Kontrolle der Wertigkeit einzelner Inkontinenz-Operationsmethoden durch systematische prospektive Nachuntersuchung aller Patientinnen nach Inkontinenzoperationen

P.		Anderl
D.		Kölle
A.		Waitz-Penz
M.		Sachsenmaier

Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

OA Dr. P. Anderl, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Einleitung

Die Operationen zur Behandlung der Inkontinenz stellen mit ca 27% eine große Gruppe innerhalb der gynäkologischen Operationen an der Univ. Frauenklinik Innsbruck dar. Die Inkontinenzbehandlung ist aber bezüglich der Erfolgsaussichten sicher die Achilles-ferse der gynäkologischen Operationen. Ohne systematische Nachkontrolle wird die Heilungsrate vom behandelnden Arzt meist zu hoch angenommen.

Seit Jahren kann man in internationalen Journalen über die Heilungsrate einzelner OP-Methoden nachlesen, wobei man zwischen Realisten [1,2] und Optimisten unterscheiden kann, welche glauben, zusätzlich zu den 150 bekannten OP-Methoden, die einzige für nahezu alle Patientinnen passende Methode gefunden zu haben.

Patienten und Methode

Nachdem wir seit ca. 3 Jahren nahezu alle inkontinenten Patientinnen präoperativ urodynamisch abgeklärt haben, versuchen wir seit Juni 1988 alle diese Patientinnen auch postoperativ urodynamisch nachzukontrollieren. Mit Hilfe eines EDV-Programms, in welchem alle bei uns durchgeführten Inkontinenzoperationen gespeichert werden, ist es möglich diese Patientinnen 6 Wochen, 6 Monate sowie 1 Jahr nach der Operation automatisch zur Kontrolle einzuberufen.

Durch Verknüpfung dieser Operationsdatei mit unseren, auf EDV gespeicherten, urodynamischen Meßdaten können wir ohne Schwierigkeit folgende, für jeden Operateur interessanten, Ergebnisse evaluieren:

Resultate

a) Die Erfolgsrate nach 6 Wochen ist nicht aussagekräftig! (Die Druckwerte ändern sich bis 6 Monate nach der Operation in beide Richtungen.)

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Operateur und OP-Erfolg (dieser ist nur von der Methode und der Ausgangslage abhängig).

Heilungsrate: Burch bei Erstoperation 89% (nach 6 Mo).

Heilungsrate: Burch bei Rezidivinkontinenz 50% (nach 6 Mo).

Heilungsrate: Kolporrhaphie bei Erstoperation 52% (nach 6 Mo).

Verschlechterung urodynamischer Parameter durch vorhergehende erfolglose
Inkontinenzoperation [3]:

Freie Vorträge (Gynäkologie)

238

Verkürzung der funktionellen Urethralänge,
Absinken des max. Urethraerschlußdruckes (UVDR),
Verkürzung der Distanz Balse – Max. UVDR).

Dieses Kollektiv von rezidivinkontinenten Patientinnen hat also für eine neuerliche
Inkontinenzoperation in wesentlichen Punkten, die für die Kontinenzerhaltung nötig sind, sehr
schlechte Voraussetzungen.

Unsere Ergebnisse sind mit der internationalen Literatur vergleichbar und haben im letzten Jahr
zu einer Zunahme der abdominellen auf Kosten der vaginalen Operationsme-thoden zur
Behandlung der Inkontinenz an unserer Klinik geführt.

Literatur

Geelen van, J. ML; Theeuwes, A. G. ML; Eskes, T. K. A. B.; Martin, Ch. B.: The clinical and
urodynamic effects of anterior vaginal repair and Burch colposuspension. Am. J. Obstet.
Gynecol. 159: 137 (1988).

Weil, Antoine; Reyes, H.; Bischoff, P.; Rottenberg, R. D.; Krauer, F.: Modifications of urethral
rest and stress profiles after differenz types of surgery for urinary stress incontinence. Br. J.
Obstet. Gynaecol. 91: 46–55 (1984).

Anderl, P.; Kölle, D.: Vergleich verschiedener Längenparameter der Urethra an 386 Patientinnen
in Abhängigkeit von Kontinenz, Menopausenstatus und Alter. Geburtsh. u. Frauenheilk. 49:
872–875 (1989).

Gynäkol Rundsch 1990;30(Suppl 1): 238–241

Urethrographie versus Vaginosonographie bei Urethradivertikel

L. Abet, W. Natho, B. Schulze, J. Richter, F. Hegenscheid

Aus dem Institut für Röntgendiagnostik (Dir.: OMR Prof. Dr. sc. med. M. Liining) und der
Universitätsfrauenklinik (Dir.: OMR Prof. Dr. med. habil. H. Bayer) des Bereichs Medizin
(Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin

Die Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik des unteren Harntraktes ergibt sich aus der
Häufung von Erkrankungen in diesem Bereich und der Vielfalt der die Symptome auslösenden
Ursachen. Die Zahl der Patientinnen mit funktionellen und dysuri-schen Beschwerden
die sowohl urologische als auch gynäkologische Sprechstunden aufsu-chen
hat in den letzten Jahren zugenommen. In einem hohen Prozentsatz sind morphologí-sche
Veränderungen der Urethrawand Ausgangspunkt derartiger Symptome. Zur Objekti-vierung
dieser Befunde stellt die radiologische Diagnostik mittels Doppelballonurethrogra-