

Kommentar zur Sakrokolpopexie – laparoskopisch vs. robotisch

Laparoskopische Techniken in der Urogynäkologie haben mittlerweile seit der ersten endoskopischen Hysterektomie durch Reich im Jahr 1988 eine längere Tradition. Als Hauptargumente der Laparoskopie werden gegenüber der offenen Technik ungeachtet welcher Indikation die minimale Invasivität, der geringere Blutverlust, die raschere Rekonvaleszenz und die besseren kosmetischen Ergebnisse angeführt. Demgegenüber stehen längere Operationszeiten, und ein nicht unbeträchtlicher kostspieligerer und umweltfeindlicherer Materialaufwand. Allerdings sind durch die endoskopischen Zugangswege neue oder auch häufiger Komplikationen entstanden, die zwar zumeist nicht publiziert sind, aber in einer Zunahme an Regressansprüchen sowie Schlichtungsstellen- und Gerichtsverfahren in der Urogynäkologie geführt haben.

Die Kolposuspension war der erste urogynäkologische Eingriff, der endoskopisch angegangen und der genannten Vorteile der Laparoskopie wegen mehr und mehr propagiert wurde. Dennoch gab es über einen Zeitraum von 15 Jahren nur spärlich Daten die den Stellenwert der laparoskopischen Kolposuspension gegenüber der offenen Methode beurteilen ließen. Laut Cochrane-Database-Analyse gilt die endoskopische Kolposuspension mittlerweile heute als ein der offenen Methode gleichwertiges Verfahren.

Die offene abdominale Sakrokolpopexie gilt als bewährtes Verfahren zur Behandlung des Genitaleszenus ungeachtet der Lokalisation eines Defekts im vorderen, und/oder mittleren und/oder hinteren Beckenbodenkompartiment. Die Studien sprechen von einem durchschnittlichen 5-Jahres-Behandlungserfolg von 86%. Entscheidend für den Erfolg des Operationsergebnisses ist die Fixation am

2. Sakralwirbel und die Verwendung von Interponatgewebe zur Approximation des Scheidenblindsackes oder des Gebärmutterhalses in Richtung Promontorium.

Die laparoskopische Sakrokolpopexie ging einen ähnlichen Weg wie die endoskopische Kolposuspension. Über viele Jahre gab es nur wenige und nur retrospektive Studien, die sich v. a. auf die Durchführbarkeit des Eingriffs fokussierten und diese mit den eingangs erwähnten Vorteilen der endoskopischen Eingriffe gerechtfertigt wurden. Auch heute fehlen ausreichend Studien die den Vergleich zur offenen Technik v. a. hinsichtlich der Funktionalität und der subjektiven Ergebnisse aufzeigen. Nur eine Studie mit 30 Patienten zeigt ähnliche anatomische Ergebnisse zwischen offenem und endoskopischem Zugang.

» Derzeit kann weder für die laparoskopische noch für die robotische Sakrokolpopexie eine endgültige Empfehlung abgegeben werden

Der Roboter als endoskopische Alternative wird in den letzten Jahren auch bei der Sakrokolpopexie eingesetzt. Die bislang publizierten Arbeiten konzentrieren sich auch hier überwiegend auf die Durchführbarkeit dieser Operationsmethode, vor allem auf die Operationsdauer. Dabei fällt wie auch im Rahmen anderer robotischer Eingriffe die rasche Lernkurve dieser Technik endoskopisch nicht oder weniger versierter Operateure auf. Zurzeit scheint wohl der hohe finanzielle Aufwand noch limitierender Faktor in einer breiteren Anwendung in dieser Indikation zu sein.

Die Operationsdauer ist gegenüber der endoskopischen Technik länger. Al-

lerdings wissen wir, dass bei anderen robotisch durchgeführten Eingriffen nach mindestens 50 Interventionen dieser Nachteil durch die Lernkurve beseitigbar ist.

Unter kritischer Betrachtung der geringen Datenlage und unter Berücksichtigung der bislang publizierten Ergebnisse der traditionellen offenen Methode kann derzeit weder für die laparoskopische noch für die robotische Sakrokolpopexie eine endgültige Empfehlung abgegeben werden. Der Routineeinsatz der endoskopischen Methoden außerhalb von klinischen Studien, gleichgültig ob laparoskopisch oder robotisch, ist hinsichtlich Operationsdauer, kosmetischem Ergebnis (Mehrkanalzugang im lateralen Unterbauch oder Mittelbauch gegenüber einer klassischen offenen (Mini-)Pfannenstieloperation, im Volksmund auch Bikinischnitt genannt) zu hinterfragen. Dazu kommen schlussendlich noch die Aspekte des höheren, teureren und unsere Umwelt mehr belastenden Materialverbrauchs.

Nur mit der Durchführung prospektiver Vergleichsstudien wird es möglich sein, die hier offenen Fragen auch unter Berücksichtigung der Kosteneffektivität und Lebensqualität zu beantworten und gegebenenfalls damit diesen Techniken berechtigten Eingang in den klinischen Alltag zu verschaffen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. H. Kölbl
 Universitätsklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Universitätsmedizin Mainz,
 Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz
 koelbl@frauen.klinik.uni-mainz.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.