

Update Expertenbrief

Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz

G. Schär, G. von Below, F. Burkhard, M.C. Peter-Gattlen, J. Schilling, B. Schüssler
Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG
Schweizerische Gesellschaft für Urologie
Ersetzt Version vom Oktober 2003

Einleitung

Mit Einführung des TVT (tension free vaginal tape) Mitte der Neunzigerjahre nahm eine eindruckliche und schnelle Entwicklung der Inkontinenzoperationen ihren Lauf. Das Konzept basiert auf dem Prinzip einer midurethralen spannungsfreien Polypropylenschlinge (1). Die Operationsmethode fand angesichts ihrer guten Wirksamkeit, geringen Invasivität und der günstigen Kosten-Nutzen-Effizienz sehr schnelle Verbreitung. Schlingenoperationen wurden im Oktober 2003 auf Antrag der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie (AUG) in die Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV) aufgenommen. Da heute eine grosse Anzahl von Schlingentypen angeboten wird und diese wiederum von vielen auszubildenden Ärzten vorgenommen werden, wurde vom EDI gefordert, Qualitätsrichtlinien zu erstellen. Die AUG stellte deshalb eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der gynäkologischen und urologischen Fachgesellschaften sowie Qualitätsfachleuten zusammen. Die hier formulierten Qualitätsrichtlinien gelten somit als Konsensuspapier der oben erwähnten Institutionen.

Ziele

Die wichtige Leistung Harninkontinenzoperation soll weiter verfügbar sein und der Zugang soll weiterhin geregelt und gesichert sein. Es werden Vorbedingungen geschaffen, welche die Qualität verbessern helfen. Der Expertenbrief ist so ausgestaltet, dass die praktische Umsetzbarkeit gewährleistet ist.

Indikationen (2,3)

- reine Stressinkontinenz
- Stressurgeinkontinenz mit dominanter Stresskomponente
- Bei einem Deszensuseingriff mit einer manifesten oder schweren, larvierten Stressinkontinenz kann eine Schlingenoperation als Zusatzeingriff indiziert sein

Wie alle anderen Inkontinenzoperationen, soll eine Schlingenoperation erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapiemöglichkeiten durchgeführt werden. Der Leidensdruck der betroffenen Frau, zusammen mit der fachärztlichen Erfolgsbeurteilung entscheiden über die Indikationsstellung der Operation.

Präoperative Abklärungen

Zur Abklärung und Indikationsstellung ist eine sorgfältige, fachärztliche Diagnostik (Basisdiagnostik) notwendig. Anamnese, Miktionskalender, Restharnmessung, Urinanalyse und die klinische Untersuchung mit Hustentest sind die Eckpfeiler der urogynäkologischen Diagnostik. Erweiterte Abklärungen sind bei folgenden Situationen gefordert: Stressinkontinenzformen, die als Rezidiv auftreten oder welche mit Drangsymptomatik, sensomotorischer Blasenstörung, Miktionsstörung, Restharnproblem oder rezidivierenden Harnwegsinfektionen kombiniert sind. Eine erweiterte Diagnostik ist auch bei Harninkontinenz nach radikaler und rekonstruktiver Chirurgie im kleinen Becken notwendig. In solchen komplexen Situationen **muss** eine **urodynamische Untersuchung** durchgeführt werden. Die Urodynamik muss ergänzend zu den Elementen der Basisdiagnostik zumindest eine Zystometrie, ein Ruheprofil, eine Uroflowmetrie, eine urogynäkologische Bilddiagnostik und eine Zystoskopie enthalten.

Eingriff

Mit diesen Richtlinien kann angesichts der grossen Zahl verschiedener Vorgehensweisen bei Schlingenoperationen nicht auf Details der Durchführung eingegangen werden. Trotzdem gibt es allen Operationsverfahren gemeinsam gültige Empfehlungen: Wir weisen darauf hin, dass die verschiedenen Operationstechniken auf Konzepten und wissenschaftlichen Untersuchungen basieren müssen. Wir empfehlen eigene Modifikationen ausserhalb von Studienanlagen zu meiden. Operateure, welche planen, eine neue Schlingentechnik anzuwenden, müssen über eine entsprechende Weiter- oder Fortbildung verfügen.

Postoperativ

Postoperativ müssen Harnblasenfunktion und mögliche Komplikationen kontrolliert werden. Erst bei sichergestellter Miktio (Restharnmenge geringer als 150 ml bei mindestens ebenso grossem Miktionsvolumen) und Ausschluss einer Nachblutung darf die Patientin entlassen werden. Bei einer Harnverhaltung wird mittels Einmalkatheter der Urin abgelassen. Persistiert die Harnverhaltung, so wird ein suprapubischer Katheter (SPK) eingelegt. Sobald der Restharn 150 ml unterschreitet, kann der SPK entfernt werden.

Im Normalfall kann nach einer Woche wieder gearbeitet werden. Mit grösseren Belastungen und Sport sollte jedoch drei Wochen zugewartet werden.

Nachkontrolle

Wir empfehlen bei jeder Patientin eine postoperative Nachkontrolle zur Beurteilung des Operationserfolges, zur Erfassung möglicher Spätkomplikationen und zur Beratung der Patientin bei neuen Beschwerden (Drangprobleme) oder Restsymptomen. Diese Kontrolle sollte nach 6 bis 12 Wochen stattfinden. Anamnese (Symptome, Lebensqualität), klinische Untersuchung (Erosionen) und Hustentest sollten Bestandteil dieser Untersuchung sein.

Komplikationen

Blasenperforationen kommen bei retropubischen Schlingenverfahren in etwa 5% der Operationen vor (4,5). Der Nachweis erfolgt durch die intraoperative Zystoskopie. Im Komplikationsfall wird die Nadel zurückgezogen und neu gelegt. Für mindestens drei Tage wird eine Blasendrainage belassen. Retropubische Hämatome und postoperative Wundinfektionen wurden in etwa 1% beobachtet. Seltene aber beschriebene Komplikationen sind: Verletzungen benachbarter Organe, Bandpenetrationen im Bereich der seitlichen Vaginalwand, Erosionen der Urethra und vaginale Wundinfektionen. Funktionelle Beschwerden, wie Miktionsstörungen und Urgency können neu entstehen oder zunehmen.

Erfolgsraten und Prognosen

Die 5-Jahres-Ergebnisse zeigen, dass nach TVT bei 84% der Patientinnen eine Heilung und bei 8% eine Besserung eintrat. Bei 8% versagte die Methode (6). Frauen mit hypotoner Urethra weisen schlechtere Erfolgsraten auf; 74% Heilung, 10% Besserung und 16% Misserfolg.

Für die TVT-Operation existiert zur Zeit eine genügend grosse Anzahl Studien, darunter auch Studien vom EBM-Level I (7). Da die verschiedenen Schlingenoperation auf den gleichen Prinzipien wie die TVT-Operation beruhen, sind fundamentale Unterschiede in Indikationsstellung, Durchführung, Erfolgsraten und Komplikationen nicht zu erwarten. Weitgehend ungeklärt sind zum heutigen Zeitpunkt die Auswirkungen der Verwendung verschiedener Schlingenmaterialien. Zur Zeit liegen Daten für das Polypropylenmaterial (TVT) vor. Wir empfehlen somit vor dem Wechsel auf eine andere Schlingentechnik oder anderes Material sorgfältig die Datenlage zu prüfen.

Dokumentation

Befunde der präoperativen Untersuchung, präoperative Aufklärung, Operationsverlauf, postoperativer Verlauf und Nachkontrollbefunde müssen dokumentiert werden. Die AUG bietet auf ihrer Homepage die Möglichkeit zum Download entsprechender Formulare an (www.urogyn.ch). Wird eine Urodynamik durchgeführt, so sollen die Resultate den Akten beigelegt werden.

Literatur:

1. Petros P, Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1990;69 (Suppl 153)
2. Tunn R, Staufer F, Kölbl H, Lange R, Petri E. Empfehlung zum Stellenwert der TVT-Plastik im Rahmen der Behandlung der Stressharninkontinenz. Leitlinienordner Nr. A 1.17. Frauenarzt 2001; 42;79-80
3. Hanzal E et al. Konsensus zur Anwendung der Tension-Free vaginal tape“ (TVT)-Operation bei der weiblichen Stressharninkontinenz. J Urol Urogynäkol 2001;3:27-36
4. Fischer A, Arnold B, Meghil S, Hoffmann G. Probleme nach TVT-Implantation. Gynäkol Prax 2001;25;67-82
5. Peschers UM, Tunn R, Buczkowski M, Perucchini D. Tension-Free Vaginal Tape for the Treatment of Stress Urinary Incontinence. Clin Obstet Gynecol,43;670-5
6. Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, Rezapour M, Ulmsten U. Long term results of tension free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 2001;Suppl 2;5-8
7. Moran PA, Ward KL, Johnson D, Hilton P, Bibby J. Tension-free vaginal tape for primary genuine stress incontinence: A two centre follow-up study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1999;10(Suppl 1):S14

Datum: 27. Juli 2004