

Pelvic-Floor-Sonographie: Untersuchung von TVT-O Ist die Schlinge an der Stelle positioniert, an der wir sie erwarten?

Grzegorz Surkont¹, Edyta Wlazlak¹, Jacek Suzin¹, Werner Bader², Sebastian Kolben³, Aldona Danicz-Sokolowska¹, Jacek Kociszewski³

¹ Medical University of Lodz, Mazowieck Hospital, 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Lodz, Poland
² Klinikum Region Hannover, Department of Gynecology and Obstetrics, Hannover, Germany
³ Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe, Department of Gynecology and Obstetrics, Hagen, Germany

Einführung

Bei inkontinenten Frauen unterscheiden sich signifikant sowohl die Länge als auch die Mobilität der Harnröhren (1, 2). Daher ist es für uns von entscheidender Wichtigkeit, jede Schlinge individuell und exakt zu platzieren, um größtmöglichen klinischen Erfolg zu garantieren (3, 4). Ziel dieser Studie war es, die Differenz zwischen geplanter und erreichter Position eines gelegten TVT-O – Bandes herauszuarbeiten.

Material und Methode

Bei 63 inkontinenten Frauen wurde jeweils ein TVT-O – Band platziert. Die Sonographische Untersuchung ist fester Bestandteil einer standardisierten Untersuchung in unseren Abteilungen vor und nach Inkontinenzoperationen. Die ersten 29 Operationen wurden, wie bei TVT, 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). Aufgrund der unbefriedigenden Heilungsergebnisse änderten wir den Beginn der Inzision auf die 1/2 der Harnröhrenlänge bei weiteren 34 Patientinnen.

Bestandteil der sonographischen Untersuchungen waren Messungen der Harnröhrenlänge, die theoretische Berechnungen der geplanten Bandlage präoperativ und die sonographische Messungen der erreichten Bandlage (longitudinal urethral tape localisation – LUTL) 6 Monate nach durchgeführtem Eingriff.

Die Differenz zwischen geplanter und erreichter LUTL wurde nach folgender Formel berechnet: geplante LUTL minus erreichte LUTL. „+“ bedeutet eine Verschiebung der erreichten Bandposition Richtung Blasenhalshals, während „-“ eine Verschiebung Richtung Meatus urethrae externus bedeutet.



Abb. 1
Präoperativ:
Sonographische Messung
der Harnröhrenlänge.



Abb. 2:
Intraoperativ:
Messung des Inzisionsbeginns



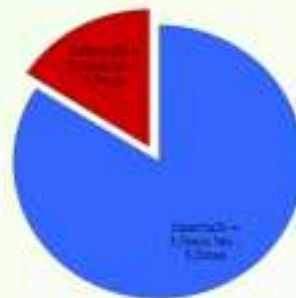
Abb. 3:
Postoperative sonographische Messung:
A: Abstand zwischen schraffierter Harnröhre
und Band.
L: Lokalisation des Bandes in Bezug zum
Blasenhalshals.

Ergebnisse

In 84% der Fälle lagen die Schlingen innerhalb von + 3,5mm und -3,5mm. Somit ist es möglich, in den meisten Fällen die Schlingen an der zuvor berechneten Stelle zu positionieren. Von den übrigen 9 Schlingen lag eine bei -8mm, die andere innerhalb von +4,3 und -6,8mm.



Darstellung zwischen geplanter und erreichter Platzierung der eingesetzten TVT-O – Schlingen.



TVT-O – Schlinge an vorher berechneter Stelle:
Abweichung maximal +3,5mm bis -3,5mm

Schlussfolgerung

- In 84% der Fälle war es möglich, die Bänder dort zu platzieren, wo sie geplant waren.
- Wir nehmen an, dass Inkontinenzschlingen postoperativ kurzfristig kaum ihre Position in Bezug auf die Urethra verändern.
- Wir postulieren, dass mittels PF-Sonographie einerseits das Outcome von Bänderoperationen optimiert und andererseits eine Qualitätskontrolle erfolgen kann.