Editorial

Eberhard J

Journal für Urologie und Urogynäkologie 2008; 15 (3)
(Ausgabe für Österreich), 5

Homepage:

www.kup.at/urologie

Indexed in Scopus

Member of the DOAJ

www.kup.at/urologie
Editorial

Urogenitale Beschwerden – Harninkontinenz, Reizblase, Harnwegsinfekte, Brennen und Juckreiz im Intimbereich, Senkungszustände, Dyspareunie – sind die häufigsten Frauenleiden. In irgendeiner Form werden sie bei fast jeder Frau im Laufe ihres Lebens zur behandlungsbedürftigen Krankheit. Treten Rezidive auf und werden Beschwerden chronisch, so beeinträchtigen sie in hohem Maße die Lebensqualität. Beliebte Aktivitäten werden gemieden. Verunsicherung, Partnerprobleme und soziale Isolation sind die Folgen.

Die urogenitalen Krankheitsbilder haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Typische Spätfolgen der Multiparität wie Deszensus und Belastungsinkontinenz treten in den Hintergrund, entzündliche Reizzustände, Brennen, Juckreiz, Drangsymptome, Schmerzen und alters-/atrophiebedingte Beschwerden stellen neue therapeutische Herausforderungen dar (siehe Beitrag von E. E. Petersen).

Urogynäkologische Krankheiten entstehen multifaktoriell – Genetik, mechanische Belastungen, endokrine, neuropsychische, physische Infekte, Ernährung, Noxen, Gewicht, körperliche Aktivitäten und andere Lifestyle-Faktoren beeinflussen die Entstehung und den Krankheitsverlauf.

Eine gute Diagnostik und Therapie baut in ganzheitlicher Betrachtungsweise auf der Polyätiologie des urogynäkologischen Leidens auf. Individuell ist ein multimodaler Behandlungsplan zu erstellen, der begleitend bis zur Heilung und Etablierung einer Langzeitprophylaxe angepasst wird.

Multimodale Therapien erfordern eine gute Logistik. Fehlt sie – und daran kranken die urogynäkologischen Behandlungskonzepte in vielen gynäkologischen Praxen und urogynäkologischen Zentren –, sind diagnostische und therapeutische Maßnahmen oft inadäquat. Diagnostik und Therapie haben einen die Patientin wenig belastenden und zudem wirtschaftlichen Stufenkonzept zu folgen [1]. Dies bedingt eine Patientenbegleitung mit Kenntnis der effizienten Therapiekomponenten und die Zusammenarbeit mit Anbietern optimaler konservativer und operativer Behandlungen. Eine operative Therapie ist dann indiziert [2], wenn die konservativen Therapiemaßnahmen ausge schöpft sind, der Behandlungserfolg nicht befriedigt, ein operatives Konzept vorliegt, das eine Heilung oder Besserung erwarten lässt und die Patientin nach Aufklärung über Risiken und Erfolgschancen den Eingriff wünscht.

Die operativen Konzepte zur Behandlung der Belastungsinkontinenz sind mit der Innovation der spannungsfreien Vaginalschlinge nach Ulmsten (TVT) und dank unfangreicher Studien operationstechnisch und funktionell klarer geworden.

Problematischer denn je sind dagegen die Konzepte zur operativen Behandlung des Deszensus [3, 4]. Es fehlt praktikable, für eine Operation relevante, allgemein anerkannte diagnostische Kriterien. Die Vielfalt der Deszensusformen und unterschiedlichen Gewebeeigenschaften führt zu kleinen Patientenzahlen in operativen Studien und verunmöglicht weitgehend objektive Vergleiche verschiedener Operationsschritte. Hinzu kommt, dass auch erfahrene Operateure oft nur mit wenigen Konzepten vertraut sind, deshalb und wegen beschränkter Operationsschätze Vergleichsstudien nicht durchführen können und den Erfolg eigener Techniken gerne überbewerten [3]. Das große Marktangebot neuer Netzimplantate löste aber eine große Innovationsfreudigkeit für neue Operationstechniken aus, was bisher vor allem zu zahlreichen neuartigen Komplikationen führte (Ulzerationen, Schmerzen an den Netznähten und Netzknötchen, Dyspareunie, Störung der Beckenbodenmobilisität mit neuen Deszensusformen neben den Netzrändern). Eine überzeugende funktionelle und topographische Verbesserung der Langzeitergebnisse [4], welche vielleicht diese neuen Komplikationen rechtfertigen ließe, konnte dagegen bisher nicht nachgewiesen werden.

Trotz zahlreicher Fortschritte in den letzten Jahrzehnten steht die Urogynäkologie heute vor sehr großen Herausforderungen sowohl in der konservativen wie operativen Therapie dieser häufigsten Frauenleiden.

Literatur:
1. Eberhard J, Viereck V. Einfache Diagnostik – multimodale konservative Therapie. Haushalt Praxis 2008; 7: 9–14.
2. Viereck V, Petri E, Eberhard J. Operative Therapiekonzepte kritisch abwägen. Haushalt Praxis 2008; 7: 16–9.
3. Eberhard J. Trügerische Faszination operativer Therapiekonzepte. Schweiz Ärztezeit 1989; 35: 1442–50.
4. Gebhart JB, Trabuco EC. New procedures for pelvic floor repair: progress or propaganda? Geburtsh Frauenheilk 2008; 68: 699–707.

Prof. Dr. med. Jakob Eberhard  
Konsiliararzt Urogynäkologie  
Blasenzentrum, Frauenklinik Kantonsspital Frauenfeld
Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

✓ Bilddatenbank  ✓ Artikeldatenbank  ✓ Fallberichte

e-Journal-Abo
Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.
Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.
Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

✓ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss
Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum  Disclaimers & Copyright  Datenschutzerklärung