Suprapubische Harnableitung nach vorderer Kolporrhaphie

K.		Kosian
A.		Feiks
W.		Gruber

II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch)

Dr. K. Kosian, II. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Einleitung

Die suprapubische Blasendrainage als Alternativmethode zur transurethralen Harnableitung ist seit 1943 bekannt. Eingang in die Gynäkologie hat diese Form der Harnableitung erst seit zwanzig Jahren gefunden. Besonders indiziert ist die suprapubische Blasendrainage nach Inkontinenzoperationen [1].

Patientengut und Methode

Diese Studie untersuchte Daten von 190 Patientinnen, die sich an der II. Univ.-Frauenklinik Wien im Zeitraum von Jänner 1984 bis Jänner 1986 einer vaginalen Operation mit anschließender vorderer Kolporrhaphie unterzogen hatten. Die Harnableitung nach den vaginalen plastischen Eingriffen erfolgte bei 100 Patientinnen bis einschließlich März 1985 mittels eines transurethralen Dauerkatheters nach Foley Charriere 16, bei 90 Frauen durch eine suprapubische Blasendrainage mit dem Einmalgerät Cystofix Charriere 10. Die Harnableitungen wurden in beiden Fällen unmittelbar nach Beendigung der Operation in Narkose gesetzt. Vor der suprapubischen Blasenpunktion erfolgte die retrograde Auffüllung der Harnblase mit 300 ml Kochsalzlösung. Der Cystofixkatheter wurde erstmalig am 4. postoperativen Tag stundenweise geklemmt, die Harnableitung wurde bis zur zweiten negativen Restharnüberprüfung belassen. Zur Feststellung der Restharnmenge wurde nach Beendigung der Spontanmiktions die bis dahin abgeklemmte suprapubische Drainage geöffnet. In beiden Kollektiven dienten zur Erfassung von Leukozyturie, Bakteriurie und Hämaturie die am 6. postoperativen Tag aus dem Katheterharn bestimmten Laborparameter. Bei Vorliegen eines pathologischen Befundes wurden am 12. postoperativen Tag Kontrollbefunde erhoben. In Fällen von Harnwegsinfektionen erfolgte die Abnahme einer Harnkultur nach Erhalt des Sedimentbefundes am 7. postoperativen Tag. Als signifikante Bakteriurie wurde eine Keimzahl von $\geq 10^5$ angesehen.

Ergebnisse

Die Altersstruktur war in beiden Kollektiven vergleichbar. Die Liegedauer des suprapubischen Katheters betrug durchschnittlich 8,2 Tage. Die durchschnittliche Verweildauer des transurethralen Katheters war 7,2 Tage. Da der Foleykatheter routinemäßig am 6. postoperativen Tag entfernt wurde, die suprapubische Blasendrainage jedoch bis zum Erreichen der Restharnfreiheit belassen wurde, ist ein Vergleich beider Kollektive diesbezüglich nicht möglich. Die stationäre Aufenthaltsdauer der mit Cystofix versorgten Patientinnen, vom Operationstag an gerechnet, war im Durchschnitt um 1,5 Tage kürzer als bei

Freie Vorträge (Gynäkologie)

jenen Frauen mit transurethraler Harnableitung ($12,3 \pm 3,9$ Tage versus $13,9 \pm 4,4$ Tage). Restharnfreiheit wurde in der Gruppe mit suprapubischem Katheter um 2,15 Tage früher erreicht ($8,8 \pm 4,3$ Tage versus $10,9 \pm 5,0$ Tage). Zur Wiederherstellung einer normalen Blasenfunktion mußten in beiden Kollektiven gelegentlich zusätzliche therapeutische Maßnahmen getroffen werden: medikamentöse Therapie mit Alpha-Rezeptorenblockern (Di-benzyran) und/oder elektrophysikalische Maßnahmen. Frauen mit suprapubischer Harnableitung bedurften seltener dieser unterstützenden Therapie (22% versus 29%). Leukozyturie (25 Leukozyten/Gesichtsfeld) am 6. postoperativen Tag konnte bei Cystofixkatheter in 25,5% der Fälle beobachtet werden, jedoch bei 40% der Frauen mit Foleykatheter ($p < 0,05$). Bakteriurie trat bei 22 von 90 Patientinnen mit suprapubischer Blasendrainage auf, gegenüber 40 von 100 Frauen mit Dauerkatheter ($p < 0,05$). Die Zahl der behandlungsbedürftigen Harnwegsinfektionen ≥ 105 war im Kollektiv mit suprapubischer Drainage auf 15 von 90 Patientinnen beschränkt (16,6%) und damit etwa um die Hälfte geringer als im Kollektiv mit transurethraler Harnableitung, in dem 30% der Frauen betroffen waren ($p < 0,02$). Massive Harnwegsinfektionen mit einer Keimzahl von 10^7 sahen wir bei Zystofix in 6 Fällen, bei Foleykatheter in 17 Fällen. Die meisten Infekte wurden in beiden Kollektiven überwiegend durch *E. coli* verursacht (33% bzw. 42%). Die Infektionen traten zum größten Teil vor dem 8. postoperativen Tag auf (83% bzw. 92%). Der suprapubische Katheter wurde weitaus besser toleriert. 41% der Patientinnen in dieser Gruppe gaben an, keine oder nur Beschwerden zu haben. Bei Foleykatheter waren dies nur 7% der Frauen. Die Komplikationshäufigkeit der suprapubischen Drainage war gering. Wir sahen 4 Fälle von Makrohämaturie, davon eine Blasentamponade. Ein Cystofixkatheter mußte am 2. postoperativen Tag wegen heftiger Blasenentzündungen entfernt werden. Bei 3 Frauen kam es zum vorzeitigen Herausfallen der suprapubischen Drainage. In allen diesen Fällen wurde anschließend eine transurethrale Harnableitung bis zum 6. postoperativen Tag vorgenommen.

Diskussion

Die besseren Ergebnisse im Kollektiv mit suprapubischem Katheter sind unserer Meinung nach auf die fehlende Irritation der Urethra und des Blasenverschlußmechanismus zurückzuführen. In der Literatur beschriebene schwere Komplikationen wie Blasenperforation bei Setzen der suprapubischen Drainage, Entzündung des Drainkanals sowie Blasenfisteln konnten wir in keinem der Fälle sehen. Verschiedentlich wird eine Punktion der Harnblase unter Ultraschallsicht vorgeschlagen [2]. Dies scheint uns nicht erforderlich, falls die Punktion bei ausreichendem Füllungszustand der Harnblase vorgenommen wird. Der gering größere Aufwand bei Applikation der suprapubischen Harnableitung scheint bei gynäkologischen Patientinnen durch die niedrigere Infektmorbidität, die raschere Restitution der Blasenfunktion und die relativ einfache Restharnbestimmung nach Einsetzen der Miktion mehr als wettgemacht.

Literatur

- Harms, E., Christmann, U., Klöck, F. K.: Die suprapubische Harnableitung nach gynäkologischen Operationen. Geburtsh. Frauenheilk. 45: 254-260 (1985).
Hodgkinson, C. P., Hodari, A. A.: Trocar suprapubic cystostomy for postoperative bladder drainage in the female. Am. J. Obstet. Gynec. 96: 773-783 (1966).