

Die Kolposuspension mit BSC - Eine prospektive Studie

Stefan Ollig¹, Karl Reinhardt², Andreas Süße³, Jana Hübner³, Dirk G. Kieback¹

¹Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Elblandklinikum Riesa ²Frauenklinik Großburgwedel Hannover ³Frauenklinik Helios Klinikum Aue

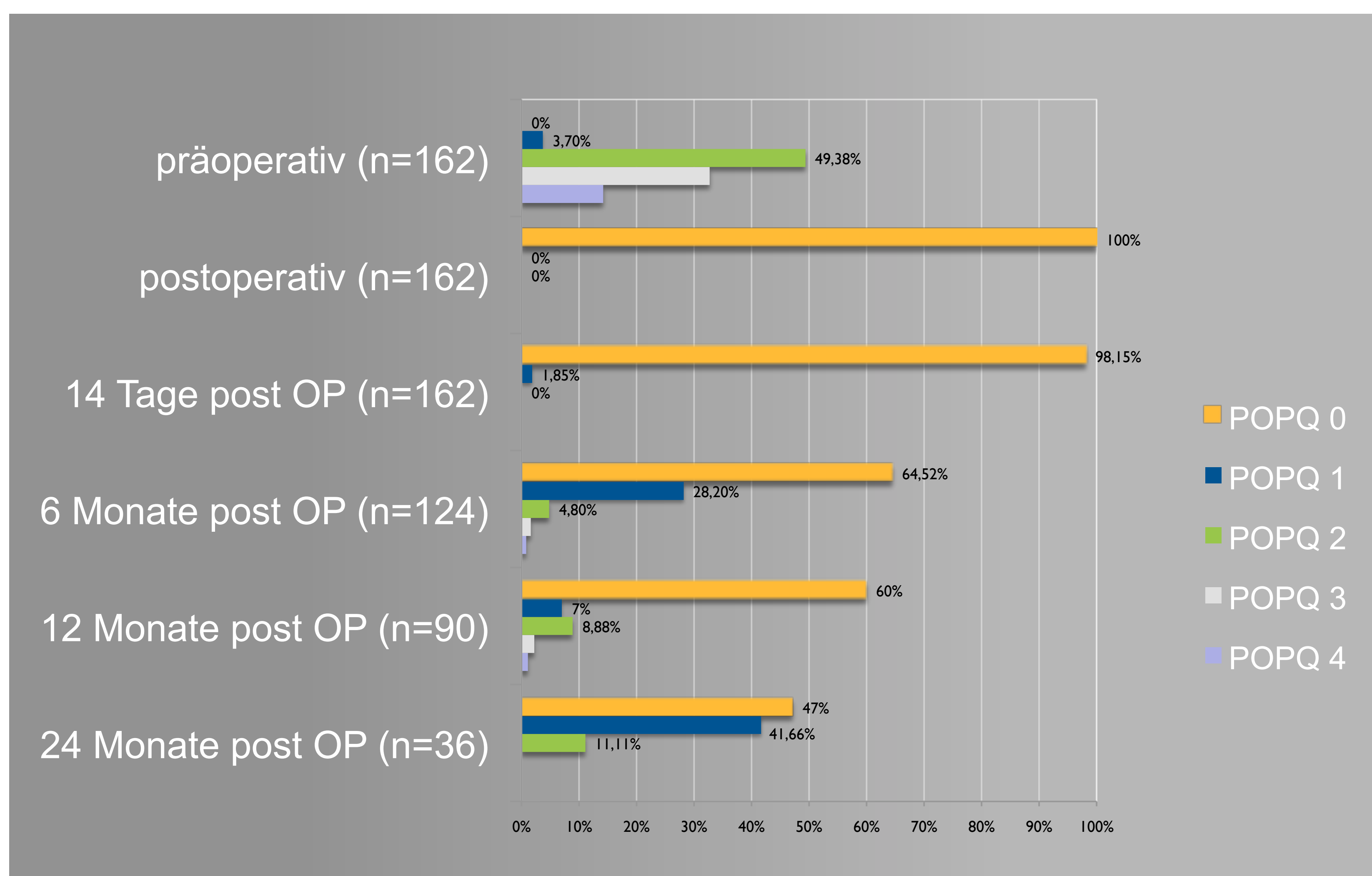
Einleitung

Die weit verbreitete Methode der Scheidenfixation nach Amreich-Richter zur Behebung eines Prolaps geht mit erheblichen funktionellen und morphologischen Beschwerden einher. Die Fixation am sakrospinalen Ligament stellt jedoch eine ergebnis stabile Methode dar. Durch die Entwicklung der Bilateralen Sakrospinalen Kolposuspension (BSC) können die Nachteile der Vaginofixatio nach Amreich-Richter umgangen werden. Hierzu wird unter Verwendung eines minimal-invasiven Zugangs ein makroporöses monofilamentäres Polypropylenband über die Fossa ischio-rectalis um das Ligamentum sakrospinale zum Scheidengrund geführt und dort fixiert. Der Scheidengrund wird so in physiologischer Position aufgehängt.

Methodik

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden von 9/2006 bis 1/2009 162 Patientinnen wegen eines Descensus vaginae mit einem BSC transischio-rektal behandelt und bis zu zwei Jahre nachbeobachtet. Die Operationen erfolgten nach lokaler Oestrogenisierung durch drei erfahrene Operateure in Allgemeiner oder spinaler Narkose und unter single-shot Antibiose. Das postoperative Follow up 14d / 6m / 12m / 24m erfolgte durch einen Facharzt. Die postoperativen Ergebnisse klassifiziert nach POPQ, Operationszeit, Blutverlust, Schmerzselbsteinstufung nach VAS, Komplikationsrate und die Dauer des Klinikaufenthalts wurden erhoben. Die Faktoren Alter, BMI, Parität, Menopausenstatus, ASA, Blutverlust und Voroperationen wurden auf eine Korrelation mit der Ergebnisqualität untersucht.

VOROPERATIONEN		BEGLEITEINGRIFFE	
Hysterektomie	56 (34,6%)	BSC	162 (100%)
Kolpopexie	3 (1,9%)	Hysterektomie	105 (64,8%)
anteriore Kolporaphie	24 (14,8%)	anteriore Kolporaphie	114 (70,4%)
posteriore Kolporaphie	20 (12,3%)	posteriore Kolporaphie	46 (28,4%)
Konisation	3 (1,9%)	kombinierte Kolporaphie	31 (19,1%)
TVT	22 (13,6%)	TVT	5 (3,1%)
		sonstige Eingriffe	1 (0,6%)



Schlussfolgerung

In dieser großen prospektiven Studie stellt sich das BSC transischio-rektal über minimal invasiven Zugang als eine sichere und ergebnis stabile Methode zur Scheidengrundfixierung - auch bei Rezidivdescensus und Uterus erhaltendem Procedere - heraus. Der Erhalt einer regelrechten Lage der Vagina, das geringe Nebenwirkungsprofil, die hohe Zufriedenheit der Patientinnen und der kurze Krankenhausaufenthalt sprechen für diese Methode.

Ergebnisse

162 Patientinnen wurden in die Studie aufgenommen: Der Altersdurchschnitt lag bei 65,8 Jahren (SD 10,3 Jahre), 93% post-menopausal, BMI: 28 (SD 4,1), Parität 2,13 Geburten (SD 0,98), 75% wurden als ASA-2, 17% als ASA-3 klassifiziert. In den Operationsberichten wurde der Blutverlust bei solitärem BSC (n=6) mit 67ml (20-200), bei kombinierten Eingriffen (n=156) mit 65ml (20-200) angegeben. Die OP-Dauer betrug 47 Minuten (30-83) bei solitärem BSC und 82 Minuten (40-170) bei kombinierten Eingriffen. Im Verlauf der Hospitalisation von 3,07d (1-6) gaben lediglich 58 Patientinnen postoperative Schmerzen an, die entsprechend VAS Skala im Mittel bei 1,81 eingestuft wurden (1-6).

Implantate-Infektionen wurden nicht beobachtet. Bei 3 (1,9%) Bänderosionen war nur in einem Fall ein operativer Behandlungsbedarf gegeben: Nach 20mm Bandresektion kam es zu keiner Beeinflussung der Befundstabilität. Subcutane, oberflächige Hämatome ohne Beschwerden traten bei 13,6% (n=22) auf.

Nach 6 Monaten wiesen 92%, nach 12 Monaten 88% und nach 24 Monaten noch 74% der Patientinnen einen POPQ1 oder besser auf. Von den untersuchten Variablen zeigte keine einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg. Nach einem Jahr bezeichnen 90% der Patientinnen selber das postoperative Ergebnis als sehr gut oder gut. Nur eine Patientin klagte nach sechs Monaten über Dyspareunie.