Pathogenese und Therapie postoperativer Blasenentleerungsstörungen in der Gynäkologie

B.		Schüßler
R.		Philipp
P.		Lentsch

Frauenklinik im Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München
(Vorstand: Prof. Dr. H. Hepp)

Priv.-Doz. Dr. B. Schüßler, Frauenklinik Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, Marchioninistraße 15, D-8000 München 70 (BRD)

Einleitung und Fragestellung

Blasenentleerungsstörungen nach vaginal-plastischen und Streßinkontinenzoperationen stellen eine häufige und zum Teil langdauernde Komplikation dar, die abhängig ist vom gewählten Operationsverfahren (Tabelle I). Die Behandlung postoperativer Blasenentleerungsstörungen ist vielfältig und reicht von der Parasympathikomimetikagabe über Alpha-Rezeptorenblocker und lokale Prostaglandinapplikation bis hin zur Anwendung von Tranquilizern. Als Ursache wird vielfach eine Detrusoratonie angesehen, obwohl urodynamische Untersuchungen bisher nicht vorliegen.

Material und Methode

Bei 30 Patientinnen, die nach Wiederaufnahme der Miktion zwischen dem 5. und 7. postoperativen Tag Restharnverhältnisse von über 50 ml aufwiesen, wurde die simultane Aufzeichnung des intravesikalen und rektalen Druckes sowie des Uroflows während Blasenfüllung und Miktion vor und nach einer solchen Operation untersucht.

Ergebnisse

Bei keiner der Patientinnen lag eine Detrusoratonie vor. Vielmehr war bei insgesamt erniedrigtem Urethraverschlußdruck eine signifikante Erhöhung des Detrusordrucks bei Öffnung und bei maximalem Harnfluß nachzuweisen. Der Uroflow war signifikant erniedrigt, während die Compliance des Detrusor erhöht war (Tabelle II).

Freie Vorträge, Gynäkologie

179

Tabelle I. BES in Abhängigkeit vom operativen Verfahren (Patientengut: UFK Großhadern, Jan.-Dez. 1984)

n mittlere Therapiebed.

Verweildauer BES > 60 Tage (n) Cystofix (Tage)

Diaphragmaplastik

MMK Mod. nach Hirsch Mod. nach Symmonds

Lyo-Duraband' ungezügelt gezügelt

29 8

14

23

10.1 (max.: 37)
10,8 (max.: 50)
13,0 (max.: 67)
11,7 (max.: 35)
26.2 (max.: 180)

Einschließlich Patientengut Homburg/Saar, 1979/1983.

Tabelle II. Ergebnisse der Miktiometrie bei postoperativer Blasenentleerungsstörung (BES) (n = 30)

prae

post

Restharn (% der Blasenkapazität) max. Harnfluß (ml/sec.) Detrusordruck bei max. Harnfluß (cm %O) Detrusoröffnungsdruck (cm H₂O)

Diskussion

Diese Daten zeigen, daß die Ursache der postoperativen Blasenentleerungsstörung nicht in einer Detrusoratonie, sondern in einer reaktiven Detrusorhyperaktivität bei funktioneller infravesikaler Obstruktion liegt. Eine zusätzliche Detrusorstimulation über die Gabe von Parasympathikomimetika kann deshalb nicht als sinnvolle Therapie angesehen werden. Alternative Behandlungsformen in Abhängigkeit von der ursächlichen Störung werden aufgezeigt.

Literatur

Schüßler

B.: Habilitations-Schrift

Homburg/Saar

1983. Sigel

A. et al.: Z. Urol. Nephrol. 71: 901 (1978). Stanton

S. L. et al.: Urology 13: 494 (1979).