Das Konzept der operativen Inkontinenz-Behandlung am Landeskrankenhaus Feldkirch

A.R.		Schurz
H.		Gschliesser
K.		Platzer
S.		Pfefferkorn

Gynäkol.-geburtsh. Abt. (Vorstand: Prim. Dr. A. R. Schurz) und urologische Abt. (Vorstand: Prim. Dr. K. Platzer) am Landeskrankenhaus Feldkirch/Vorarlberg

Prim. Dr. A.R. Schurz, Landeskrankenhaus Feldkirch, Carinagasse 47, A-6800 Feldkirch

Das operative Prinzip der Inkontinenzoperationen besteht in der „vesicourethralen Suspension“. Diese Hebung kann durch eine Diaphragmaplastik bzw. vordere Kolporrhaphie nur in beschränktem Umfang erreicht werden. Vor allem Eberhard aus Frauenfeld konnte zeigen, daß sich mit dieser Operation der Meatus urethrae internus im Durchschnitt nur um 8 mm, auf einen Level von höchstens 3 mm unter den Unterrand der Symphyse heben läßt. Die Lyoduraschlinge hebt bereits wesentlich mehr an und die höchste Elevation konnte mit der Burch-Operation erreicht werden. Es ist also eine Inkontinenz bei nur mäßiger Senkung durch eine vordere Kolporrhaphie alleine wahrscheinlich nicht sicher zu beheben. Weiters kann durch die vordere Kolporrhaphie ein erniedrigter Urethraruhever-schlußdruck (UVDR) ebenfalls nicht behoben werden. In Kenntnis dieser beiden Aspekte haben wir unser operatives Konzept festgelegt, zwar angelehnt an Eberhart, aber doch mit einigen wesentlichen Unterschieden: Nach diagnostischer Abklärung mittels Anamnese, gynäkologischer Untersuchung mit einer Inkontinenzprobe bei gefüllter Harnblase, im Liegen und im Stehen, durch Urethrocystotonometrie und das laterale Urethrocystogramm wird zunächst in vaginal Operable und nicht Operable unterschieden.

Weiters ist für die Auswahl der Operationsmethode entscheidend die Auswertung des lateralen UCG's, vor allen Dingen des Standes des Meatus urethrae internus in bezug auf den unteren Symphysen-rand. Bei der Urethrocystometrie ist entscheidend der UVDR und der Dep. Q. Bei vaginal Operablen, bei denen der M. U. I. unter dem Symphysenrand steht, der maximale UVDR normal ist und der Inkontinenzgrad nach Ingelman-Sundberg nicht > II und der Dep. Q. < 1 machen wir eine Diaphragmaplastik. In der gleichen Situation, dann wenn der UVDR erniedrigt ist oder ein Inkontinenzgrad III. Grades vorliegt oder Dep. Q > 1 ist, kombinieren wir zur Diaphragmaplastik die urethro-vesicale Suspension nach Raz.

Bei sehr adipösen Pat., wo wir das subkutane Fett für die Operation nach Raz scheuen, machen wir die Kurzarmschlinge nach Lahodny.

Nur bei extrem erniedrigtem UVDR und extrem weiter Urethra verwenden wir die Lyoduraschlinge. Bei vaginal Operablen, bei denen der M. U. I. bis zum oder höchstens bis knapp unter den Symphysenrand descendiert, wird unabhängig von den Befunden eine abdominale Suspensionsmethode und zwar eine der Modifikationen der Marshall-Marchetti-Operation gemacht, und je nach dem Bedarf der Elevation der Modifikationen von Hirsch, Cowan oder Burch.

Es ist anzumerken, daß bei Frauen in der Postmenopause Cowan oder Burch meist nur nach länger dauernder Dilatationsbehandlung mit Pessaren überhaupt technisch einwandfrei Mitteilungen zum 1. Hauptthema

39

machbar sind. Obligat wird zu dieser Operation die Douglasobliteration nach Moschcowitz gemacht.

Bei einem Prolaps machen wir zusätzlich zur Kolporrhaphie den „Raz“ oder bei adipösen Frauen die Kurzarmschlinge, insbesondere wenn ein Quetschhahnphänomen vermutet wird.

Bei vaginal nicht Operablen wird unabhängig von den Befunden eine abdominale Suspensionsoperation, eine Marshall-Marchetti-Modifikation, wie schon besprochen, durchgeführt.

Die bisher vorliegenden vorläufigen und bis jetzt nur klinischen Ergebnisse zeigen, daß bei 131 Patienten bei 76% volle Kontinenz und bei 21% eine deutliche Besserung erreicht wurde. 3% blieben unverändert. Wir hatten also in 97% einen therapeutischen Erfolg. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß darunter mehrere und mehrfach voroperierte sind. Die Versager fanden sich bei Streßinkontinenz Grad I, bei dem wir aufgrund unseres Konzeptes nach wie vor die Diaphragmaplastik allein überwiegend anwenden.

Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2, pp. 39–41 (1988)

Bedeutung der Blasenhalstopik für die chirurgische Inkontinenztherapie

/ J. Lahodny, M. Fabsits, M. Wollein

Abt. Gynäk. Geburtsh., Allgem. öffentl. Krankenhaus St. Pölten (Leiter: Prim. Dr. J. Lahodny)

Die Ligamenta pubourethralia posteriora und die angrenzenden Strukturen der Fascia endopelvina fixieren den Blasenhal an die Symphysenhinterfläche.

Die Höhe der Ligamentansatzpunkte an der Schambeinhinterfläche und ihre Länge bestimmen den Blasenhalshöhenstand; dieser ist als Kontinenzmerkmal anzusehen.

Genau genommen müßte also jeder Frau als Kontinenzmerkmal eine ganz bestimmte Blasenhalstopik zukommen.

Wählen wir als Bezugsabschnitt für den Blasenhal oberes Symphysenhinterwandddrittel mittleres Symphysenhinterwandddrittel und unteres Symphysenhinterwandddrittel

so finden wir bei randomisierter

radiomorphologischer Untersuchung an gesunden Frauen Level-I-Fälle (hochsitzender Blasenhal) in 9%

Level-II-Fälle (mittelhochsitzender Blasenhal) in 36% und Level-III-Fälle (tiefsitzender Blasenhal) in 55%.