

Genitalprolaps und Harninkontinenz bei Frauen mit operativ behandeltem Rektumprolaps

Eine bevölkerungsbasierte Fall-Kontrollstudie

Altman D, Zetterstrom J, Schultz I, et al. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women with surgically managed rectal prolapse: a population-based case-control study. *Dis Colon Rectum* 2005;49:28–35.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Prävalenz von Genitalprolapsoperationen und Harninkontinenz bei Patientinnen, die wegen eines Rektumprolaps operiert wurden, verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne rektalen Prolaps.

Patienten und Methodik: Für eine Matched-pair-Analyse wurde für 52 Patienten mit einer Vorgeschichte abdomineller Rektumprolapsoperationen eine aus 200 zufällig ausgesuchten, in Alter und Geschlecht vergleichbaren Kontrollpersonen ohne Rektumprolaps bestehende Kontrollgruppe gebildet und eine ausführliche Anamneseerhebung per Fragebogen durchgeführt.

Ergebnisse: Die Antwortquote in der Patientengruppe betrug 48 von 52 (92%) und 165 von 200 (82%) in der Kontrollgruppe. Ein Rektumprolaps war mit einem erhöhten Operationsrisiko wegen eines Uterusprolaps

(odds ratio = 3,1; 95%, Konfidenzintervall = 1,4–6,9) und eines Vaginalprolaps (odds ratio = 3,2; 95%, Konfidenzintervall = 1,3–7,8) assoziiert. Das mittlere Alter bei einer Hysterektomie wegen eines Uterusprolaps betrug 54,7 Jahre in der Patientengruppe, verglichen mit 62,6 Jahren in der Kontrollgruppe ($p < 0,01$). Das mittlere Alter bei einer Vaginalprolapsoperation betrug 60,2 Jahre in der Patientengruppe, verglichen mit 66,6 Jahren in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Prävalenz oder Alter beim ersten Auftreten einer Harninkontinenz.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine starke Assoziation zwischen einer Rektum- und einer Genitalprolapsoperation, was nahelegt, dass die Diagnose eines operationspflichtigen Rektumprolaps der Anlass für eine interdisziplinäre Beckenbodenbeurteilung sein sollte.

Kommentar

Die Bildung von interdisziplinären Zentren ist heute aktueller denn je. Durch Zentren soll Kompetenz gebündelt zur Verfügung gestellt werden, um die Patienten qualitätskontrolliert und evidenzbasiert zu behandeln. Durch den interdisziplinären Aufbau eines Becken-

bodenzentrums sollen die beteiligten Fachdisziplinen alle pathologischen Veränderungen des Beckenbodens erkennen und möglichst gemeinsam behandeln [1].

Die vorliegende Studie liefert für diesen theoretischen Vorteil der Bildung von Beckenbodenzentren den wis-

senschaftlichen Hintergrund. Indem die Autoren in ihrer Matched-pair-Analyse zeigen, dass bei schon am Rektumprolaps operierten Patientinnen die Inzidenz von anderen Erkrankungen des Beckenbodens und der operative Therapiebedarf höher sind als in der Kontrollgruppe, wird bewiesen, dass die Behandlung solcher Patientinnen in einem Beckenbodenzentrum von Vorteil ist.

Die Idee, die die Bildung eines Zentrums im Sinne der Bündelung von Kompetenzen beinhaltet, bietet Möglichkeiten, die Versorgung der Patienten zu verbessern. Dabei ist in unserer multimedialen Zeit aber die Werbewirkung solcher Begriffe nicht zu vernachlässigen; um das Verständnis eines krankheitsorientierten Zentrums nicht zu verwässern, sollten Mindestanforderungen an Zentren eingehalten werden.

Dass Zentren zur Behandlung von Beckenbodenerkrankungen sinnvoll sind, wird durch die Zahlen der vorliegenden Arbeit von Altman et al. bewiesen. Zum Zentrum gehört auch die Planung interdisziplinär durchzuführender Operationen.

Die Gründung eines Zentrums stellt aber auch Anforderungen an die Partner des Zentrums. Um ein Beckenbodenzentrum zu gründen und mit Leben zu erfüllen, sind zuallererst die einzelnen Fachdisziplinen nötig: Chirurgie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Neurologie, Radiologie, Urologie und Phy-

siotherapie gehören zu den Säulen eines Kompetenzzentrums für die Erkrankungen des Beckenbodens.

Dass dabei insbesondere die Zusammenarbeit von Chirurgen und Gynäkologen bzw. Urogynäkologen sinnvoll ist, wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit belegt.

Durch die Bildung krankheitsorientierter Zentren soll bei großen Kliniken das Profil geschärft werden; durch Kooperationen mit z.B. niedergelassenen Partnern können auch kleinere Kliniken solche Zentren aufbauen [2]. Die Vereinigung kompetenter Partner zu einem krankheits- oder symptomorientierten Zentrum bietet somit viele Vorteile für alle Beteiligten. Zuallererst für die Patienten: Es wird eine hochkompetente, qualitätskontrollierte Behandlung bereitgestellt. Die vorgestellten Daten legen den Schluss nahe, durch die Behandlung im Zentrum den Patienten durch frühzeitige interdisziplinäre Operation mit der Korrektur aller pathologischen Veränderungen des Beckenbodens mehrere Eingriffe ersparen zu können. Der Bedarf scheint nach diesen Daten zu bestehen.

Literatur

1. Farke S, Roblick UJ, Bruch HP. Beckenbodenzentrum. Chir Gastroenterol, im Druck.
2. Siess M, Bumm R, Siewert JR. Klinikkommunikation und krankheitsorientierte Zentren. Chirug 2002;73:417-21.

Dr. Stefan Farke, Lübeck