

Evaluation der Zufriedenheit der Patienten nach hinterer Sacropexie

Wagner DIETMAR, Erkan BAKIR

Allgemeines Krankenhaus Linz, Krankenhausstr.9, 4020-Linz, Österreich

Abstract

Investigation of Patient Satisfaction after Posterior Sacropexy

Objective: To investigate the patient satisfaction after posterior sacropexia.

Materials and Methods: From 2002 to 2004, 48 patients underwent posterior IVS technique of sacropexia. The results of 35 patients were analyzed retrospectively.

Results: Median age of patients was 67 years (34 - 83). 74% of the patients had a previous hysterectomy and 20% of the patients had two or more corrections of the vaginal wall. The mean duration of operation was 45 minutes. The indications were enterocele (rectocele) in 64%, (sub)- total uterine prolapsus in 37%, urge incontinence in 34%, recurrent urinary infections in 17%, and defecation problems in 17% of the patients.

The control examinations revealed a satisfaction rate of approximately 70%. The best results were achieved by patients suffering from prolaps of the posterior vaginal wall (85%). The satisfaction quotient by recurrent urinary tract infection was approximately 75%. In cases with a defecation problem the satisfaction quotient at 70%. The greatest variance of satisfaction was reported in cases of urge incontinence and ranged between 0 and 90%.

Conclusion: posterior IVS technique is a useful method in repairing of posterior vaginal defects with high patient satisfaction.

Keywords: enterocele, rectocele, sacropexia, IVS

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die Evaluation der Zufriedenheit der Patientin nach hinterer Sacropexie.

Methode: Es wurden innerhalb der letzten 2 Jahre bei 48 Patientinnen die hintere IVS Technik angewendet. Die Ergebnisse wurden retrospektiv analysiert.

Ergebnisse: Das mittlere Alter der Patienten war 67 Jahre (34 - 83). 74% der Patientinnen waren bereits hysterektomiert, 20% der Patienten hatten zwei oder mehr descensus korrigierende Operationen in ihrer Anamnese. Die durchschnittliche Operationsdauer lag bei 45 min. Die Hauptindikationen waren: Enterocele (Rectocele) 64%, (Sub) totalprolaps 37%, Urge-inkontinenz 34%, Rezidivierende Harnwegsinfekte 17%, Stuhlprobleme 17%. Bei der Nachuntersuchung wurde eine Gesamtzufriedenheit von etwa 70%, wobei die aufgetretenen Rezidive mit 0% gewertet wurden, festgestellt. Die besten Ergebnisse fanden sich bei der Deszensusproblematik mit 85% Patientenzufriedenheit. Die Patientenzufriedenheit war bei rezidiven Harnwegsinfektionen 75%. Bei Stuhlschwierigkeiten lag die Zufriedenheit lag bei 70%. Am unterschiedlichsten wurden die Ergebnisse bei der Urge-inkontinenz bewertet. Die Zufriedenheit schwankte zwischen 0 und 90% mit einem Mittelwert 65%.

Schlußfolgerung: Die hintere IVS Technik ist eine brauchbare Methode bei der Sanierung der hinteren Scheidenwand.

Schlüsselwörter: Enterozele, Rectozele, Sacropexie, IVS

Einleitung

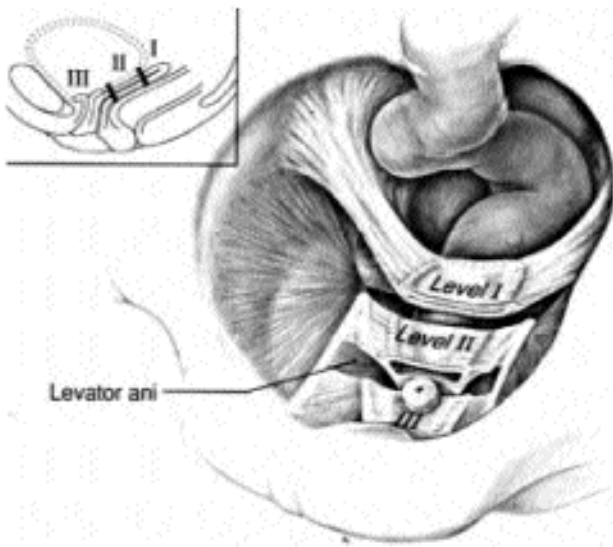
Basierend auf der Integraltherapie von Papa Petros und Ulmsten (1,2,3,4) stellt das infracoccygeale Band eine neue Methode zur Fixation des oberen Kompartements des Scheidengewölbes dar. Die Überlegungen sind nicht ganz neu. Es hat bereit Paramore (1908) über die Behandlung der defekten Beckenbodenszie berichtet (5).

Sturmdorf (1919) und Berglas (1953) haben über die Rolle der Levatormuskulatur (6,7) und Smith et al. (1989) haben über die neurologische Innervation des Beckenbodens berichtet (8). Die endgültige Grundlage für Petros war schließlich die Arbeit von De Lancy 1992 (9) Mit dieser Methode werden Defekte der rektovaginalen Faszie sowie des Ligg. sacrouterinum erfasst und behandelt. Die vorliegende Arbeit berichtet über die Ergebnisse und Komplikationen der hinteren intra-vaginaltape (IVS) Technik (Figure 3).

Methode

Es wurden innerhalb der letzten 2 Jahre bei 48 Patientinnen

Corresponding Author: OA. Dr. Wagner Dietmar
Allgemeines Krankenhaus Linz, Krankenhausstr.9, 4020-Linz
Phone :+43 732 2227
Fax :+43 732 2226
E-mail : Dietmar.wagner@akh.linz.at

Figure 1. Pelvic support nach DeLancey


- **Level 1**
Lig. Sacrouterinum
- **Level 2**
endopelvine Faszie
- **Level 3**
Diaphragma urogenitale

Abbildung 1. Anatomische Grundlagen für die Defekte des Beckenbodens nach DeLancey.

die hintere IVS Technik angewendet. Die Ergebnisse wurden retrospektiv analysiert.

Die Operationstechnik: Die Operation erfolgt wie bei vaginalen Eingriffen üblich in Steinschnittlagerung mit zwei Assistenzen. Auf eine generelle Darmvorbereitung wurde aus hygienischen Gründen verzichtet. Perioperativ erhielten die Patientinnen einmalig eine Antibiotikaprophylaxe mit 1.5 g Curocef. Die Portio (der Scheidenblindsack) wurde angehakt, es erfolgte eine quere Incision im Bereich des Scheidenfornix. Eine bestehende Enterozele wurde fallweise versenkt. Anschließend wurden die Sakrouterinligamente oder deren Reste dargestellt.

Zum Einbringen des Tunnelers wurde 2 bis 3 Querfinger unterhalb und seitlich des Anus eine kleine Incision durchgeführt. Der Tunneler wurde von der Incision aus subkutan nach ventral geschoben bis die Spitze in Höhe des Anus spürbar ist. Dann wurde der Tunneler angehoben und senkrecht etwa 4 bis 5 cm in die Fossa ischiorektalis vorgeschoben. Anschließend wurde der gekrümmte Tunneler nach medial geschwenkt und in Richtung des Scheidenfornix hinter den Sakrouterinligamenten gegen den tastenden Finger ausgestoßen. Diesen Vorgang wiederholte man auf der Gegenseite wobei der Mandrin umgefädelt wird. Man prüfte zum Abschluss das darunterliegende Rektum auf Verletzungen. Das Proleneband wurde an den Sakrouterinligamenten oder deren Resten fixiert. Damit war der Defekt im obersten Bereich der Sakrouterinligament behoben.

Bei Defekten im Bereich der rektovaginalen Fascie wurde über eine Brücke aus Scheidenhaut (diese wird vorher elektrokaustisch deepithelialisiert) oder über ein Mash (Prolene) ein kräftiges Bindegewebslager zur Unterstützung

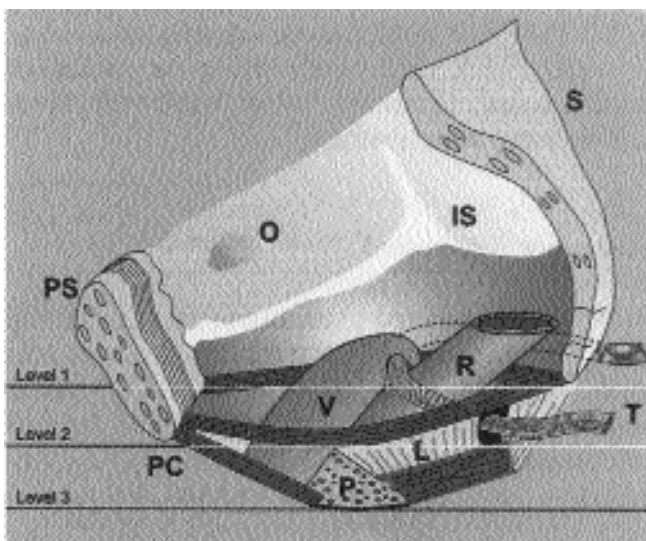
Figure 2. Hinteres IVS=infracoccygeales Band


Abbildung 2. Operative Grundlagen: Defekt im Level 1: posteriores IVS. Defekt im Level Posteriorer Bridge-Bildung Level 3: Tension Free Vaginal Tape.

Figure 3a. Operationstechnik- posteriore Sacropexie

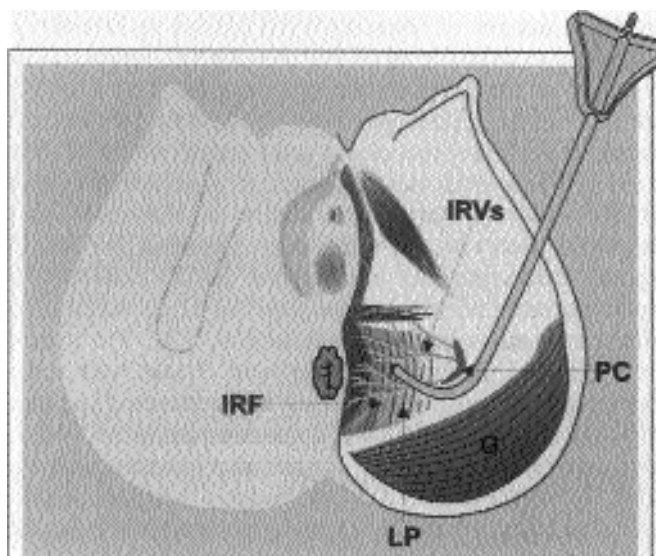


Abbildung 3a. Das Einbringen des Tunnelers: 1.Schritt: subcutan ca.1-2cm. 2.Schritt:4cm gerade nach dorsal in die Fossa schiourektalis+

dieser Struktur durchgeführt. Bei (Sub) totalprolaps wurde zusätzlich eine Verengung des Scheidenfornix mit gleichzeitiger Ellongation der Scheide über U-förmig gelegte Nähte erreicht. Dabei wurden langsam resorbierbare Nähte mit großer Nadel verwendet um möglichst weit nach ventral zu stechen. Eine Levatorplastik wurde nur dann durchgeführt, wenn eine Insuffizienz in diesem Bereich vorlag.

Ergebnisse

In den letzten zwei Jahren wurden 48 Patientinnen operiert. Die Ergebnisse beziehen sich auf 35 Patienten, deren Operation mindestens 6 Monate zurückliegt und von uns nachkontrolliert wurden. Das Alter der Patienten lag zwischen 34 bis 83 Jahren, im Durchschnitt bei 67 Jahren.

Figure 3c. Band *in situ*.

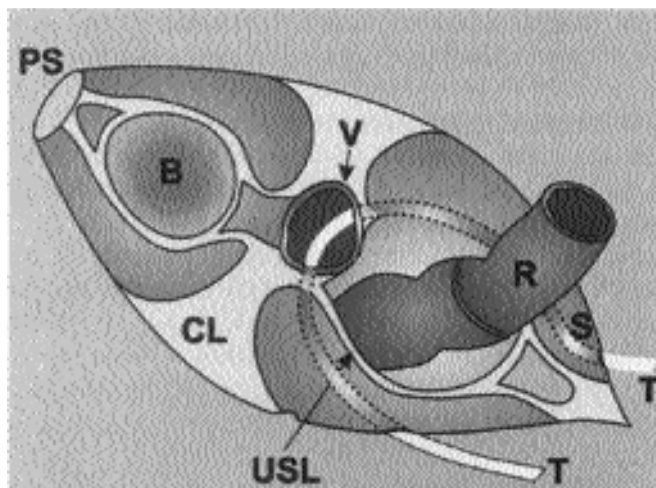


Abbildung 3c. Operationstechnik- posteriore Sacropexie.

Figure 3b. Operationstechnik- posteriore Sacropexie

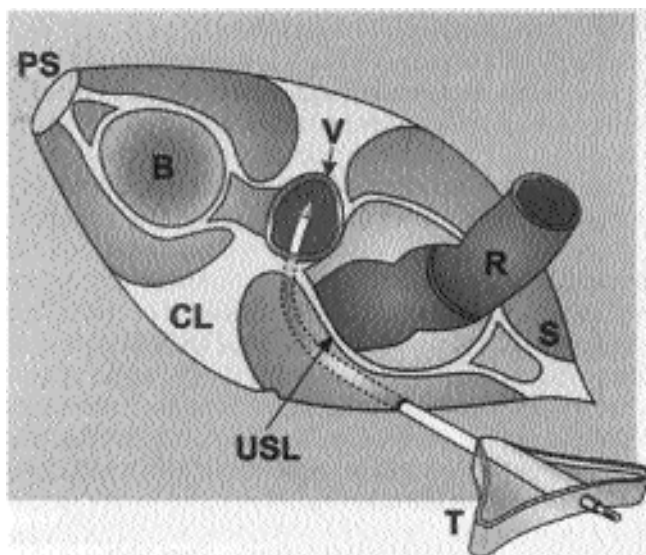


Abbildung 3b. Drehen des Tunnelers nach medial in Richtung Lig.Sacrouterinum.

74% der Patientinnen waren bereits hysterektomiert, 20% der Patienten hatten zwei oder mehr descensuskorrigierende Operationen in ihrer Anamnese. Die durchschnittliche Operationsdauer lag bei 45 min.

Die Hauptindikationen waren:

- Enterocele (Rektocele)	64%
- (Sub)totalprolaps	37%
- Urgeinkontinenz	34%
- Rezidivierende Harnwegsinfekte	17%
- Stuhlprobleme	17%

Bei der Nachuntersuchung wurde eine Gesamttzufriedenheit von etwa 70%, wobei die aufgetretenen Rezidive mit 0% gewertet wurden, festgestellt. Die besten Ergebnisse fanden sich bei der Deszensusproblematik mit 85% Patientenzufriedenheit und guten anatomischen Verhältnissen bei den Nachuntersuchungen. Die % Patientenzufriedenheit war bei rezid. Harnwegsinfektionen 75%. Die Stuhlproblematik wird sehr unterschiedlich bewertet. Im Allgemeinen tritt eine deutliche Besserung ein, wobei eine völlige Beschwerdefreiheit jedoch kaum erreicht wird. Die Zufriedenheit lag bei 70%. Am unterschiedlichsten wurden die Ergebnisse bei der Urgeinkontinenz bewertet. Die Zufriedenheit schwankte zwischen 0 und 90%. Diese Ergebnisse ließen sich auch urodynamisch nachvollziehen. Es fanden sich intraoperativ keine schweren Komplikationen, keine schwerere Infektion, keine Rektumläsion. In 10% beobachteten wir gluteale Hämatome mit entsprechenden Beschwerden der Patienten. Eine operative Revision war in keinem Fall notwendig.

Kreuzschmerzen: Etwa 30% der Patienten bestätigten auf Befragung eine deutliche Besserung dieser Beschwerden. Zwei Patienten gaben jedoch eine deutliche Verschlechterung dieser Symptome an. Bei einer Patientin war dies ganz

augenscheinlich bereits direkt nach der Operation. Die Beschwerden haben sich innerhalb eines Jahres nicht gebessert, selbst ein einseitige Entfernung des Bandes nach 6 Wochen brachte keinen Erfolg. Bei 6 Patientinnen entstanden Bändererosionen. Dies entspricht einer Häufigkeit von 17%.

80% dieser Erosionen waren völlig asymptomatisch und wurden im Rahmen der Nachkontrollen entdeckt. Die häufigsten Symptome waren Blutungen, Kolpitis sowie übelriechender Fluor vaginalis.

Diskussion

Defekte des Beckenbodens treten an besonderen Prädispositionsstellen auf und sollen gezielt Defektbezogen behandelt werden. Defektzonen des Beckenbodens und entsprechende Störungen:

1. Defekte der suburethralen Hängematte und der Lig. Pubourethralia
2. Defekte der endopelvinen Faszie - Zystozele
3. Defekte der rectovaginalen Faszie - Rektozele
4. Defekt der Lig. sacrouterina - Enterozele und Descensus uteri

Die Folgen dieser Defekte sind Funktionsstörungen der Blase und des Mastdarms. Die Symptome sind Stressinkontinenz, Entleerungsstörungen, Frequency-Urgency-Syndrom, Nykturie, Stuhlinkontinenz Schmerzen im Beckenbereich, sowie ein typisches Descensusgefühl.

Die infracoccygeale Sakropexie ist eine sichere für die Patienten wenig belastende Operationsmethode, die auf eine gezielte Sanierung defekter anatomischer Strukturen zielt. Der Krankenhausaufenthalt ist kurz, die postoperativen Beschwerden sind gering. Dadurch ist die Akzeptanz bei den Patienten hoch. Eine gute Kenntnis der anatomischen Strukturen und einige operative Erfahrung sind Voraussetzungen für die gefahrlose Anwendung dieser Technik. Rektumverletzung sowie postoperative Hämatomentwicklung sind mögliche Komplikationen der Methode. Aufgrund der Erfahrungen mit auftretenden Bändererosionen empfehlen wir zumindest eine postoperative Nachkontrolle 6 Monate nach

der Operation durch den ausführenden Arzt. Die Verwendung von körperfremden Material wird immer ein gewisses medizinisches Risiko darstellen. Nach entsprechender Therapie mit Entfernung des sichtbaren Bandanteils und Lokaltherapie waren alle Patientinnen innerhalb einer Woche beschwerdefrei. Die Erosionen traten vor allem bei hysterektomierten Patienten mit atropher Schleimhaut auf. Präoperative lokale Östrogentherapie über mehrere Wochen könnte hier prognostisch günstig wirken und die Anzahl der Bändererosionen reduzieren. Der Zeitpunkt der Entdeckung war sehr unterschiedlich, die meisten traten innerhalb der ersten 6 Monate auf. Eine entsprechende Aufklärung der Patienten scheint sehr wichtig zu sein. Bändererosionen in das Rektum oder in das Abdomen sind keine bekannt. Abschließend wird postuliert, dass die Technik der hinteren IVS eine neue Alternative zur Korrektur der hinteren Vaginalwanddefekte bildet. Kurzzeitergebnisse sind klinisch brauchbar. Um die Methode endgültig beurteilen zu können sind Langzeitergebnisse abzuwarten.

Literatur

1. Petros P, Ulmsten U. An integral theory and its method for the diagnosis and management of femal urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1993;27 (Suppl) Part 1, 1-93.
2. Petros PE, Ulmsten U. Role of the pelvic floor in bladder neck opening and closure: I muscle forces, II vagina. *Int Urogynaecol J* 1997;205-218.
3. Patros P.E. Vault Prolapse I and II: Dynamic Supports of the Vagina and Restoratio of Dynamic Vaginal Supports by Infracoccygeal Sacropexy, an Axial Day- Case Vaginal Procedure *International Urogynecology J* Springer-Verlag London 2001 12:292-295 and 296-303.
4. Farnsworth B.N. Posterior intervaginal slingplasty (Infracoccygeal Sacropexy) for Severe Posthysterectomy Vaginal Vault Prolaps- A Preliminary Report of Efficacy and safety *Int. Urogynecol J* 2002 13: London: Springer-Verlag.
5. Paramore RH. The supports in chief of the femal pelvic viscera *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1908;30:391-409.
6. Sturmdorf A. The levator ani muscle. In: *Gynoplastic technology* Philadelphia FA Davis 1919:109-114.
7. Berglas B, Rubin IC. Study of the supportiv structures of the uterus by levator myography. *Surg Gynecol Obstet* 1953;97:677-692.
8. Smith ARB, Hosker GL, Warell DW. The role of partial deneration of the pelvic floor in the aetiology of genito-urinary prolapse and stress incontinence of urine; a neurophysiological study *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:24-28.
9. De Lancey JOL. Anatomical aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1717-1728.