Erste Erfahrungen mit präperitonealer laparoskopischer Kolposuspensionsoperation nach Burch

F.		Gill
H.		Enzelsberger

Gynäkol.-geburtsh. Abt., St. Josef-Krankenhaus Wien (Vorst.: Prim. Dr. F. Gill) und UFK-Wien

Dr. F. Gill, St. Josef-KH, Gynäkol. Abt., Auhofstraße 189, A-1130 Wien

Ziel der Bestrebungen in der Urogynäkologie ist das Beheben eines Descensus oder einer Harninkontinenz. Zur operativen Therapie einer Streßinkontinenz sind verschiedene Techniken im Einsatz, wobei die Kolposuspension nach Burch mit einer hohen Erfolgsrate immer häufiger zur Anwendung kommt.

Als neueste Modifikation wird die Kolposuspension laparoskopisch durchgeführt, wobei das Pneumoperitoneum präperitoneal angelegt und stumpf bis ins Cavum recti präpariert wird.

Patientinnen und Methodik

Die neue endoskopische Modifikation zur Therapie der Streßinkontinenz wurde an 10 Frauen, als Pilotstudie durchgeführt. Nach urodynamischer und sonographischer Voruntersuchung wurden bei den Patientinnen mit einer Streßinkontinenz II. bis III. Grades (DepQ 0,5-1 – keine Urge-Symptomatik – keine Zysto- und Recto-cele III. Grades) mittels präperitonealer laparoskopischer Kolposuspension operiert. Nach Anlegen eines präperitonealen Pneumoperitoneums wird stumpf mittels der Optik das Peritoneum von der Fascie abpräpariert, bis ein genügend großer Hohlraum entsteht, daß links und rechts der Medianen, zwei weitere Einstiche nahe der Schamhaargrenze gesetzt werden können, um das Cavum recti freizupräparieren. Nach Darstellung der vorderen Vaginalwand, wird mittels der „Nottingham“-Nadel unter cystoskopischer Kontrolle, ca. 1 cm lateral des vesicourethralen Überganges links und rechts je ein bis zwei Nähte gelegt und am Cooperschem Ligament fixiert und geknüpft. Das Knüpfen erfolgt extrakorporal, das Nahtmaterial ist ein nicht resorbierbarer Faden der Stärke 0 oder 1.

Ergebnisse

Die Patientinnendaten wurden in Tabelle 1 und 2 zusammengefaßt. Bei den urodynamischen Messungen postoperativ ergaben sich deutliche Verbesserungen der objektivierbaren Daten, insbesondere die Nachkontrollen 9-12 Monate post operationem bestätigten den Erfolg der eingesetzten Methode. Auch sonographisch konnten gute Resultate nachgewiesen werden (siehe Tab. 2.).

Diskussion

Postoperativ imponiert eine rasche Rehabilitation bei einer durchschnittlichen Entfernung des Cystofix nach 48 Std. und Entlassung aus der stationären Pflege am vierten postoperativen Tag. Bei den Nach-

kontrollen 9-12 Monate nach pelviskopischer Kolposuspension zeigten sich sowohl urodynamisch als sonographisch gute Resultate.

Tabelle 1. Daten von Frauen mit Streßinkontinenz

10

Alter (Jahre)

Mittelwert Range

Gewicht (kg) Parität

Voroperationen (Vag./Kolp. ant.) Leidensdruck präop. Abklärung Einschlußkrit.

Ausschlußkrit. Op.-Modus

53,1+3,5

48-57 64,5+6,1 1,5+1,0

5/4

vorhanden Urodynamik, Sonographie Streß/Rezidivstreßink. II-III Reizblase, Genitalinf.,
neurolog. E. Zysto- u. Enterocelen III0 pelv. Kolposuspension nach Burch

Tabelle 2. Urodynamische und sonographische Parameter vor und nach Kolposuspension

Literatur

Enzelsberger H, Kurz Ch, Adler A, Schatten C: Effizienz der Kolposuspension nach Burch bei Frauen mit Rezidivinkontinenz eine urodynamische und sonographische Studie Geburts-hilfe u. Frauenheilkunde (1991); 51: 915-919.

Petri E: Die Kolposuspension zur Behandlung der weiblichen Harninkontinenz. Akt. Urol. (1989); 20: 138-142.

Burch JC: Urethrovaginal Fixation to Coopers Ligament for Correction of Stress Incontinence, Cystocele and Prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol. (1961); 81: 281-289.