Behandlung von Streßinkontinenz durch Kolposuspension nach Burch

E.	Edith	Rammer
F.		Fredrich
F.		Burger

Abt. für Gynäk. Geburtsh., Krankenhaus Horn (Vorst.: Prof. Dr. F. Friedrich)

Dr. Edith Rammer, Abt. für Gynäk. Geburtsh., Krankenhaus Horn, Spitalgasse 10, A-3580 Horn

Im November 1990 demonstrierte DDr. H. Enzelsberger von der I. Universitäts-Frauenklinik in Wien an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Krankenhauses Horn an zwei Patientinnen die Kolposuspension nach Burch [1], die damit auf der Station erstmals als zusätzliche Operationsmethode zur Behandlung der Streßinkontinenz angewendet wurde. Die Operationen verliefen ohne wesentliche Komplikationen, die Patientinnen konnten nach Entfernen des Katheters schon am siebenten Tag wieder urinieren, und es kam zu keinen wesentlichen Restharnbildungen. Aufgrund der Komplikationslosigkeit der Operation, des ausgesprochen günstigen postoperativen Verlaufes und der guten Ergebnisse wurde daraufhin die Kolposuspension nach Burch, die ursprünglich nur als zusätzliche Operationsmethode vorgesehen war, auf der Station schließlich in das Operationsrepertoire übernommen. Die Kolposuspension nach Burch ist eine abdominale Operationstechnik zur Therapie der Streßinkontinenz. Die Indikationsstellung an unserer Abteilung war sowohl die hypotone Urethra als auch die normotone Urethra mit und ohne Descensus, und bei starker Erweiterung des Levatorschlitzes wurde zusätzlich eine hintere Levatorplastik zur Wiederherstellung der Anatomie nach den Prinzipien von Richter durchgeführt.

Hypotone Urethra ohne Descensus mit Streßinkontinenz IF	2
Hypotone Urethra ohne Descensus mit Streßinkontinenz IIF	6
Normotone Urethra ohne Descensus mit Streßinkontinenz F12	
Normotone Urethra ohne Descensus mit Streßinkontinenz IF	12
Normotone Urethra mit Descensus mit Streßinkontinenz IIF	16
Normotone Urethra mit Streßinkontinenz IIF und extremer	

Erweiterung des Levatorschlitzes 3

Kombination von Kolposuspension nach Burch
mit hinterer Levatorplastik

Ätzst. v. Streßinkontinenz IIF 4

Wegen defekten Mikrotipkatheters kein UCT gemessen 5

Präoperativ wurden die Patientinnen durch eine Urethrozystotonometrie, durch eine laterale Urethrozystographie und durch eine Intraussonographie diagnostisch untersucht. Bei der Operation ist der Operationszugang in der Regel ein Pfannenstielquerschnitt. Nachdem die Faszie gespalten und die Rektusbäuche getrennt sind, wird das Cavum Retzii stumpf eröffnet und die Blase vom Schambein abpräpariert. Die linke Hand geht in die Scheide ein, sodann wird das Scheidengewölbe eleviert und die Scheidenfaszie (paraurethrale Faszie) seitlich vom Blasenhal-

und der Blase mit Nähten angestochen. Im Gegensatz zur Marshall-Marchetti-Operation, bei der nur das paraurethrale Gewebe gefaßt wird, kann man bei dieser Operations-technik seitlich von der Borderline-Vene, die die Grenze zur Blase darstellt, entlang des Blasenhalsses hochgehen und durch das Hochziehen der Nähte an das Cooper'sche Ligament an der Linea pectinea den Blasenhalss und die Blase wie auf einer Hängematte in das kleine Becken intraabdominal verlagern. Dabei ist es nicht unbedingt erforderlich, daß zwischen der Scheidenfaszie und dem Cooperschen Ligament ein meeting-point erreicht wird, weil die Ergebnisse auch ohne Erreichen eines meeting-points gleich gut waren. Aufgrund von Übergewichtigkeit, Schwerarbeit und Multiparität kommt es bei vielen Frauen aus dem Einzugsbereich des Krankenhauses Horn zu Streßinkontinenz. Es war daher notwendig, eine Operationstechnik anzuwenden, die weitgehend schonend den vor allem aus dem ländlichen Bereich kommenden Patientinnen eine möglichst frühe Rückkehr in den Arbeitsprozeß ermöglichen sollte, was bei der Kolposuspension nach Burch der Fall ist. Dies stimmt auch mit der Ansicht J. Eberhards [2] überein, der betont, daß bei Inkontinenzoperationen postoperative Komplikationen, wie Rektozelen, Enterozelen, Deszensus und auch Miktionsbeschwerden, nicht durch (zum Teil problematische) Zusatzeingriffe, sondern durch eine differenzierte schonende Operationstechnik verhindert werden sollen. Daher wurden an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Krankenhauses Horn zwischen November 1990 und November 1991 insgesamt 60 Streßinkontinenzoperationen nach Burch durchgeführt.

Um eine Überprüfung des Erfolges zu ermöglichen, wurde den operierten Patientinnen nach einem Jahr ein Fragebogen zugesandt, in dem sie anhand der aufgelisteten Fragen um eine detaillierte Darstellung des postoperativen Verlaufs gebeten wurden. Die von 57 % der Patientinnen rückgesandten Fragebogen ergaben folgende Auswertung:

100 % der Patientinnen fühlten sich gut betreut und fanden es gut, sich der Operation unterziehen zu haben. Bei

90 % von ihnen hatte die Operation den gewünschten Erfolg gehabt.

91 % hatten keinen stärkeren Harnverlust beim Husten, 91 % nicht beim Heben schwerer Gegenstände und

88 % nicht bei anderen Gelegenheiten. 75 % hatten auch keinen geringen Harnverlust beim Husten, 85 % nicht beim Heben schwerer Gegenstände 79 % nicht bei anderen Gelegenheiten.

Bei

91 % der behandelten Patientinnen traten nach der Operation keine neuen Beschwerden auf. Man kann somit von einem weitgehend anhaltenden Erfolg der Operation sprechen.

Postoperative Beschwerden zeigten sich einzig bei fünf der 60 operierten Patientinnen, die ziehende Schmerzen in

der Leistengegend verspürten; eine Patientin mußte deswegen drei Monate nach der Operation eine Woche lang stationär aufgenommen und mit Antirheumamitteln behandelt werden.

Somit hat sich an unserer Station die Behandlung der Streßinkontinenz bei hypotoner und normotoner Urethra mit und ohne Descen-

sus durch Kolposuspension nach Burch bewährt. Aufgrund der Komplikationslosigkeit der Operation, des günstigen postoperativen Verlaufes und der guten Ergebnisse kann daher die Kolposuspension nach Burch als ein gutes Verfahren in der operativen Korrektur der weiblichen Streßinkontinenz angesehen werden [3].

Literatur

Burch JC: Urethrovaginalfixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. Am J Obstet Gynec 81: 281-290 (1961).

Eberhard J, Schär G: Gynäkologische Urologie. Gynäkol Rundschau 31 I S 1/91: 46-47 (1991).

Enzelsberger H: Problematik der Rezidiv-Stressinkontinenz. Gynäkol Rundschau 31 III 91: 59-60 (1991).