Operative Therapie der Streßinkontinenz nach radikaler Hysterektomie

K.		Tamussino
G.		Ralph

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr.-K. Tamussino, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Etwa 20% der Frauen die wegen eines Zervixkarzinoms einer radikalen abdominalen Hysterektomie unterzogen werden, entwickeln postoperativ eine Streßinkontinenz. Diese kann so ausgeprägt sein, daß eine chirurgische Behandlung erzwungen wird.

Acht Frauen bei denen wegen einer Streßinkontinenz II-III" nach radikaler abdominaler Hysterektomie eine Inkontinenzoperation durchgeführt wurde, konnten sowohl prä- als auch 1 Jahr postoperativ klinisch und urodynamisch untersucht werden [1]. Keine der Frauen hatte eine Radiotherapie erhalten. Fünf Frauen mit einem kurzen Scheidenblindsack

Freie Vorträge (Gynäkologische Urologie)

318

wurde 1/3 der Urethrovesicopexie nach Marshall und Marchetti (MMK), eine Frau mit einem ausreichend langem und beweglichen Scheidenblindsack wurde einer Colposuspension nach Bruch unterzogen. In einem Fall wurde eine Schlingenoperation nach Zoedler und ein 1/4 wegen einer großen Zystocele eine Diaphragmaplastik durchgeführt.

1/3 allen Fällen wurde eine herabgesetzte Detrusorfunktion, bei sieben Frauen ein gestörtes Blasenfüllungsgefühl nachgewiesen. Der urethrale Verschußdruck (UCP) in Ruhe war bei einer Frau niedrig; der Urethra Verschußdruck unter Streß war bei 7 Frauen unter 0 cm H₂O.

Ein Jahr nach der Inkontinenzoperation waren 5 Frauen klinisch und urodynamisch untersucht. Die Frau, welche einer Schlingenoperation unterzogen wurde entleerte ihre Blase mittels intermittierenden Selbstkatheterismus. 2 der 5 Frauen, die einer MMK Operation unterzogen wurden waren noch streßinkontinent, wie auch die Frau bei der lediglich eine vordere Plastik gemacht wurde. Die Miktionsleistung wurde bei 5 Frauen weiter verschlechtert. Die funktionelle Urethralänge und der Urethra Verschußdruck unter Streß und die Rückstrommission waren bei den kontinenten Frauen deutlich verbessert.

1/3 Möglichkeiten einer operativen Behandlung der Streßinkontinenz nach radikaler Hysterektomie sind durch die Kürze und Vernarbung der Restscheide beschränkt. Eine Colposuspension, wahrscheinlich die effektivste Methode zur Behandlung einer Streßinkontinenz

ist bei diesen Patientinnen meist nicht möglich. Auf jeden Fall ist eine Behandlung mit lokaler Östrogenapplikation und Pessaren empfehlenswert um die Mobilität und Kapazität der Scheide zu erhöhen.

1/3 unserer Patientinnen wurden einer MMK Operation unterzogen; zwei Frauen blieben Inkontinent. Eine MMK scheint nur bei einem normalen UCP. Weiters müssen Urethra und

Blasenhals mobil genug sein, um in die Region des intraabdominellen Druckes eleviert werden zu können.

Die Schlingenoperation kommt für Frauen in Frage mit einer kurzen, hypotonen Urethra und schlechter Mobilität der Urethra und des Blasenhalses. Die Patientin muß aber aufgeklärt werden, daß mit einem lebenslangen Selbstkatheterismus gerechnet werden muß [1, 2].

Frauen die nach einer radikalen Hysterektomie inkontinent sind sollten urodynamisch urologisch abgeklärt werden müssen. Da sich die Beschwerden innerhalb des ersten postoperativen Jahres zurückbilden können, sollte mindestens 1 Jahr gewartet werden, bevor eine chirurgische Behandlung der Inkontinenz erwogen wird. In ausgewählten Fällen kann eine passende Operation zur Kontinenz führen.

Literatur

Alph, G.; Tamussino, K.: Surgical treatment of stress urinary incontinence after radical hysterectomy. Int. Urogynecol. J. 1991 (in Druck).

Ward

N.; Nelson. J. H. jr.: Treatment of urinary incontinence after radical hysterectomy. Obstet. Gynecol. 64: 400–405 (1984).