Apparative Nachkontrolle von Inkontinenzoperationen

S.		Cassani
E.		Dreher
B.		Haag
W.		Zürcher

Universitäts-Frauenklinik Basel (Direktor: Prof. O. Käser), Basel

Adresse der Autoren: Dr. S. Cassani, Universitäts-Frauenklinik Basel, 4000 Basel (Schweiz)

An der Frauenklinik Basel wurden über einen Zeitraum von 16 Monaten 260 Patientinnen wegen Stressinkontinenz erstmalig operiert. Prä-operativ alle und postoperativ die Hälfte der Patientinnen wurden einer exakten klinischen und apparativen Inkontinenzabklärung unterzogen. Unser Diagnostikplan umfasst: Anamnese, klinische Untersuchung, Urin-bakteriologie, kombinierte Abdomino-Zysto-Tonometrie, kontinuierliche Zysto-Urethro-Tonometrie und laterales Zystogramm.

Die Studie umfasst 24 vaginale Hysterektomien mit vorderer und hinterer Plastik und Stöckelnaht, 45 gleiche Operationen mit zusätzlicher Vesikosuspension nach Pereyra und 60 teils abdominale, teils vaginale Hysterektomien mit vorderer Plastik und zusätzlicher Operation nach Marshall-Marchetti-Krantz. Die Indikation zum jeweiligen operativen Verfahren ergab sich aus den Resultaten der eingangs erwähnten Untersuchungen. Schwerpunkt bildeten die klinischen Aspekte sowie die Befunde im lateralen Zystogramm (Tab. I). Die Erfolge sind aus Tabelle II ersichtlich.

Ein Viertel der Patientinnen mit vaginaler Hysterektomie und Plastik sowie Stöckelnaht waren nach 1 Jahr unverändert inkontinent, während sich ein Achtel besser fühlte. Die übrigen waren geheilt.

Bei der Anwendung einer zusätzlichen Vesikosuspension nach Pereyra reduzierten sich die Misserfolge auf 11%. Bei der Hysterektomie, verbunden mit Operation nach Marshall-Marchetti-Krantz, waren nach 1 Jahr nur 8% der Fälle unverändert inkontinent. Bei der postoperativen Kontrolle machten wir anhand der kontinuierlichen Zysto-Urethro-Tonometrie die erstaunliche Feststellung, dass rund ein Drittel der subjektiv inkontinenten Patientinnen gar keine Stressinkontinenz mehr aufwiesen, obwohl

102 Cassani/Dreher/Haag/Zürcher

Tabelle I. Operationsindikation

Green I	Green II	Green III + Adipositas
Stressinkontinenz	vaginale Plastik	Pereyra
Stressinkontinenz II	vaginale Plastik	Pereyra
Stressinkontinenz III	vaginale Plastik	Marshall-Marchetti
	Marshall-Marchetti	Marshall-Marchetti

Tabelle II. Operationserfolg in Prozenten

Stöckelnaht	Pereyra	Marshall-Marchetti	Total
(24)	(45)	(60)	(129)
Kontinent, %	63	71	75
			71

Gebessert, %	12	18	15	15
Unverändert, %		25	11	8
Verschlechtert, %				13
		1 Fall		

diese präoperativ nachgewiesenermassen bestanden hatte. Anhand der nach Marshall-Marchetti operierten Fälle wird diese Tatsache erläutert: Die postoperative Untersuchung ergab bei 17 subjektiv nicht kontinenten Frauen nur 1mal eine Insuffizienz des Blasenverschlusses, 2mal handelte es sich um eine Urge-Inkontinenz, 1mal lag eine Detrusordyssynergie vor. In einem Fall handelte es sich um Enuresis und bei 3 Frauen konnte kein pathologischer Befund mehr erhoben werden; eine psychogene Ursache ist hier wahrscheinlich. Nur bei 10 von 17

Rezidivinkontinenz war also eine Reoperation indiziert. Die 7 anderen Patientinnen mussten medikamentös oder psychiatrisch behandelt werden.

Aus diesem Grund halten wir – vor einer erneuten Operation wegen fortbestehender Inkontinenz – eine exakte apparative Abklärung für unbedingt erforderlich. Die kontinuierliche Zysto-Urethro-Tonometrie

die kombinierte Abdomino-Zysto-Tonometrie und das laterale Zystogramm erwiesen sich dabei als wertvoll. Mit diesen Methoden konnte nachgewiesen werden

dass ein Drittel der Rezidivfälle keine Insuffizienz des Urethralverschlusses aufweist und deshalb eine erneute Inkontinenzoperation sinnlos ist.