Rekonstruktive Chirurgie bei Rezidivinkontinenz

Die inguinovaginale Faszien-schlingenplastik nach Aldridge

G.		Wagner
H.		Nezbeda

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch), Wien, Österreich

Dr. Gerhard Wagner, I. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1097 Wien (Österreich)

Der klassischen Diaphragmaplastik zur Wiederherstellung der Harnkontinenz sind bei mangelnder Verankerung und Minderwertigkeit des Diaphragma urogenitale natürliche Grenzen gesetzt [3]. An der I. Universitäts-Frauenklinik Wien wird in solchen Fällen seit 1957 die Faszien-schlingenplastik in der Modifikation von Narik und Palmrich [2] durch-geführt.

Für eine Analyse unserer Schlingenoperationen wurden 43 auswertbare Fälle des Zeitraumes 1970-1980 herangezogen. Das Durchschnittsalter lag bei 54,2 Jahren, die Parität im Mittel bei 2,3- Um einen grösseren Aussagewert zu erhalten, wurde das Körperge-wicht nicht in absoluten Massen, sondern in Prozent vom individuellen Idealgewicht berechnet, wobei der Mittelwert für das Gesamtkollektiv bei 131,3% lag. 2 Patientinnen litten an erstgradiger Inkontinenz, alle anderen Fälle wiesen eine zweit- bzw. drittgradige Inkontinenz auf. Die anamnestische Inkontinenzdauer betrug zwischen 1 und 20 Jahren (Medianwert: 2 Jahre). Von insgesamt 64 vorangegangenen gynäkologischen Operationen waren 44 vordere Kolporrhaphien. Die Schlingenoperation verlief in allen 43 Fällen komplikationslos, Nebenverletzungen waren nicht zu verzeichnen. Auch postoperativ wurden keine ernststen Komplikationen beobachtet, hingegen war die Hospitalisierungsdauer durch zum Teil sehr hartnäckige Blasenentleerungsstörungen in einigen Fällen deutlich verlängert.

Das Resultat der Schlingenoperation wurde anlässlich einer Nachkontrolle nach 6 Monaten bis 7 Jahren nach der Operation ermittelt. Als Beurteilungskriterium diente durchwegs eine klinische Kontinenzprüfung mittels Auffüllungstests, seit 1975 wird zusätz-lich eine Zystourethrometrie durchgeföhrt. 34 Patientinnen waren bei dieser Kontrolle in Übereinstimmung mit ihren anamnestischen Angaben kontinent, 4 Frauen waren erwiesenermassen neuerlich inkontinent. Bei 5 Frauen wurde der Zustand als gebessert eingestuft: Einerseits wegen nur minimaler und von der Patientin als tolerabel eingestufte Restinkontinenz und andererseits bei negativem Auffüllungstest und auch negativer Anamnese, wenn die Zystourethrometrie im Stressprofil einen negativen Verschlussdruck ergab.

Obwohl wir unter 43 operierten Fällen nur 4 echte Versager zu verzeichnen hatten, sind wir in Form einer Gegenüberstellung möglichen Ursachen für den Miss- bzw. den Teilerfolg nachgegangen. Hierbei fanden wir keinen nennenswerten Unterschied bei Alter, Parität und Dauer der postoperativen Blasenentleerungsstörung, hingegen deutliche Differenzen beim Körpergewicht, präoperativ niedrigem urethralen Verschlussdruck, also Stressinkontinenz vom Typ I nach Eberhard und Lienhard [1], und Anzahl der Voropera-Mitteilungen zum 2. Hauptthema 56

Tabelle I. Einfluss des Körpergewichtes auf den Operationserfolg

Operationsresultat

n

Präoperatives Körpergewicht in Prozent vom Idealgewicht (Mittelwerte $\pm$ Standardabweichung)

Beschwerdefrei

Gebessert

Versager

34 5 4

128,2 $\pm$ 15,8' 132,9 $\pm$ 20,0 149,9 $\pm$ 20,2'

1 t-Test nach Student:

p < 0,05.

Tabelle II. Einfluss von Ruhetonus der Urethra und Anzahl der Voroperationen auf den Operationserfolg

Beschwerdefrei Gebessert p

(n = 34) + Versager

(n = 9)

Anzahl der gynäkologischen Voroperationen

(Mittelwerte $\pm$ Standardabweichung) 1,4 $\pm$ 0,7 2,0 $\pm$ 0,9 < 0,05

Patientinnen mit präoperativ niedrigem

Ruhetonus der Urethra 3/23 3/6 < 0,01

tionen (Tab. I, II). Da einerseits die Einflussnahme auf das Patientengewicht immer nur eine mittelbare sein kann und andererseits therapeutische Massnahmen zur Besserung des urethralen Verschlussdrucks in Ruhe sehr skeptisch beurteilt werden müssen, sehen wir die grössten Chancen auf weitere Verbesserung der Heilungsziffern in einer Vorverlegung der Schlingenoperation, in geeigneten Fällen durchaus auch als Zusatzmassnahme zur Diaphragmaplastik bei Primärinkontinenz.

Literatur

Eberhard, J.; Lienhard, P.: Eine funktionelle Einteilung der Stressinkontinenz in zwei Grundformen. Gynäk. Rdsch. 18: Suppl., pp. 143-145 (1978).

Narik, G.; Palmrich, A.H.: A simplified sling operation suitable for routine use. Am. J. Obstet. Gynec. 84: 400-405 (1962).

Richter, K.: Die operative und konservative Behandlung der Insuffizienz des Blasen-verschlusses der Frau. Gynäkologie 4: 73-89 (1971).

Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 55-56 (1981)