Urodynamische Ergebnisse nach Inkontinenzoperationen

L.		Michelitsch
G.		Ralph
K.		Tamussino

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. L. Michelitsch, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Im Jahre 1864 hat Baker Brown als erster eine Operationsmethode zur Behebung einer Streßinkontinenz publiziert. Seit dieser Zeit wurden mehr als 200 Operationsmethoden und Modifikationen veröffentlicht, wobei jedes Verfahren für sich in Anspruch nimmt, das Beste zu sein. Bei ein- und derselben Operationsmethode werden Erfolgsquoten zwischen 50 und 96% angegeben. Eine Objektivierung der Operationsergebnisse wurde erst durch die Einführung der urodynamischen Meßtechnik möglich.

48 Patientinnen, die mit einer Kolposuspension nach Burch, 52 Frauen die mit einer endoskopischen Blasenhalsanhebung operiert worden waren, sind sowohl prae- als auch postoperativ untersucht worden. Das Zeitintervall zwischen Operation und Nachuntersuchung betrug im Durchschnitt 18 Monate (12–52). Die Abklärung bestand in einer standardisierten gynäkologisch-urologischen Anamnese, dem gynäkologischen Palpationsbefund und einer urodynamischen Abklärung. Eine seitliche Kolpozystographie wurde bei allen Patientinnen sowohl prae- als auch postoperativ durchgeführt. Aus der Summe aller Befunde ergab sich das therapeutische Vorgehen.

Eine Kolposuspension nach Burch wurde bei Vorliegen einer Rezidivstreßinkontinenz in Kombination mit einer schweren Streßinkontinenz II.-III. Grades, bei adipösen Patientinnen und bei Vorliegen einer hypotonen Urethra angewendet.

Der endoskopischen Blasenhalsanhebung wurde bei Vorliegen eines Subtotal- und Totalprolaps in Kombination mit einer Streßinkontinenz II.-III. Grades als Zusatzoperation der Vorzug gegeben.

Nach der Kolposuspension nach Burch konnte eine vollständige Kontinenz, sowohl klinisch als auch urodynamisch in 82% erzielt werden, in 18% der Fälle wurde eine Rezidivstreßinkontinenz I.-II. Grades festgestellt. Die urodynamischen Ergebnisse gehen aus Tabelle 1 hervor. Daraus ist ersichtlich, daß der maximale Urethraverschlußdruck in

Tabelle 1. Urodynamische Ergebnisse nach Kolposuspension nach Burch (N = 48)

Praeoperativ	Postoperativ	
funktionelle Urethralänge (cm)	2,66 ± 0,65	2,47 ± 0,63
max. UVDR (cm %O)	46,3 ± 16,1	38,9 ± 20
Dep. O	1,07 ± 0,23	-0,04 ± 0,4
Transmissionsfaktor	61,1 ± 16,1	102,7 ± 15,6

Freie Vorträge (Gynäkologie) 234

Tabelle 2. Urodynamische Ergebnisse nach endoskopischer Blasenhalsanhebung (N = 52)

Praeoperativ Postoperativ

funktionelle Urethralänge (cm)	1,84	2,20
max. UVDR (cm)	27,90	24,10
Dep. Q %	1,66	-0,35
Transmissionsfaktor %	74,00	110,00

Ruhe gesenkt, der Depressionsquotient und Transmissionsfaktor signifikant verbessert wurden. Nach endoskopischer Blasenhalsanhebung waren 83% der Frauen kontinent, in 17% der Fälle war eine Rezidivstreßinkontinenz I. Grades nachweisbar. Wie die Tabelle 2 zeigt, war der urethrale Verschußdruck in Ruhe postoperativ erniedrigt, der Transmissionsfaktor und Depressionsquotient signifikant verbessert.

Postoperativ kam es sowohl nach Kolposuspension nach Burch in 50%, als auch nach endoskopischer Blasenhalsanhebung in 40% zu einer deutlich erhöhten Inzidenz an Blasenentleerungsstörungen.

Das Auftreten einer Cystocele nach Kolposuspension nach Burch war mit 26% deutlich höher als nach endoskopischer Blasenhalsanhebung mit 10%.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die abdominalen und abdominovaginalen Operationsverfahren zu guten Ergebnissen führen. Diese sind jedoch verbunden mit einer erhöhten Inzidenz an postoperativen Blasenentleerungsstörungen.

Literatur

Baker-Brown, I.: On diseases of woman remediable by operation. Lancet 263–266 (1864).

Heidler

H. et al.: Urethral closure mechanism under stress. Eur. Uro. 5: 110–112 (1979).