

Die laparoskopische Kolposuspension nach Burch – gibt es ein Comeback?

A. Hornemann, B. Hoch, B. Tuschy, S. Berlit, M. Sütterlin

Seit der FDA-Warnung vor dem Einsatz vaginaler Netze und den aktuellen „Implant Files“ hat das Interesse an urogynäkologischen Eingriffen ohne den Einsatz von Kunststoffnetzen zugenommen. Die Kolposuspension nach Burch kann inzwischen auch minimalinvasiv durchgeführt werden; ein mögliches Vorgehen wird im Folgenden diskutiert.

Die Belastungsharninkontinenz ist der unfreiwillige Urinverlust bei Tätigkeiten, die den intraabdominalen Druck erhöhen (beispielsweise beim Husten, Niesen, Treppensteigen usw.) (1). Die Inkontinenzepisode geht dabei mit einem Blaseninnendruck einher, der den Urethradruck übersteigt, ohne dass eine Detrusorkontraktion erfolgt.

Der unfreiwillige Urinverlust kann die Lebensqualität stark einschränken und betrifft eine beachtliche Anzahl von Frauen. Studien deuten auf eine Prävalenz zwischen 10 und 40 % der erwachsenen Frauen hin, bei 3 bis 17 % der betroffenen Frauen wird die Symptomatik als schwerwiegend bezeichnet (2). Vermutlich liegt die wahre Prävalenz sogar noch höher, da die Problematik oftmals aus Scham verschwiegen wird. Atherton et al. fanden in einem evidenzbasierten Review eine Inzidenz von 25 % (3). Als Risikofaktoren für Belastungsharninkontinenz gelten höheres Alter, Parität, vaginale Geburten, Adipositas und Post-Menopause (7). Die Behebung einer Deszensusproblematik kann zudem eine versteckte Belastungsharninkontinenz demaskieren.

Die Operationsmethode nach Burch

Greifen konservative therapeutische Maßnahmen (vaginale Östrogenisierung, Beckenbodentraining, Elektrotherapie, Biofeedback usw.) nicht, ist ein chirurgischer Eingriff die Option der Wahl. Die Operationsmethode nach Marshall-Marchetti-Krantz wurde 1961 durch John C. Burch erfolgreich modifiziert (4). Wie häufig bei neuen Techniken, resultierte die Modifikation aus der Not heraus: Bei der Anlage der Nähte im Bereich des Periosts der Symphyse kam es immer wieder zum Ausriss des Nahtmaterials und Burch musste andere Haltestrukturen suchen. Er fand diese im Bereich der Cooperschen Ligamente beidseits. Nach Fixierung der paraurethralen Scheidenfaszie an diesem Bereich stellte er sogar fest, dass er damit zusätzlich eine gewisse Zystozelenkorrektur erreichen konnte. Die seltene, aber besonders schwere Komplikation der Osteomyelitis wurde zudem sicher vermieden und die extreme Fixation der Urethra retrosymphysär verhindert. Das Verfahren nach Burch ersetzte nach und nach die alte Methode und wurde zum

Goldstandard für die operative Therapie der Belastungsharninkontinenz (5, 6). Die Behandlung der Belastungsharninkontinenz mit dieser Methode zeigt auch nach vielen Jahren beachtliche Ergebnisse (85–90 % Kontinenzrate nach 1 Jahr und 70 % nach 5 Jahren) (7).

Mit Einführung der urethralen spannungsfreien Schlingenoperationen (TVT) durch Ulmsten 1996 (8) wurde ein einfaches, heute meist ambulant und häufig in regionaler Anästhesie durchgeführtes Verfahren zur Stabilisierung der Harnröhre eingeführt. Durch die Einfachheit dieses Eingriffs wurde die Operation nach Burch verdrängt und immer seltener praktiziert, wodurch die Erfahrung für diese Operation rasch zurückging.

Die FDA-Warnung vor dem Einsatz vaginaler Netze mit deren Einstufung als Hochrisiko-Medizinprodukt (Klasse III) (9) und begleitende Medienberichte über Komplikationen durch entsprechendes Fremdmaterial führten in den letzten Jahren zu einer verstärkten Nachfrage nach urogynäkologischen Eingriffen ohne Verwendung von Fremdmaterial und damit zu einer Wiederbelebung des Verfahrens nach Burch.

Inzwischen sind minimalinvasive abdominale Operationen soweit etabliert, dass ein offenes Vorgehen auch bei der Kolposuspension nach Burch eigentlich nicht mehr erforderlich ist. Der laterale Zugang zur Fixierung der Vagina an den Ligamenten ist oftmals dennoch eine Herausforderung für den Operateur. Aus diesem Grund haben wir in unserer Klinik den medialen Zugang mit „Herunterklappen“ der Harnblase gewählt; dieser wird im Folgenden dargestellt.

Vorgehen bei der laparoskopischen Kolposuspension

Die Operation wird mit einem subumbilikalen Kamertrokar durchgeführt. Um die Harnblase eindeutig identifizieren zu können, wird diese zu Beginn der Operation mit 200 ml isotonischer NaCl-Lösung gefüllt. Danach kann das Peritoneum direkt oberhalb der Harnblase gespalten werden. Dieser Schritt erfolgt in unserer Klinik mit monopolarer Strom (s. Abb. 1 und 2).

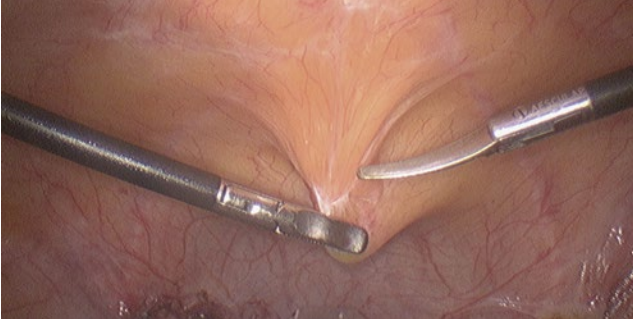


Abb. 1: Eröffnen des Peritoneums oberhalb der gefüllten Harnblase

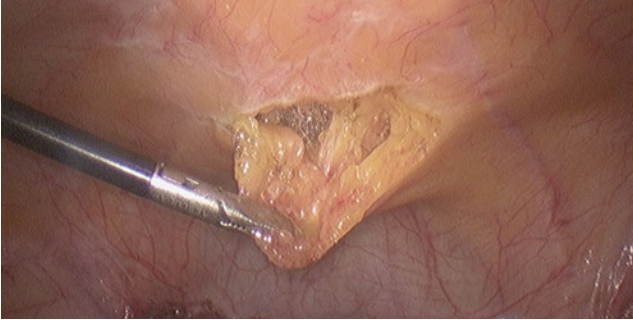


Abb. 2: Eröffnen des Peritoneums oberhalb der gefüllten Harnblase

Anschließend wird das Cavum Retzii (üblicherweise weitgehend stumpf) präpariert, bis die Symphyse und rechts und links davon die Cooperschen Ligamente sichtbar werden (s. Abb. 3).

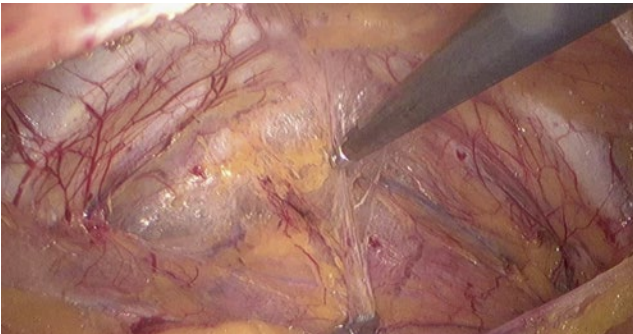


Abb. 3: Cavum Retzii mit Cooperschen Ligamenten

Indem der Operateur mit dem Finger in die Vagina ein- geht, kann er diese eindeutig identifizieren und durch die Präsenz des Dauerkatheterballons die Scheide von der Harnblase unterscheiden (s. Abb. 4).

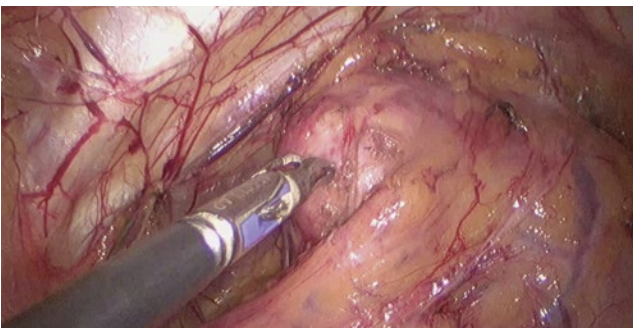


Abb. 4: Darstellung der lateralen Scheidenwand

Mit nichtresorbierbarer Naht wird die Scheidenwand auf Höhe der Urethra und auf Höhe des Blasenhalses beidseits mit je einer Naht am Cooperschen Ligament fixiert (s. Abb. 5). Um bei akzidentieller Perforation der Vagina Verletzungen des Operateurs oder Assistenten zu vermeiden, kann der Finger in der Scheide durch einen Manipulator ersetzt werden.

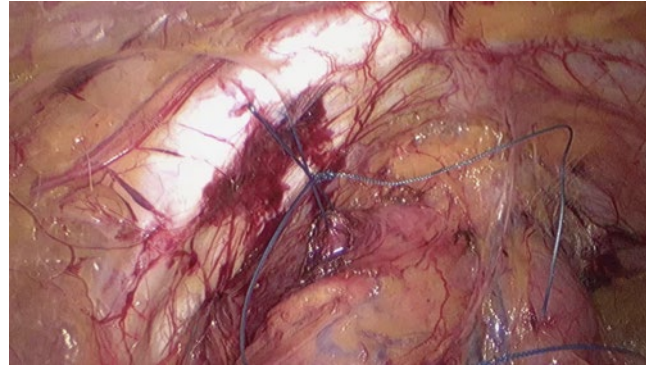


Abb. 5: Aufhängen der Scheide am Cooperschen Ligament

Eine Perforation der Scheide ist zu vermeiden. Bei der Fixierung ist es zudem wichtig, sie nicht zu straff am Ligament zu befestigen. Fadenbrücken von etwa 10–15 mm haben sich dabei bewährt. Die Fixierung wird üblicherweise auf beiden Seiten mit zwei Nähten durchgeführt (s. Abb. 6).

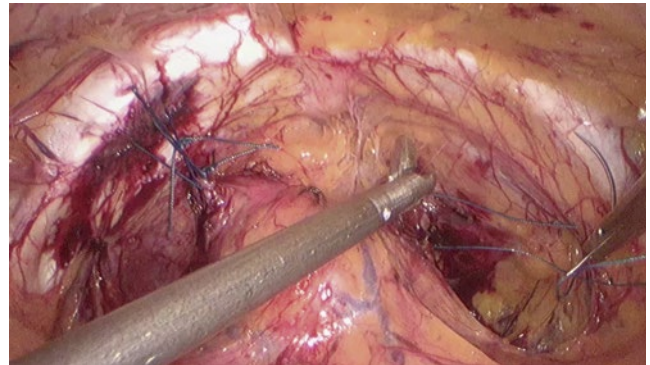


Abb. 6: Fixierung der Scheide bds. mit je zwei Nähten

Abschließend wird das Cavum Retzii mit fortlaufender Naht verschlossen (s. Abb. 7).

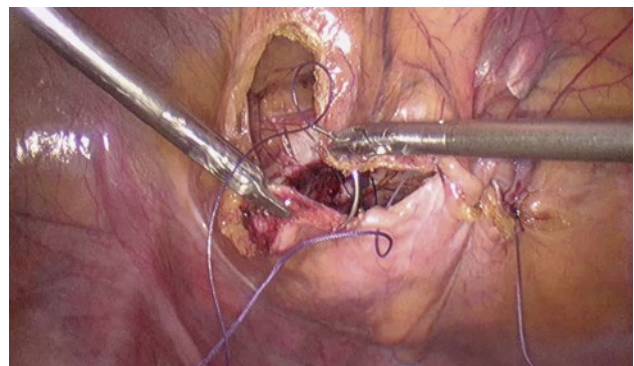


Abb. 7: Fortlaufender Verschluss des Cavum Retzii

Der Eingriff kann relativ komplikationsarm durchgeführt werden, da sich im Cavum Retzii nur wenige Blutgefäße befinden und die laparoskopische Übersicht insgesamt sehr gut ist (s. Abb. 3). Durch die Füllung der Harnblase zu Beginn des Eingriffs ist die Verletzungsgefahr für diese gering, da sie so gut von den umgebenden Strukturen unterschieden werden kann. Mit etwas Übung dauert der Eingriff deutlich weniger als 1 Stunde (etwa 45 Minuten). Spezifische Komplikationsmöglichkeiten betreffen eine Verletzung der Harnblase und der Harnröhre, außerdem eine Hämatombildung im Cavum Retzii. Werden die Fadenbrücken zu straff angezogen, können Blasenentleerungsstörungen auftreten. Zudem werden persistierende Drangsymptome beschrieben.

Erfahrungen und Studienergebnisse

Liegt bei Frauen eine Deszensusproblematik vor, wird diese heute oft laparoskopisch behoben (Vagino- bzw. Zervikopexie). Wie oben beschrieben, kann es dabei zur Demaskierung einer larvierten Belastungsharninkontinenz kommen. Die Studie von Brubaker et al. hatte 2006 ge-

Anzeige



fordert, dass eine Deszensusoperation daher mit einer Kolposuspension nach Burch sinnvoll kombiniert werden sollte (10). Diese prospektiv randomisierte Studie wurde nach einer Zwischenauswertung abgebrochen, da der Unterschied zugunsten der Gruppe mit zusätzlicher Kolposuspension nach Burch so groß war, dass eine Pexie ohne Kolposuspension der Kontrollgruppe nicht zugemutet werden sollte. Allerdings zeigte eine andere randomisierte Studie genau das Gegenteil: Frauen, die zusätzlich zur Sakrokolpopexie eine Burch-Operation erhielten, waren anschließend häufiger inkontinent (11). Entsprechend bleibt die Leitlinie zur Therapie des weiblichen Descensus genitalis zurückhaltend und tendiert eher zum zweizeitigen Vorgehen (12).

Im Vergleich der Kolposuspension mit suburethralen Bändern zeigten sich nach 12 Monaten gleiche subjektive, aber objektiv bessere Heilungsraten für die suburethralen Bänder (13). Entsprechend werden suburethrale Bänder in der Leitlinie als primäre operative Therapie empfohlen. Die Leitlinie sieht die Kolposuspension bei gleichzeitig bestehender Traktionszystozele, bei Kontraindikationen gegen eine suburethrale Bandanlage oder bei einer abdominalen Operation indiziert.

Fazit

Zusammengefasst sehen wir in der laparoskopischen Kolposuspension nach Burch bei Belastungsinkontinenz eine effektive und schonende Möglichkeit der Behandlung der Harninkontinenz, die das operative Spektrum sinnvoll ergänzen kann. Im Rahmen einer Deszensusoperation mit nachgewiesener larvierter Belastungsinkontinenz könnte dieser Schritt zusätzlich erwogen werden.

Literatur

Bei den Autoren oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



Für die Autoren

PD Dr. med. Amadeus Hornemann, MPH
 Universitätsmedizin Mannheim
 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
 68167 Mannheim
amadeus.hornemann@umm.de

Literatur

zum Beitrag „Die laparoskopische Kolposuspension nach Burch – gibt es ein Comeback?“, FRAUENARZT 1/2019

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT: The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand J Urol Nephrol* 1988; 114 (suppl): 5–19
2. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC: Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds): *Incontinence: second international consultation on incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: the evaluation and treatment of urinary incontinence*. Paris, 1-3 July 2001. Health Publication Ltd, Plymouth/UK 2002: 165–201
3. Atherton MJ, Stanton SL: The tension-free vaginal tape reviewed: an evidence-based review from inception to current status. *BJOG* 2005; 112(5): 534–46
4. Burch JC: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 281–90
5. Bergman A, Ballard CA, Koonings PP: Comparison of three different surgical procedures for genuine stress incontinence: prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1102–6
6. Bergman A, Elia G: Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 66–71.
7. Lapitan MCM, Cody JD, Mashayakhi A: Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7: CD002912. DOI: 10.1002/14651858.CD002912.pub7
8. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7: 81–5.
9. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm479732.htm>
10. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter HE, Visco AG, Zyczynski H, Brown MB, Weber AM; Pelvic Floor Disorders Network: Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2006 Apr 13; 354(15): 1557–66
11. Costantini E, Zucchi A, Giannantoni A, Mearini L, Bini V, Porena M: Must colposuspension be associated with sacropexy to prevent postoperative urinary incontinence? *Eur Urol*. 2007; 51(3): 788–94
12. Diagnosis and treatment of the pelvic organ prolaps. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S2e-Level, AWMF Registry No. 015/006, April 2016). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-006.html>
13. Diagnostik und Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (S2e-Level, AWMF-Register Nr. 015/005, Juli 2013). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015_005l_S2e_Belastungsinkontinenz_2013-07-abgelaufen.pdf