Der Stellenwert der Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineoplastik in der Therapie der Streßinkontinenz

G.		Ralph
K.		Tamussino
W.		Lichtenegger

Geburts.-gynäkol. Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. G. Ralph, Geburts.-gynäkol. Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Einleitung

Die operative Therapie der Streßinkontinenz stellt nach wie vor ein nicht zufriedenstellend gelöstes Problem dar. Dies manifestiert sich auch in der Tatsache, daß in der Literatur über 100 Operationstechniken beschrieben werden. In den letzten Jahren sind insbesondere im anglo-amerikanischen Sprachraum die vaginalen Operationsverfahren zugunsten der abdominalen in den Hintergrund getreten. Von besonderer Bedeutung für den Erfolg einer Inkontinenz-Operation ist die präoperative Selektion des Operationsverfahrens. An der Universitäts-Frauenklinik Graz wird bei einem Descensus vaginae et uteri I. Grades in Kombination mit einer Streßinkontinenz und einer normotonen Urethra in der Urodynamik eine Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineoplastik zumeist in Kombination mit einer vaginalen Hysterektomie durchgeführt.

Untersuchungskollektiv und Methode

120 Frauen, die in den Jahren 1981 bis 1985 wegen einer Streßinkontinenz II. oder II. Grades mit einer Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineoplastik und einer vaginalen Hysterektomie operiert wurden, sind sowohl prä- als auch postoperativ einer urodynamischen Untersuchung unterzogen worden. Das Durchschnittsalter z. Zt. der Operation betrug 57 Jahre (34–67), das Zeitintervall zwischen Operation und Nachuntersuchung lag im Durchschnitt bei 36 Monaten (18–60 Monate).

Ergebnisse

Der urethrale Verschußdruck unter Streß, der präoperativ im Durchschnitt 14 cm H₂O betrug, stieg bei den postoperativ kontinenten Frauen auf 37 cm H₂O, bei den postoperativ I.-gradig streßinkontinenten Patientinnen auf 24 und lag bei den III.-gradig streßinkontinenten Fällen unter 0 cm H₂O (Tabelle I).

Der urethrale Verschußdruck in Ruhe sank bei allen Patientinnen deutlich ab (Tabelle II).

Der Transmissionsfaktor stieg bei den postoperativ kontinenten Frauen von 71 auf 92%, bei den postoperativ I.-gradig streßinkontinenten Frauen von 67 auf 81%, und bei den III.-gradig streßinkontinenten Patientinnen von 66 auf 78%.

Das Miktionsverhalten wurde durch die Operation nicht beeinflusst, maximaler durchschnittlicher Uroflow und Miktionsdauer zeigten sowohl prä- als auch postoperativ identische Werte.

Mitteilungen zum 1. Hauptthema 34

Tabelle I. Urodynamische Ergebnisse nach Kolporrhaphia anterior N = 120

Diskussion

Die Entwicklung der urodynamischen Meßtechnik hat es ermöglicht, die subjektiven Angaben der Patientinnen zu objektivieren. Obwohl es durch die Operation zu einem deutlichen Abfall des urethralen Verschußdruckes in Ruhe bei allen Patientinnen kam, besserte sich die Drucktransmission deutlich. 69% der Frauen waren vollständig kontinent und mit dem Ergebnis zufrieden, 14% zeigten eine deutliche Verbesserung der objektiven und subjektiven Parameter. 17% der Frauen hatten sowohl prä- als auch postoperativ eine Streßinkontinenz II.-III. Grades. Diese Patientinnen hatten präoperativ einen Subtotal- und Totalprolaps in Kombination mit einer Streßinkontinenz III. Grades, die jedoch durch einen Quetschhahnmechanismus maskiert war. Daraus ziehen wir den Schluß, daß beim Vorliegen eines Totalprolaps eine Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineoplastik längerfristig allein nicht ausreicht, eine Streßinkontinenz zu beheben. In diesen Fällen ist eine Zusatzoperation in Form einer endoskopischen Blasenhalсанhebung nach Stamey oder einer Schlingenplastik unbedingt erforderlich. Auf-grund unserer Untersuchung sind wir der Meinung, daß die Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineoplastik auch heute noch bei richtiger Indikationsstellung gute, mit den abdominalen Verfahren vergleichbare Ergebnisse zeitigt. Darüber hinaus ist die Operationstechnik einfach und beeinträchtigt die Patientinnen von allen bekannten Operationsmethoden am wenigsten.

Literatur

Beck, P. R., McCormick, S.: Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy. Obstet. Gynecol. 59: 269–274 (1982)

Weil

A.

Reves

H.

Bischoff

P.

Rottenberg

R. D.

Kraver

I.: Modifications of the urethral resting and stress profiles after different types of surgery for urinary stress incontinence. Br. J. Obstet. Gynecol. 91: 46–55 (1984)