



25 Jahre laparoskopische Sakropexie: Defektorientierte Therapie oder globaler Therapieansatz. Eine historische und klinische Bewertung

Prof. Dr. med. Boris Gabriel, Chefarzt der Frauenklinik, St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Die Geschichte der Deszensus-Chirurgie hat sich in den letzten 50 Jahren dramatisch gewandelt. Die Operation mittels Bauchschnitt war historisch gesehen der Goldstandard zur Therapie des Scheidenstumpf-Vorfalles nach Hysterektomie. Die langjährigen Erfolgsraten betragen über 90 %.

Mittlerweile ist anerkannt, dass mit der laparoskopischen Sakropexie (LSC) eine mindestens genauso gute Langzeit-Erfolgsrate erreicht wird. Zusätzlich kommen die allgemein bekannten Vorteile der minimal-invasiven Chirurgie zum Tragen. Eine kürzlich durchgeführte Studie, die auf dem Kongress der International Urogynecological Association (IUGA) vorgestellt wurde, zeigte sogar eine Überlegenheit des laparoskopischen Verfahrens hinsichtlich der Erfolgsrate. Die subjektive und objektive Erfolgsrate der LSC beträgt fast 95 %. Erosionen treten deutlich seltener auf als nach vaginalen Mesh-Implantationen.

Eine zunehmende Aufmerksamkeit bekam das laparoskopische meshgestützte Verfahren aber erst nachdem die Food and Drug Administration (FDA) im Jahre 2008 erstmals eine „public health notification“ veröffentlichte, um die Anwenderinnen/Anwender und Patientinnen über potenziell ernste Komplikationen zu informieren, die mit dem Einsatz vaginaler Meshes verbunden sein könnten. Mittlerweile wurde in einigen Ländern vonseiten der Politik in einer übereilten Aktion der Einsatz vaginaler Meshes sogar gänzlich verboten, sodass der Stellenwert der laparoskopischen Verfahren für Operationen unter Einsatz von Meshes immer mehr zunimmt. Für die Patientin ist es von Bedeutung über diesen Unterschied in der Einbringung des Meshes – Abdominal vs. Vaginal – zu informieren.

Lernkurve der LSC

Eine belgische Arbeitsgruppe erforschte die Lernkurve für die Durchführung einer komplikationsfreien und erfolgreichen LSC. Die Autoren berücksichtigten in ihrer statistischen Analyse eine Reihe von relevanten Indikatoren und kamen zu dem Schluss, dass ein adäquater Lernprozess erst nach 60 Prozeduren erreicht ist! Aus diesem Grunde werden im Rahmen des diesjährigen DGGG-Kongresses, neben einem Seminar zu laparoskopischer Sakropexie, auch ein entsprechender Nahtkurs an Pelvitrainern und mehrere Workshops zum Komplikationsmanagement angeboten.

Von der „palliativen“ zur rekonstruktiven Sakropexie

Die Entwicklung der vaginalen Chirurgie in den letzten 20 Jahren mit dem Konzept der Spannungsfreiheit hat auch zu einer Modifikation der ursprünglichen Technik der LSC geführt. Historisch gesehen wurde lediglich der Scheidengrund mittels des Meshes suspendiert, der Ansatz war „palliativ“. Mit den Jahren und zunehmender Erfahrung sowie technischem Fortschritt war es möglich, immer tiefer im kleinen Becken zu präparieren und somit Begleitdefekte im vorderen und hinteren Kompartiment gleich mitzukorrigieren.

Richtige Präparationsebenen

Der Übergang von der palliativen zur rekonstruktiv ausgerichteten Beckenboden-Chirurgie führte im Verlauf dazu, dass sich die/der Gynäkologin/Gynäkologe auch neue Präparationsebenen aneignen musste. Der vesikovaginale Raum wird bis zum Blasen Hals präpariert. Das Spatium rectovaginale wird hinunter bis zum Beckenboden eröffnet, um somit direkten Zugang zum Levatormuskel zu bekommen.

Korrekte Platzierung des alloplastischen Materials

Die technischen Modifizierungen im Laufe der Zeit führten zunächst dazu, dass die Mesh-Interponate immer tiefer in den vesikovaginale Raum eingebracht und somit Begleit-Zystozelen in derselben Sitzung mitkorrigiert werden konnten. Gleichwohl gab es keinen wirklichen Standard für die Implantation und korrekte Platzierung der Meshes. Aus anatomischer Sicht muss betont werden, dass eine alleinige Fixierung des Scheidenapex lediglich den apikalen Defekt korrigiert und allenfalls eine moderate Begleit-Zystozele oder Begleit-Rektozele behandelt. Im Falle einer Zysto- oder Rektozele müssen die eingebrachten Meshes jeweils bis in die Tiefe platziert werden. Der kraniale, sich verjüngende Anteil der Meshes wird im Bereich des Lig. vertebrale anterius im Bereich von S1 oder S2 mittels nichtresorbierbarer Naht suspendiert oder von manchen Operateuren auch mittels Titanschrauben am Promontorium fixiert. Mittlerweile gehört die Sakropexie unter Erhalt des Gebärmutterhalses und tiefer Präparation bis zum Beckenboden (Kolpozervikosakropexie) zu einem etablierten Verfahren. Fünf-Jahresdaten mit sehr guten Erfolgsraten existieren dazu. Auch der Erhalt der Gebärmutter ist prinzipiell möglich. Insofern ist heutzutage der rekonstruktive, defektorientierte Therapieansatz einem palliativ-globalen vorzuziehen.

Was bringt die Zukunft?

Die Festlegung von einheitlichen Minimalstandards stellt eine wesentliche Aufgabe der Fachgesellschaften für die Zukunft dar, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen und das Training der Operateure in diesem Bereich zu erleichtern. Entsprechende in vitro Trainingsmodelle, auch im Rahmen der Zertifizierung von Operateuren, in den Arbeitsgemeinschaften für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e. V. (AGUB) und Gynäkologische Endoskopie e. V. (AGE) sind notwendig. Des Weiteren wird insbesondere die komplexe Beckenbodenrekonstruktion der überwiegend jüngeren Patientin, evtl. unter Gebärmuttererhalt, aber auch die Therapie von Rezidivpatientinnen eine zunehmende Rolle spielen, sodass die Expertise von entsprechend erfahrenen Operateuren in Beckenbodenzentren gefragt sein wird.

Es gibt kein schlüssiges Argument dagegen, denn bekanntermaßen korrelieren Erfolgs- und Komplikationsraten mit der Erfahrung und Fallzahl der Operateure. Die Erfolgsgeschichte der Brustzentren bzgl. der Versorgungsqualität kann auch auf den urogynäkologischen Bereich übertragen werden. Warum sollten komplexe Fälle, Rezidivfälle und insbesondere junge Patientinnen nicht von der bestmöglichen Versorgung profitieren? Hier kommt dem Dialog zwischen Fachgesellschaften, Politik und Krankenkassen besondere Bedeutung zu. Die Herausforderung an die Industrie in Zusammenarbeit mit Operateuren besteht in der Herstellung von standardisierten Mesh-Kits für den laparoskopischen Zugangsweg. Diese könnten Über- und Unterkorrekturen durch zu große oder zu kleine Netze vermeiden helfen, die Erosionsraten weiter reduzieren und die Operationszeit wesentlich verkürzen.

6.229 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. Boris Gabriel

Chefarzt Frauenklinik

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

Beethovenstr. 20

65189 Wiesbaden

Tel.: +49 (0) 611 177 1502

E-Mail: bgabriel@joho.de

Internet: www.joho.de/1/fachabteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe/frauenklinik.html