Organerhaltung des Uterus bei operativer Therapie der Streßinkontinenz

A.R.		Schurz
M.		Franer
E.		Verocai

Gynäkol.-geburtsh. Abt. LKH Feldkirch (Vorst.: Prim. Dr. A. R. Schurz)

Prim. Dr. A. R. Schurz, Gynäkol.-geburtsh. Abt. LKH Feldkirch, Carinagasse 47, A-6800 Feldkirch

Bis vor wenigen Jahren war die Junktimierung der meist vaginal durchgeführten Inkontinenzoperation mit einer Gebärmutterentfernung weitgehend obligat.

Methode

1986 sind wir von dem Konzept, eine Streßinkontinenz primär in jedem Fall vaginal (mit Diaphragmaplastik und gleichzeitig Hysterektomie) zu verhandeln, abgegangen.

Wir entwarfen ein Konzept, nach prospektiven Parametern schon primär unterschiedliche Operationstechniken anzuwenden. Es sind das neben der Diaphragmaplastik die

Urethrovesikosuspensionsoperation nach Burch von abdominal bzw. von vaginal nach Raz. Als Auswahlkriterien wurden die Ergebnisse der Profilometrie, des lateralen Urethrozystogramms, vor allen Dingen aber die klinische Inkontinenzprüfung benutzt.

In der Folge wurde bei der vaginalen Plastik weiterhin in 96 % mit einer Hysterektomie kombiniert.

Wesentlich häufiger geschah das beim Raz (65%) und beim Burch (60%).

Ergebnisse

Was die Klinik anlangt, wurden die meisten Patienten durch die Operation entweder geheilt oder gebessert. Am häufigsten dabei durch die Operation nach Burch, am wenigsten durch die vaginale Plastik. Kein Unterschied bestand hinsichtlich der klinisch anamnestischen Heilungsergebnisse, wenn die Operation mit oder ohne gleichzeitiger Hysterektomie durchgeführt wurde.

Hinsichtlich des Urethraruheverschlußdrucks führte die vaginale Plastik insgesamt zu einer Verschlechterung, die Operationstechnik nach Raz ebenfalls, allerdings zu einer geringfügigeren Verschlechterung, während die Operation nach Burch eine geringfügige Verbesserung erbrachte. Es bestand jedoch kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Operationsgruppen, ob mit oder ohne Hysterektomie operiert wurde.

Die Elevation des Meatus urethrae internus gelang am besten durch die Operation nach Burch und am wenigsten durch die vaginale Plastik. Auch hier war kein Unterschied, ob mit oder ohne Hysterektomie vorgegangen worden war. Lediglich hinsichtlich der Verkleinerung des Winkels Beta, der am besten durch die Urethrovesikosuspensionsoperation nach Burch und Raz gelang, war ein signifikanter Unterschied. Das Ergebnis war noch günstiger, wenn die Operation nach Raz mit einer Hysterektomie kombiniert worden war.

Auch hinsichtlich des Depressionsquotienten, der am besten durch die Urethrovessikosuspensionsoperationen gesenkt wurde, war signifikant häufiger eine Verbesserung, wenn die Operation nach Burch mit einer Hysterektomie verbunden war.

Zusammenfassung

Insgesamt ergab sich, trotz der präoperativ vorgenommenen Triage der Operationstechnik, auch in diesem Material, daß auch bei Selektion klinisch und meßtechnisch hinsichtlich der Inkontinenz die Operation nach Burch die besten Ergebnisse vor der Operation nach Raz und vor der vaginalen Plastik ergab. Im wesentlichen bestand kein Unterschied innerhalb der einzelnen Operationsgruppen, ob sie mit einer Hysterektomie kombiniert worden waren. Lediglich hinsichtlich des Winkels Beta schnitt die Operation nach Raz besser ab, wenn hysterektomiert wurde, das gleiche gait hinsichtlich des Dep Q bei der Operation nach Burch. Insgesamt, unter besonderer Gewichtung der Klinik, unter Zusammenfassung der Befunde, läßt sich behaupten, daß die Hysterektomie keine besseren Ergebnisse hinsichtlich der Inkontinenz bringt.

Tabelle 1. 1-4

Jahresergebnisse In-kontinenzoperatio- klinisch nen Klinik

Vag. Plastikmit ohne

125 5

mit

31

Raz

ohne

17

mit

40

Burch

ohne 26

gleich

gebessert

geheilt

12(10%) 1(20%)2(6%) 1(6%) 2(5%) 1(4%)

37(29%) 1(20%)10(32%) 6(35%) 9(23%) 5(19%)

76 (61 %) 3 (60 %) 19(61%) 10 (59 %) 29 (73 %) 20 (77 %)

n.s. n.s. n.s.