

Belastungsinkontinenz – Individuell behandeln dank optimaler Diagnose

Aktuelle patientenspezifische Therapiekonzepte in der operativen Therapie der Belastungsinkontinenz

14. und 15. Juni 2010, Wien

J. Kociszewski, V. Viereck

Die individualisierte Therapie ist der Wunsch von Ärzten und Patientinnen. Durch Fortschritte in unterschiedlichen Bereichen kommen Urogynäkologen bei der Behandlung der Belastungsinkontinenz diesem Ziel näher. Anlässlich einer Fachkonferenz in Wien Mitte Juni d. J. gaben urogynäkologische Experten aus der Schweiz, Österreich und Deutschland einen fundierten Überblick über den Stellenwert der diagnostischen Verfahren und die Vor- und Nachteile der verschiedenen operativen Therapiemöglichkeiten. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf dem Erkennen und dem Management postoperativer Komplikationen. Aufgrund der großen Bedeutung haben die Autoren die Inhalte und Diskussionen der Tagung in diesem Beitrag zusammengefasst.

■ Hintergrund

Die Belastungsinkontinenz trifft etwa 10–40 % der Frauen zwischen 35 und 64 Jahren. Aus Angst vor ungewolltem Urinverlust verringern die Betroffenen häufig die Trinkmenge. Im höheren Alter kann dies zu einer Dehydratation mit Schwindel, Stürzen und Konzentrationsstörungen bis hin zu Verwirrungszuständen führen und auch die Anfälligkeit für Blasenentzündungen erhöhen. Die Lebensqualität ist dadurch sehr oft deutlich eingeschränkt. Nur individuelle Beratung, Diagnostik und Therapie können zum Erfolg führen. Vor allem bei Therapieversagern oder Rezidiven spielt die Fehleranalyse eine entscheidende Rolle. Oft liegt dabei die Ursache nicht im gewählten Verfahren selbst, sondern in einer falsch gestellten Diagnose und bei Inkontinenzoperationen in einer fehlerhaften Indikation oder sogar mangelhaften Operationstechnik, z. B. bei ungenügender Erfahrung des Operateurs.

■ Korrekte Diagnose ist entscheidend

Das diagnostische Minimalprogramm sollte folgende Methoden einschließen: Anamnese, Trink- und Miktionsprotokolle, urogynäkologische Untersuchungen, Urinuntersuchung, Restharmessung und Hustentest mit voller Blase. Ergibt sich daraus eine Operationsindikation, sollten zur Erhärtung der klinischen Diagnose und Befunddokumentation zusätzliche Verfahren durchgeführt werden: urodynamische Messungen, Zystoskopie und die neue Beckenbodensonographie, die so genannte Pelvic-Floor-Sonographie.

■ Pelvic-Floor-Sonographie

Wir berichteten ausführlich über unsere Studienergebnisse im Bereich der Beckenbodensonographie. Präoperativ wird dabei das gesamte Becken mit allen 3 Kompartimenten in jeweils 2 Ebenen untersucht. Die 3 wichtigsten Faktoren für die Planung und die Wahl der optimalen Inkontinenzoperation, z. B. einer spannungsfreien Vaginalschlinge, sind:

- die Urethralänge (Abb. 1)
- die Urethramobilität
- die Höhe der Sulci paraurethrales

Weitere wichtige Faktoren, wie ein ggf. zusätzlich bestehender Descensus oder andere anatomische Pathologien, können objektiviert werden (Abb. 1).

■ Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Die klassische Kolposuspension nach Burch hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung verloren, als neuer Goldstandard gilt mittlerweile das TVT-Verfahren mit mehr als 11 Jahren klinischen Daten.

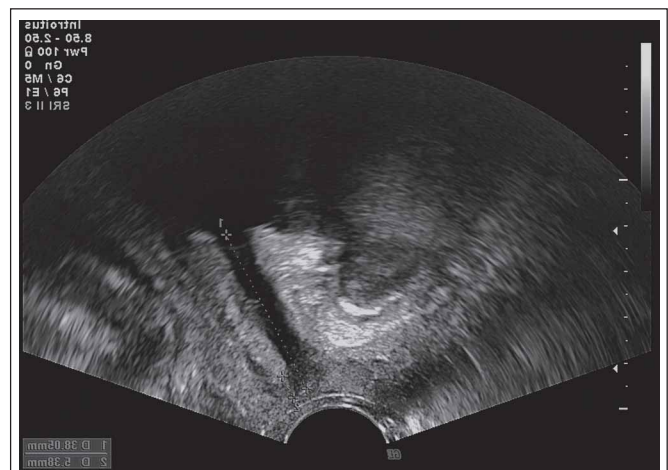


Abbildung 1: Ein entscheidender Faktor: Die sonographische Bestimmung der Urethralänge



Abbildung 2: Sonographisches Bild bei korrekter Bandlage in Horizontalebene



Abbildung 3: Wichtig zur Beurteilung der TVT-Position: Kontrolle in der zweiten Ebene (Sagittalschnitt)

■ Schlingenverfahren (TVT, TVT-O)

Die Schlingenverfahren sind wenig invasiv, es kommt postoperativ selten zu Komplikationen. Für den Erfolg der Schlingen sind laut den Autoren neben der exakten Positionierung im mittleren Urethradrittel die spezifischen Materialeigenschaften des Bandes von entscheidender Bedeutung. Der Band-Urethra-Abstand sollte postoperativ zwischen 3 und 5 mm betragen. Bei zu geringem Abstand kann es zu einem Harnverhalt, Blasenentleerungsstörungen oder *de novo* Urge-Inkontinenz kommen. Liegt das Band zu weit proximal, d. h. nahe oder sogar unter dem Blasenhalss, oder zu weit distal unter dem äußeren Urethradrittel, kann das zu postoperativem Urinverlust führen. Die optimale Lage während einer Belastung ist demnach im mittleren Urethradrittel, der so genannten High-Pressure-Zone. Die beiden Ärzte stellten eigene Untersuchungen vor, die eine sehr große postoperative Streuung der Bandlage zeigen, auch wenn konsequent nach „Kochbuch“ (Ulmsten/ Petros) operiert wird. Aufgrund der individuellen anatomischen Variationen der Urethralänge empfehlen sie daher die so genannte „Ein-Drittel-Technik“, die sie seit längerer Zeit erfolgreich einsetzen. Der Inzisionsbeginn vom Meatus urethrae externus liegt dabei im mittleren Drittel der sonographisch gemessenen Urethralänge.

Untersuchungen zeigen, dass diese Lage der TVT-Bänder zu deutlich besseren Operationsergebnissen führt. **Prof. Dr. Christl Reisenauer** von der Universität Tübingen, Deutschland, wies darauf hin, dass jegliche Modifikation der Standardtechnik im Operationsbericht dokumentiert und begründet werden sollte (Abb. 2, 3). Die Forderung wird von den Autoren ausdrücklich unterstützt.

■ Retropubische oder transobturatorische Schlingen?

Entscheidend für die optimale Operationsmethode ist die Beurteilung der Urethramobilität und die Höhe der Sulci paraurethrales. Bei stark mobiler Urethra und tiefen Sulci können nach Aussage der Autoren sowohl TVT-O als auch TVT erfolgreich eingesetzt werden. Bei wenig mobiler Urethra und

hohen Sulci sind optimale Ergebnisse eher mit dem retropubischen TVT zu erreichen. Die transobturatorischen Schlingen haben durch ihren horizontalen Verlauf eine geringe Wirkung bei einer wenig mobilen Urethra und können bei hohen Sulci von innen in diese arrodieren. Literaturangaben zufolge ist der retropubische dem transobturatorischen Zugang auch bei Patientinnen mit hypotoner Urethra (ISD) überlegen.

■ Unterspritzung mit Bulkamid®

Dr. Kurt Lobodasch, Chefarzt des DRK-Krankenhauses in Chemnitz, Deutschland, stellte den Schlingenverfahren die urethrale Unterspritzungstherapie gegenüber. Dabei wird die Harnröhre unterspritzt, sodass sie bei Belastung verschlossen bleibt. Dr. Lobodasch berichtet von eigenen Studien an 315 Patientinnen, für die eine Schlinge nicht die optimale Therapie darstellte. Von diesen waren 76,3 % auch 4 Jahre nach der Bulkamid®-Injektion verbessert oder geheilt. Bulkamid kann sowohl bei Hyper- als auch Hypomobilität der Urethra eingesetzt werden. Auch Patientinnen mit Risikofaktoren wie Adipositas, Varikosis oder eingeschränkter Narkosefähigkeit können erfolgreich behandelt werden. Nach Meinung von Dr. Lobodasch sollte Bulkamid als Therapieoption generell angeboten werden. Jüngeren Patientinnen würde er die Unterspritzung eher anbieten als eine Schlinge, auch bei bestehendem Kinderwunsch.

■ Management von postoperativen Komplikationen

Relevante frühe Komplikationen sind laut **Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Heinz Kölbl** von der Universität Mainz, Deutschland, Hämatome, Obstruktionen und Infektionen. Am häufigsten sind die Obstruktionen. Direkt nach der Schlingeneinlage sollte daher die Restharnmenge bestimmt werden und ggf. eine genauere Abklärung erfolgen. Beide Autoren betonten den Stellenwert der PF-Sonographie auch bei spät postoperativen Komplikationen und der Planung von Rezi-diveingriffen. Das scheinbare Versagen des Bandes muss sorgfältig analysiert werden, um Automatismen zu vermeiden.

■ Fazit

- Zur operativen Therapie der Belastungsinkontinenz stehen heute mehrere effektive Verfahren zur Verfügung, die für jede Patientin individuell ausgewählt werden sollte. Bei der primären Operationsindikationsstellung, im Management von Komplikationen und bei der Planung von Rezidiveingriffen spielt die Pelvic-Floor-Sonographie eine wichtige Rolle.
- Die Kolposuspension ist von den Schlingenverfahren als Goldstandard abgelöst worden. Sie sind weniger invasiv und haben deutlich weniger Komplikationen.
- Die Unterspritzungstherapie mit Bulkamid® bietet sich als Alternative v. a. bei geriatrischen Patientinnen zur Behandlung der Belastungsinkontinenz an, wenngleich Langzeitdaten noch ausstehen.
- Erst eine exakte Diagnostik ermöglicht eine individuelle und sichere Therapie und verbessert so die Zufriedenheit und Lebensqualität der Patientinnen.

Korrespondenzadressen:

*Dr. Jacek Kociszewski
Evangelisches Krankenhaus
Hagen Haspe GmbH
D-58135 Hagen
Brusebrinkstraße 20
E-Mail: kociszewski@evk-haspe.de*

*Prof. Dr. Volker Viereck
Leiter Blasenzentrum, LA
Kantonsspital Frauenfeld
CH-8501 Frauenfeld
Pfaffenholzstrasse 4
E-Mail: volker.viereck@stgag.ch*