Stressinkontinenz und hintere Blasensuspensionsdefekte. Therapievergleich zwischen vaginaler Korrektur und Kolposuspensionsoperation nach Burch

P.	Per	Thunedborg
W.	Wiggo	Fischer-Rasmussen
S.B.	Simone Bjerregaard	Jensen

Department of Gynaecology and Obstetrics, Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Denmark

Bisher wurden Empfehlungen für die chirurgische Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz gestützt auf zystourethrographische Befunde abgegeben. Die Kolposuspensionsoperation wurde vor allem bei Patientinnen mit einem Deszensus der vorderen Vaginalwand empfohlen, während eine Vaginalkorrektur bei einem Deszensus der hintere-n Vaginalwand befürwortet wurde. Trotz des Vorgehens nach den erwähnten Empfehlungen war die Heilungsrate nach vaginaler Korrektur verglichen mit der Kolposuspensionsoperation enttäuschend. Es kam deshalb zur Entscheidung, Frauen mit Stressinkontinenz und einem hinteren Suspensionsdefekt, welche bei der Zystourethrographie gefun-den wurden, mit der Kolposuspensionsmethode zu operieren. Dieses Vorgehen stimmte auch besser mit den Empfehlungen von Green überein, der 1962 ein vaginales Vorgehen bei Typ 1 (normaler Winkel und verstrichener Winkel β) bzw. bei Typ 2 (rotatorischer Deszensus) eine Marshall-Marchetti-Kranz-Operation forderte. Hintere Blasensuspensionsdefekte (hintere Blasensenkung oder Trigonozelen) werden bei der Stressinkontinenz weniger häufig gefunden als die vordere Blasensenkung. In einer Studie mit 420 Frauen, bei denen eine Zystourethrographie durchgeführt wurde, zeigten nur 51 (12%) die erwähnten Blasenveränderungen. An dieser Studie nahmen 38 Frauen mit Stressinkontinenz und einer hinteren Blasensenkung teil. Die ersten 19 Patientinnen wurden mittels vorderer und hinterer Kolporrhaphie behandelt. Die anderen 19 Patientinnen unterzogen sich einer Kolposuspensionsoperation nach Burch, wobei es sich bei alien Patientinnen um eine Erstoperation handelte. Eine Nachuntersuchung nach 6 Monaten bestand aus einem Interview, einer gynäkologischen Untersuchung, Inkontinenzprüfung (300 ml Bla-senfüllung) und einer Zystourethrographie. Eine zweite Nachuntersuchung erfolgte nach 8 Jahren bei den Patientinnen mit anteriorer Kolporrhaphie bzw. nach 6 Jahren bei Patientinnen mit der Kolposuspensionsoperation. Bei der 6-Monate-Nachkontrolle zeigten 11 von 19 vaginal operierten bzw. 15 von 17 abdominal operierten Patientinnen eine nor-male radiologische Anatomie. Eine Rezidivstressinkontinenz wurde bei 5 von 19 vaginal operierten Patientinnen beobachtet; bei der Kolposuspensionsgruppe zeigte sich kein

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

162

Rezidiv. Bei der wichtigen Langzeitnachuntersuchung ergab sich dann eine signifikante Reduzierung des Genitalprolapses bei der Kolposuspensionsgruppe gegenüber der Vagi-

nalgruppe, wobei dies zu keiner Zunahme an Urge-Beschwerden oder Harnwegsinfektionen bei der Kolposuspensionsgruppe führte.

Für Klinik und Praxis: Viele Studien ergaben bei der Korrektur der Stressinkontinenz durch eine Kolposuspensionsoperation bessere Resultate als bei der vaginalen Therapie. Die Behandlung der Stressinkontinenz mit einer hinteren Blasensenkung ist derzeit noch ein sehr kontroversiell diskutiertes Thema. Die vorliegende Studie zeigte aber, dass die anatomischen Defekte sowohl mit einer Kolposuspension als auch mit einer Kolporrhaphie zufriedenstellend korrigiert werden können.

H. Enzelsberger, Wien

Aus: Br J Obstet Gynaecol 1990;97:163-166 cit. Gynäkol Rundsch 1990;31:162-163

Änderung der arteriellen Compliance des Ovars während des menschlichen Menstruationszyklus gemessen mittels

Doppler-Ultraschalls

Change in Ovarian Arterial Compliance during the Human Menstrual Cycle

Assessed by Doppler Ultrasound

K. Hata, T. Hata, D. Senoh, K. Makihara, S. Aoki, O. Takamiya, M. Kitao Department of Obstetrics and Gynecology, Shimane Medical University, Izumo, Japan

Bei 9 Japanerinnen mit regelmässigem Menstruationszyklus wurden 36 sonographische Messungen des arteriellen Blutflusses beider Ovarien durchgeführt, um Unterschiede zwischen den einzelnen Zyklusphasen sowie zwischen aktivem und inaktivem Ovar zu ermitteln und aufzuzeichnen. Das Durchschnittsalter der Probandinnen lag bei 27 Jahren. In der frühen Follikelphase (Tage 5-7), der späten Follikelphase (Tage 11-13), der frühen Lutealphase (Tage 15-17) und der späten Lutealphase (Tage 26-28) wurden jeweils beide Ovarien mittels zweidimensionaler Real-time-Scans und gepulsten Doppler-Ultraschalls (Aloka SSD-870, 3,5-MHz-Transducer) auf das Vorhandensein eines dominanten Follikels untersucht bzw. der Pulsatilitätsindex bestimmt. Dieser ist durch den Quotienten aus maximaler systolischer Frequenz minus maximaler enddiastolischer Frequenz dividiert durch die durchschnittliche maximale Frequenz (Durchschnitt aus 5 aufeinanderfolgenden Wellen) der Blutflusswellen definiert.

Im aktiven Ovar konnten bemerkenswerte Veränderungen der arteriellen Compliance während des Menstruationszyklus festgestellt werden. Diese waren durch ein leichtes Ansteigen diastolischer Doppler-Shifts in der späten Follikelphase sowie durch einen relativ hohen diastolischen Fluss und niedrige Pulsatilität im Einklang mit einer Vasodilatation. Stress Urinary Incontinence and Posterior Bladder Suspension Defects. Results of Vaginal Repair versus Burch Colposuspension