

3/2021 Juni

C 42058

gyn

Praktische Gynäkologie



omnimed
www.omnimedonline.de

Postoperatives Management nach vaginaler Netzeinlage

Vera Joser, Boris Gabriel

Summary

Especially after the FDA-triggered withdrawal of vaginal meshes from the American market, vaginal mesh implants are under close scrutiny. However, the focus is mostly on safety and cure rates. Overall, there is only scarce literature on the perioperative care of urogynecologic patients. But how is the follow-up care after vaginal mesh implantation?

This article focusses on evidence-based perioperative measures after vaginal mesh implantation and discusses potential options regarding the postoperative care.

Keywords

Urogynecology, vaginal mesh insertion, postoperative management.

Zusammenfassung

Gerade nach der »Food and Drug Administration« (FDA)-getriggerten Rücknahme der vaginalen Netze vom amerikanischen Markt werden die vaginalen Mesheinlagen genauer unter die Lupe genommen. Hier geht es jedoch meistens um die Sicherheit und Heilungsrate. Insgesamt gibt es wenig evidenzbasierte Aussagen zur perioperativen Betreuung von urogynäkologischen Patientinnen. Doch wie wird die Patientin nach einer vaginalen Netzeinlage betreut?

In diesem Artikel werden perioperative Maßnahmen bei vaginaler Netzeinlage evidenzbasiert evaluiert und mögliche Behandlungsoptionen erörtert.

Schlüsselwörter

Urogynäkologie, vaginale Netzeinlage, postoperatives Management.

Einführung

Wie versorge ich eine Patientin adäquat vor und nach einer vaginalen Netzeinlage? Insgesamt gibt es wenig evidenzbasierte Literatur zur perioperativen Betreuung von urogynäkologischen Patientinnen. Gerade nach der FDA-getriggerten Rücknahme der vaginalen Netze vom amerikanischen Markt im April 2019 werden die vaginalen Netzeinlagen genauer unter die Lupe genommen. Doch wie steht es mit der perioperativen Betreuung der Patientinnen? Wie verhält es sich mit der präoperativen Darmvorbereitung, der postoperativen Einlage einer Vaginaltamponade sowie einer Harnableitung? Empfehle ich eine lokale vaginale Östrogenisierung und wenn ja, ab wann und für wie lange? Ab wann darf sich die Patientin wieder und in welcher Form belasten?

Was ist evidenzbasiert?

In einer randomisierten Studie konnten Ballard et al. (1) keinen Benefit für den Operateur nach mechanischer Darmvorbereitung der Patientinnen vor einem vaginalen Senkungseingriff nachweisen. Die Patientinnen ohne Darmvorbereitung waren sogar zufriedener und symptomärmer. Ebenso zeigte die Studie von Deng et al. (2), dass die präoperative Darmvorbereitung mit oralen Laxantien nachteilig hinsichtlich der fäkalen Kontamination des Operationsfelds (10 % [6/60] ohne vs. 32 % [19/60] mit, $p = 0,042$) ist. Bei der Bewertung »mäßig bis schwere

Kontamination« war dieser Unterschied sogar signifikant (2 % [1/60] ohne vs. 10 % [6/60] mit, $p = 0,017$). Auch hier waren die Patientinnen mit Darmvorbereitung häufiger von unangenehmen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Tenesmen etc. geplagt. Für die meisten Patientinnen ist ein vaginaler Senkungseingriff somit ohne präoperative Darmvorbereitung sicher durchführbar.

Henn et al. (3) wies in einer doppelverblindeten Fall-Kontroll-Studie einen statistisch signifikanten geringeren Blutverlust bei präoperativer lokaler Infiltration von Ornipressin im Vergleich zu Kochsalz (44 ml vs. 74 ml, $p = 0,03$) nach. Keine Unterschiede zeigten sich in Bezug auf Blutdruck und Puls. Jedoch erfolgte keine Bewertung hinsichtlich der Schmerzreduktion bei gleichzeitiger Infiltration eines Lokalanästhetikums.

Thiagamoorthy et al. (4) konnten in einer doppelverblindeten randomisierten Studie ($n = 190$) keinen signifikanten Unterschied nach vaginaler Deszensuschirurgie mit oder ohne Hysterektomie hinsichtlich Hämatombildung nach Vaginaltamponade nachweisen. Jedoch zeigte sich eine Tendenz zugunsten der Gruppe mit Vaginaltamponade (weniger Hämatome im vaginalen Ultraschall) (7 % [4/55] versus 15 % [9/61]; 95 %-Konfidenzintervall [CI] 0,7–6,2; nicht signifikant [n.s.]). Zwei der Patientinnen mit Hämatomen in der Kontrollgruppe infizierten sich zusätzlich, was in der Gruppe mit Tamponade nicht vorkam.

Eine weitere Studie von Westermann et al. (5) evaluierte vergleichend den Schmerz sowie die Zufriedenheit der Patientinnen nach vaginaler Hysterektomie mit Plastiken mit oder ohne Ein-

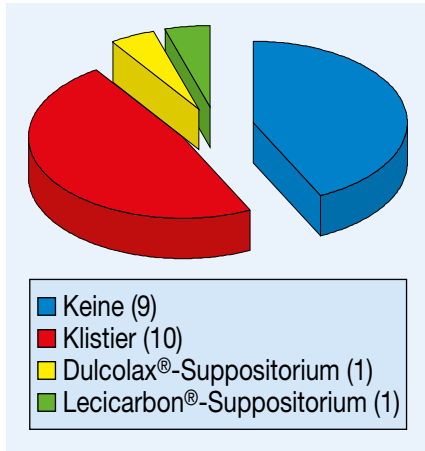


Abb. 1: AGUB-3-Umfrage, Auswertung präoperative Darmvorbereitung vor vaginaler Netzeinlage

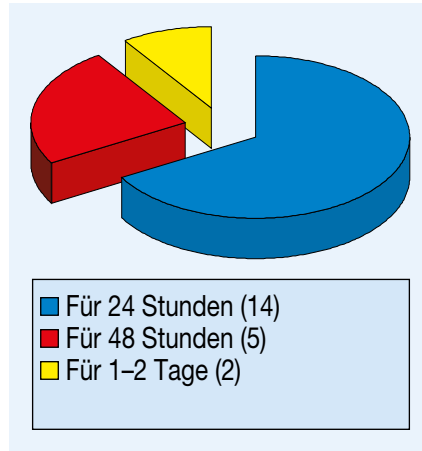


Abb. 2: AGUB-3-Umfrage, Auswertung Tamponadeneinlage nach vaginaler Netzeinlage

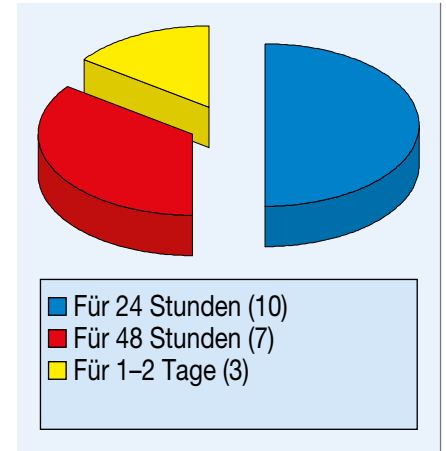


Abb. 3: AGUB-3-Umfrage, Auswertung Dauerkatheter nach vaginaler Netzeinlage

lage einer Vaginaltamponade. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied, jedoch traten in der Gruppe mit Vaginaltamponade weniger Schmerzen auf und somit ergab sich ein niedrigerer Schmerzmittelverbrauch.

Carter-Brooks et al. (6) beobachteten 57 Frauen nach Senkungseingriff hinsichtlich des Zeitpunkts der Entfernung eines Dauerkatheters. Ein Zug des Katheters (4 Stunden postoperativ) war gut durchführbar, sicher für die Patientin und bot somit eine akzeptable Alternative. Ebenso verglichen Braga et al. (7) den unmittelbaren Zug eines Dauerkatheters im Vergleich zu einem verzögerten Zug nach Einlage einer suburethralen Schlinge. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Auftretens von Entleerungsstörungen, postoperativer Re-Katheterisierung, postoperativen Harnwegsinfektionen sowie »early« und »late onset« einer »overactive Bladder« (OAB) konnte nicht gefunden werden.

In einer retrospektiven Kohortenstudie bei Patientinnen (n = 325) mit durchgeführter Sakrokolpopexie in der Menopause untersuchten Wu et al. (8) die Re-Operationsrate aufgrund von Netzerosionen unter regelmäßiger postoperativer lokaler Östrogenzufuhr (Therapieadhärenz = Anwendung lokaler Östrogene 1–2x/Woche mit max. 25% ausgelassener Dosen). Es konnte eine signifikant reduzierte Re-Operationsra-

te (»Hazard Ratio« [HR] 0,25, 95 %-CI 0,21–0,51) sowie eine signifikant reduzierte Rate an Stress- und Urge-Symptomen (HR 0,67, 95 %-CI 0,43–0,80) bei Patientinnen mit Therapieadhärenz im Vergleich zu den non-adhärennten Patientinnen gezeigt werden. Bei vaginal implantierten Netzen fehlt hierfür die Evidenz, da extrem viele Patientinnen inkludiert werden müssten, um kleine Unterschiede in den Erosionsraten aufzuzeigen. Dies scheint ein Fallzahlproblem zu sein. Bekannt ist aber, dass ein uteruserhaltendes Vorgehen die Erosionsrate senkt (9).

Es findet sich keine evidenzbasierte Literatur zur körperlichen Belastung nach vaginaler Netzeinlage. In einer Studie von Noordegraaf et al. (10) wurden einheitliche postoperative Verhaltensmaßnahmen nach einer gynäkologischen Operation formuliert. Hierzu wurden 12 Experten und 63 Allgemeinärzte befragt sowie eine Literaturrecherche durchgeführt. Aus 65 Aktivitäten wurden 38 als relevant für die Rekonvaleszenz ausgewertet. Unter anderem wurde die zu frühe Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr als Risiko einer Wundinfektion und Nahtdehiszenz eingeschätzt.

Umfrage unter AGUB-3-Experten

Seit Jahren erfolgt die Zertifizierung von uroynäkologisch-tätigen Fachärz-

ten und Beckenbodenoperatoren im Rahmen des Stufenkonzepts der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) nach Level I–III. Patienten und Kollegen können sich so transparent über die jeweilige persönliche urogynäkologische Expertise informieren.

Aufgrund der mangelnden Datenlage wurden alle AGUB-3-Urogynäkologen im August 2019 nach ihrer Einschätzung zu diesem Thema befragt:

1. Finden abführende Maßnahmen bei Ihren Patientinnen vor einer vaginalen Netzeinlage statt und wenn ja, wie?
2. Legen Sie nach einer vaginalen Netzeinlage eine Tamponade und wenn ja, wie lange?
3. Legen Sie nach einer vaginalen Netzeinlage einen transurethralen Dauerkatheter und wenn ja, wie lange?
4. Empfehlen Sie nach einer vaginalen Netzeinlage die lokale Östrogenisierung und wenn ja, ab wann und wie häufig?
5. Was empfehlen Sie den Patientinnen für Verhaltensmaßnahmen hinsichtlich Sex und körperlicher Belastung nach einer vaginalen Netzeinlage?

Wir bekamen bis zu 21 vergleichbare Antworten. Essenziell übereinstim-

mend fanden sich in der überwiegenden Zahl (Abb. 1–3):

- Keine präoperative Darmvorbereitung (9/21) beziehungsweise Klistier-Anwendung (10/21).
- Dauerkatheter (10/20) und Tampo-nade für 24 Stunden (14/21), in Folge Restharnmessung.
- Postoperativ 2x/Woche lokale Östro-genisierung (18/21).
- Physische Belastung 5 beziehungs-weise 10 kg für 12 Wochen.
- Kein Geschlechtsverkehr für 4 bis 6 Wochen (12/13).

Forensik und Aufklärung

Die Patientinnen für eine urogynäkologische Operation sollten sorgfältig ausgewählt werden und vor der Operation umfassend über Verhaltensmaßregeln nach der Operation informiert werden. Die Patientin soll im Sinne eines »informed consent« auch über Alternativen (Beckenbodentraining, reine Beobachtung, Pessartherapie) zur operativen Therapie sowie über verschiedene Operationsmethoden und Zugangswege (vaginal, laparoskopisch mit oder ohne Netzeinsatz) aufgeklärt werden. Im Rahmen der Risikoaufklärung sollten entsprechende Komplikationen mit deren Konsequenzen erörtert werden. Die Aufklärung soll gut dokumentiert werden, gesetzliche Fristen sind einzuhalten (11).

Überblick

– Eine präoperative Darmvorbereitung bei Senkungseingriffen bringt keinen Benefit. Bei uni- oder bilateraler sakrospinaler Fixation sowie nach hinterer Netzeinlage (vaginal wie abdominal) sollte jedoch auf eine unauffällige postoperative Defäkation geachtet werden, welche gegebenenfalls zu Beginn stuhlregulierender Maßnahmen bedarf.

– Die präoperative lokale Infiltration eines Vasopressors führt zu einem signifikant geringeren Blutverlust.

– Eine Tampoandeneinlage nach vaginalem Senkungseingriff zeigte eine Tendenz zu weniger postoperativen Hämatomen und erscheint auch in Hinblick auf eine Schmerzreduktion sinnvoll. Bei einer vaginalen Netzeinlage geht man außerdem von einer verbesserten Adhärenz des Netzes mit Anliegen desselben ohne Serom-/Hämatombildung aufgrund der Kompression durch die Tamponade aus, was einen positiven Effekt auf Infektion und Rezidiv haben könnte. Hierzu fehlen jedoch belastbare Daten.

– Ein früher Katheterzug nach Inkontinenz- und Senkungseingriff scheint gut möglich. Solange die Tamponade in situ ist, sollte auch der Dauerkatheter liegen bleiben, um eine kontinuierliche Harnableitung zu gewährleisten. Nach Zug des Dauerkatheters sollte eine Restharnmessung erfolgen, insbesondere nach Korrektur des vorderen Kompartiments.

– Eine lokale vaginale Östrogenisierung der Scheide nach Sakrokolpexie verringert die Re-Operationsrate aufgrund von Erosionen. Bei vaginal-implantierten Netzen fehlt hierfür die Evidenz. Die postoperative lokale Östrogenisierung kann die Scheidenflora jedoch verbessern und eventuell Granulationsgewebe reduzieren (11).

– Es findet sich keine ausreichende Datenlage zur körperlichen Belastung nach vaginaler Mesheinlage. In den Empfehlungen der S2-Leitlinie heißt es, dass ein prä- und/oder postoperatives Beckenbodentraining durchgeführt werden kann, es existieren jedoch keine genauen Angaben, ab wann dies wieder möglich ist. Die Verbesserung von Inkontinenz oder Senkung im Vergleich zu einer Beckenbodenoperation ohne perioperatives Beckenbodentraining ist jedoch nicht eindeutig belegt (11). Es bleibt das Risiko zu beachten, dass durch zu frühe und oder falsche Belastung das Rezidivrisiko erhöht werden könnte. Die Angaben zur Aufnahme von Beckenbodentraining schwanken in der Literatur zwischen 2 bis hin zu 6 Wochen postoperativer

Karenz (12, 13), in der AGUB-3-Umfrage schwankten die Karenzzeiten zwischen 4 und 8 Wochen.

Fazit

Die Indikationsstellung für eine urogynäkologische Operation sollte sorgfältig gestellt werden und die Patientinnen vor der Operation umfassend über Verhaltensmaßregeln nach der Operation informiert werden. Die Verwendung von vaginalen Netzen sollte erfahrenen Beckenbodenoperatoren vorbehalten sein, jedoch sind und bleiben Netze in gewissen Situationen unabdingbar. Die im Artikel erörterten perioperativen Maßnahmen können jedoch nur ein Leitfaden sein. Randomisierte Studien hierzu wären wünschenswert.

Literatur

1. Ballard AC, Parker-Autry CY, Markland AD, Varner RE, Huisingh C, Richter HE (2014): Bowel preparation before vaginal prolapse surgery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 123 (2 Pt 1), 232–238
2. Deng H, Liu YY, Tan C, Zhao Y, Li XD, Yang X, Wang JL (2019): A randomized single blind comparison of conventional bowel preparation and unplanned preoperative preparation for pelvic organ prolapse. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 54 (2), 97–102
3. Henn EW, Nondabula T, Juul L (2016): Effect of vaginal infiltration with ornipressin or saline on intraoperative blood loss during vaginal prolapse surgery: a randomised control trial. *Int Urogynecol J* 27 (3), 407–412
4. Thiagamoorthy G, Khalil A, Cardozo L, Srikrishna S, Leslie G, Robinson D (2014): The value of vaginal packing in pelvic floor surgery: a randomised double-blind study. *Int Urogynecol J* 25 (5), 585–591
5. Westermann LB, Crisp CC, Oakley SH, Mazloomdoost D, Kleeman SD, Benbouajili JM, Ghodsi V, Pauls RN (2016): To Pack or Not to Pack? A Randomized Trial of Vaginal Packing After Vaginal Reconstructive Surgery. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 22 (2), 111–117
6. Carter-Brooks CM, Zyczynski HM, Moalli PA, Brodeur PG, Shepherd JP (2018): Early catheter removal after pelvic floor reconstructive surgery: a randomized trial. *Int Urogynecol J* 29 (8), 1203–1212
7. Braga A, Caccia G, Regusci L, Salvatore S, Pappadia A, Serati M (2020): Mid-urethral sling in a day surgery setting: is it possible? *Int Urogynecol J* 31 (4), 817–821

8. Wu Y, Chou Q, MacMillan B (2018): Vaginal estrogen adherence and risk of re-operation for sacrocolpexy mesh extrusion in postmenopausal women: A single-center, retrospective cohort study. *Int Urogynecology J* 29, S105–S106
9. Collinet P, Belot F, Debodinance P, Ha Duc E, Lucot JP, Cosson M (2006): Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 17 (4), 315–320
10. Vonk Noordegraaf A, Huirne JA, Brölmann HA, van Mechelen W, Anema JR (2011): Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery: a modified Delphi method among experts. *BJOG* 118 (13), 1557–1567
11. AWMF (2020): S3-Leitlinie Weiblicher Descensus genitalis, Diagnostik und Therapie. www.awmf.org/leitlinien/detail/anzmeldung/1/1/015-006.html
12. Pauls RN, Crisp CC, Novicki K, Fellner AN, Kleeman SD (2013): Impact of physical therapy on quality of life and function after vaginal reconstructive surgery. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 19 (5), 271–277
13. McClurg D, Hilton P, Dolan L, Monga A, Hagen S, Frawley H, Dickinson L (2014): Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study. *Int Urogynecol J* 25 (7), 883–891

Anschrift für die Verfasser:

*Dr. med. Vera Joser
Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe
St. Josefs Hospital Wiesbaden
Beethovenstraße 20
65189 Wiesbaden
E-Mail vjoser@joho.de*

