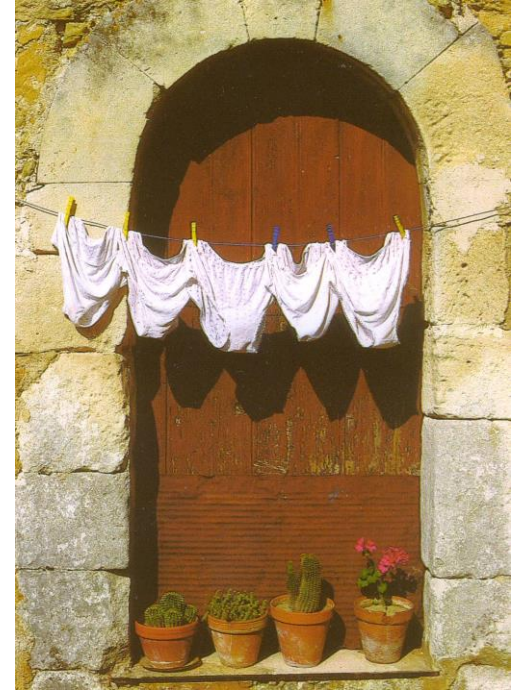
## Konservativ FIRST - so wenig invasiv wie nötig

### Belastungsinkontinenz

- TVT weiterhin Goldstandart
- Neu: Lasertherapie in Leitlinien verankert

### Genitaldeszensus

- Neue OP-Methoden
- Individuelles Patientenorientiertes OP-Management



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



## Unifrauenklinik

### Urogynäkologische Sprechstunde

OÄ Dr. med. Sylvia Stark

### Geburtshilfliche urogynäkologische Sprechstunde

OÄ Dr. Anne Heihoff-Klose

Liebigstraße 20a

04109 Leipzig



(0341) 97 23433

### Praxis für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Urologie

MedVZ Uniklinikum Leipzig

Dr. med. Tom Kempe

Grimmaische Str. 16

04109 Leipzig



(0341) 391 22 80

