


Erstelldatum: 03.02.2015		1931 Gynäkologie		Nr. 1931121/2		Seite 1 von 4	
<h1>Betreuung von Frauen mit Schlingenoperationen</h1>				Kantonsspital Aarau 			
Verfasser: Prof. Dr. med. G. Schär Anlaufstelle: Zertifiziertes Beckenbodenzentrum Telefon: 5071 E-Mail: gabriel.schaer@ksa.ch		Genehmigt am: 16.05.2018 Genehmigt durch: G. Schär Gültig ab: 16.05.2018 Gültig bis: 15.05.2021		Ersetzt Versionen: 1931121/1 vom 30.8.2017			

1. Ziel

Diese Weisung regelt die prae- intra- und postoperative Betreuung von Frauen welche eine Inkontinenzschlinge erhalten.

2. Diagnostik

Jede Frau wird ambulant zu einer urogynäkologischen Untersuchung (Basisabklärung) aufgebeten. Frauen mit einer anamnestisch, klinisch und sonographisch eindeutigen Belastungsincontinenz benötigen keine Urodynamik vor einer Schlingenoperation. Der ICIQ-Fragebogen muss allen Frauen vor einer Schlingenoperation zum Ausfüllen unterbreitet werden!

Indikation für eine Urodynamik bei Inkontinenz

- Rezidivbelastungsincontinenz nach einer Inkontinenzoperation
- Unklare Miktionsstörungen
- Restharn
- Dominante OAB, OAB wet
- Komplexe Störungen z.B. mit neurologischer Begleitsymptomatik

3. Operationsplanung

Stationäre (SDS) oder ambulante Operationsplanung, je nach Situation der Patientin
 TVT exact immer mit Lokalanästhesie und Analgosedation
 TVT-O oder TVT-abbrevo in Kurznarkose, Maske, oder Spinalanästhesie, selten in LA
 Aufklärung gemäss Aufklärungsprotokoll der gynécologie suisse

4. Operation

Siehe Tabellen 1 und 2 im Anhang am Ende der Richtlinie.

5. Postoperative Betreuung

Verlegung in Aufwachraum oder Station ohne DK
 Flüssigkeitsaufnahme fördern sobald Patientin ausgeschlafen ist

6. Miktion

Erste Miktion spätestens drei Stunden nach der Operation anstreben. Jede Miktion wird mittels Volumenmessung kontrolliert **und im Kisim unter der Rubrik Ausscheidung festgehalten**. **Restharmessung entfällt** sofern die Patientin **mindestens 150 ml spontan** entleeren kann:

- liegen die Miktionsmengen **zwei Mal bei 150 ml und darüber**, darf die Patientin **entlassen** werden.
- wenn die Miktionsmenge bei der 2. Miktion noch nicht 150 ml erreicht hat, weitere Kontrolle des Miktionsvolumens bis 150 ml erreicht sind.
- wenn Miktionsvolumen < 150 ml bis 10 Stunden nach der Operation, dann sonographische Restharmessung. Wenn Restharn > 150 ml, DK- Einlage über Nacht und DK-Entfernung wieder früh morgens am 1. postoperativen Tag.

Betreuung von Frauen mit Schlingenoperationen

Kantonsspital Aarau



- anschliessend Entlassung wenn die Patientin eine Miktionsmenge von 150 ml erreicht hat.
- wenn Miktionsmenge am **1. postoperativen Tag** weiter < 150 und Restharn > 150 nochmals DK über Nacht.
- wenn Miktionsmenge am **2. postoperativen Tag** weiter < 150 und Restharn > 150 dann SPK-Einlage

7. Nachbetreuung

Verhaltensempfehlungen: Kein Sport, Gewichtshebelimite von 6 kg für 14 Tage. Kein GV 4 Wochen. Duschen sofort und Baden nach 10 Tagen erlaubt.

AUF: 14 Tage inklusive Hospitalisationstag(e)

Rp: Paracetamol, alternativ Spiralgin, Novalgin

PMP: lokale Oestrogencreme

Nachkontrolle: 10 Wochen beim Operateur

Befunderhebung: Anamneseformular, ICIQ-Fragebogen, gynäkologische Untersuchung, urogynäkologische Sonographie

Anhang: Tabelle 1 und 2 „Operation“

Betreuung von Frauen mit Schlingenoperationen

Kantonsspital Aarau



Tabelle 1: Durchführung TVT exact „klassisch“

Massnahme	Material
1. Blasenentleerung mit dem Dauerkatheter, Urethraführungsdraht in DK einführen	DK, Sugi, Führungsdraht, Gleitgel
2. Lokalanästhesiedepots suprapubisch bds. ca. 50 ml. Mepivacain-HCl 2.5 mg/ml mit Adrenalin 0.005 mg/ml (1:200'000)	Lokalanästhetikum, Spritze, gelbe Nadel, 60 ml
3. Lokalanästhesiedepots vaginal, paraurethral je ca. 30 ml	Spritze, gelbe Nadel, 60 ml
4. Vaginalselbstthaltespekulum einführen	Spekulum
5. Paraurethral fassen der Vaginalwand mit Ellis-Klemmen	2 Ellis-Klemmen
6. Longitudinale Vaginalhautinzision über ca. 10 bis 15 mm	Messer
7. Freipräparieren der Vaginalhaut mit der Schere gegen den unteren Symphysenast	Schere
8. 2 Hautinzisionen unmittelbar oberhalb der Symphyse links und rechts der Mittellinie in einem Abstand von ca. 3 cm	
9. Lateralisieren des Blasenhalses nach links zur Einführung des TVT-Bandes paraurethral rechts.	
10. Ansetzen der TVT-Nadel auf der rechten Seite. Entfernen Spekulum. Unter digitaler Führung Hochstossen des Stachels retrosymphysär unmittelbar hinter dem Symphysenknochen zur abdominalen Inzision	TVT-Nadel (TVT-exact)
11. Gleiches Vorgehen auf der linken Seite	
12. Zystoskopische Kontrolle nach Blasenfüllung mit 300ml	60 ml Spritze, Zystoskop
13. Anziehen des TVT-Bandes unter Husten der Patientin	
14. Stabilisieren des Bandes mit eingelegter Schere	
15. Entfernung der Plastikschutzhülle	Peaen
16. Suprasymphysäres Zuschneiden des Bandes auf die benötigte Länge	Fadenschere
17. Verschluss der suprasymphysären Hautinzisionen mit Steristrip	Steristrip
18. Verschluss der vaginalen Hautinzision mit Faden	Vicryl rapid 4-0
19. DK entfernen nach Blasenentleerung und Kontrolle der Urethradurchgängigkeit	

Betreuung von Frauen mit Schlingenoperationen

Kantonsspital Aarau



Tabelle 2: Durchführung TVT-O oder TVT-abbrevo

Massnahme	Material
1. Blasenentleerung mit dem Dauerkatheter	DK
2. Einzeichnen der Hautinzisionen über der Adductorenloge 20 mm lateral der Inguinofemoralfalte und 20 mm cranial der Urethra	Filzstift, Messpapier
3. Bds. Hautinzision	Messer
4. Vaginalselbsthaltespekulum einführen	Spekulum
5. Paraurethral fassen der Vaginalwand mit Ellis-Klemmen	2 Ellis-Klemmen
6. Longitudinale Vaginalhautinzision über ca. 10 bis 15 mm	Messer
7. Freipräparieren des Stichkanales mit der Schere gegen das foramen obturatorium	Schere
8. Einlegen des Nadelführungsschutzes (winged guide) in den Stichkanal	Nadelführungsschutz
9. Einlegen der TVT-O- oder Abbrevo- Nadel rechts exakt entlang des Nadelführungsschutzes bis zum foramen obturatorium.	Nadel mit Band
10. Kontrolle der Intaktheit des lateralen Rezessus	
11. Rotation des Handgriffes und damit der Nadel um den unteren Symphysenast unter digitaler Kontrolle und damit auch Führung des Handgriffes in die Sagittalebene	
12. Erneute Kontrolle der Intaktheit des lateralen Rezessus	
13. Gleiches Vorgehen auf der linken Seite	
14. Einlage eines Hegarstiftes Nr. 7 zwischen Urethra und Band	Hegar 7
15. Justieren des Bandes sodass die Bandmitte spannungsfrei unter dem Hegarstift liegt	
16. Entfernung der Plastikschtzhülle (und des Fadens bei Abbrevo) unter Stabilisierung des Bandes mit dem Hegarstift	Pean
17. Zuschneiden des Bandes auf die benötigte Länge	Fadenschere
18. Verschluss der lateralen Hautinzisionen mit Steristrip	Steristrip
19. Verschluss der vaginalen Hautinzision mit Faden	Vicryl rapid 4-0
20. Blasenentleerung und Entfernung des DK	