

TVT-Ergebnisse bei Belastungsinkontinenz und hypotoner Urethra – Eine Pelvic-Floor-Sonographisch unterstützte Untersuchung

Jacek Kociszewski¹, Grzegorz Surkont², Edyta Wlazlak², Aldona Danicz-Sokolowska², Andrzej Kuszka¹, Wojciech Marciniak¹, Jacek Suzin², Volker Viereck³

¹ Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe, Department of Gynecology and Obstetrics, Hagen, Germany

² Medical University of Łódź, Mazowieck Hospital, 1st Departments of Obstetrics and Gynecology, Łódź, Poland

³ Cantonal Hospital Frauenfeld, Department of Gynecology and Obstetrics, Frauenfeld, Switzerland

Einführung

Ziel dieser Studie war es, den Einfluss der hypotonen Urethra auf das Outcome bei TVT-Operationen zu evaluieren. Daneben wurde die Bedeutung der Blasenhalzbeweglichkeit und der Lagepositionierung des Bandes untersucht.

Material und Methode

Bei 43 inkontinenten Frauen mit einem Urethraverschlussdruck (UVDR) ≤ 20 cm H₂O wurde eine TVT-Operation nach der „1/3-Regel“ durchgeführt – d.h. die Inzision wurde bei 1/3 der sonographisch ausgemessenen Harnröhrenlänge begonnen (modifiziert nach dem Kochbuch von Ulmsten).

Bei 2 inkontinenten Frauen mit einer sehr geringen Blasenhalzbeweglichkeit wurde wie bei TVT-O, nach der „1/2-Regel“, vorgegangen.

Die mit Pelvic-Floor-Sonographie ausgewerteten Parameter beinhalteten sowohl die Länge als auch die lineare dorsocaudale Bewegungsauslenkung (LDBA) der Harnröhre, die Lage der platzierten Schlinge im Verhältnis zur Harnröhrenlänge und den Abstand zwischen gelegter Schlinge und echoarmer Harnröhre.

6 Monate postoperativ wurden die Patienten in 2 Gruppen unterteilt: geheilt und nicht geheilt.

Alle Patientinnen, die noch Inkontinenz zeigten, wurden den Versagern zugerechnet, auch wenn sich die Inkontinenz deutlich gebessert hatte.

Schlussfolgerung

- Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Blasenhalzbeweglichkeit und Bandpositionierung entscheidenden Einfluss auf das Outcome nach TVT-Operationen haben.
- Die PF-sonographisch gesteuerte Bandplatzierung kann die Heilungsergebnisse bei hypotoner Urethra eindeutig verbessern.
- Wir postulieren, dass mittels PF-Sonographie einerseits das Outcome von Bänderoperationen optimiert und andererseits eine Qualitätskontrolle erfolgen kann.

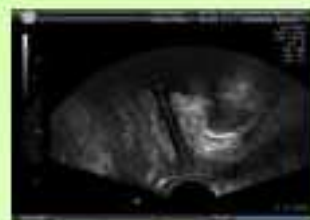


Abb. 1:
Präoperativ:
Sonographische Messung
der Harnröhrenlänge.



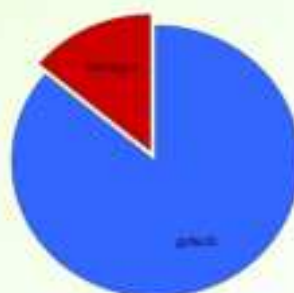
Abb. 2:
Intraoperativ:
Messung des Inzisionsbeginns



Abb. 3:
Postoperative sonographische Messung:
A: Abstand zwischen schwarzer Harnröhre
und Band.
B: Lokalisation des Bandes in Bezug zum
Blasenball.

Ergebnisse

37/43 nach der „1/3-Regel“ (86%) und 2/2 nach der „1/2-Regel“ (100%) der operierten Patientinnen waren geheilt nach 6 Monaten. Nach unseren Ergebnissen haben die Beweglichkeit der Harnröhre und die Bandlage entscheidenden Einfluss auf das Outcome, während der Urethraverschlussdruck (UVDR 5 – 20cm H₂O) keinen negativen Effekt zeigt. Bei Patientinnen mit einer guten Blasenhalzbeweglichkeit führt selbst eine suboptimale Bandlage zur Heilung. Hingegen wird bei Patientinnen mit geringer Blasenhalzbeweglichkeit eine suboptimale Bandlage kaum zu Kontinenz führen.



Ergebnisse nach TVT – OP
nach der „1/3-Regel“



Ergebnisse nach TVT – OP
nach der „1/2-Regel“

Literatur: (1) Abrams P. et al. (2006) Incontinence. Health Publication Ltd.

(2) Kociszewski J. et al. (2010) Tape functionality: position, change in shape and outcome after TVT procedure – mid-term results. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 21: 799-800

(3) Kociszewski J. et al. (2008) Tape functionality: sonographic tape characteristics and outcome after TVT incontinence surgery. Neurourol Urodyn. 27:485-90

(4) Viereck V. et al. (2006) Role of bladder neck mobility and urethral closure pressure in predicting outcome of tension-free vaginal tape (TVT) procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 28:214-220