

Operative Behandlung eines Vorfalls von Organen im kleinen Becken bei Frauen: eine kombinierte Operation aus Netzsakrokolpopexie und Rektopexie

Lim M, Sagar P, Gonsalves S et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in females: functional outcome of mesh sacrocolpopexy and rectopexy as a combined procedure. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1412–21.

Fragestellung: Diese Studie wurde durchgeführt, um das funktionelle Ergebnis einer Patientenserie zu evaluieren, die sich einer offenen Netzsakrokolpoporektopexie wegen eines kombinierten Vaginal- und Rektumprolaps unterzogen hatten.

Hintergrund: Ein urogenitaler Prolaps ist relativ häufig verglichen mit dem eher seltenen Auftreten eines Rektumprolaps. Noch seltener ist die Kombination aus urogenitalem und rektalem Prolaps.

Patienten und Methodik: Zwischen Juni 2000 und Juni 2004 unterzogen sich konsekutive Patienten mit dokumentiertem vaginalem und rektalem Prolaps einer offenen Netzsakrokolpoporektopexie. Bei allen Patienten wurden präoperativ und sechs Monate postoperativ folgende Fragebögen ausgefüllt: The Cleveland Clinic Short Form-20 Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire mit Urinary

Distress Inventory, Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory und Colorectal-Anal Distress Inventory Subscales.

Ergebnisse: Ausgewertet wurden 29 Patienten mit einem medianen Alter von 66 (59–73) Jahren. Der mediane Follow-up-Zeitraum betrug 26 (15–33) Monate. Die medianen globalen Werte der Fragebögen zur Beckenbodenfunktion waren postoperativ (96,4; interquartile Streuung 50,8–149,7) im Vergleich zu präoperativ (182,3; interquartile Streuung 140,6–208,6; $p = 0,001$) niedriger. Alle Werte der drei medianen Einstufungsskalen waren auch postoperativ signifikant niedriger als präoperativ.

Schlussfolgerung: Bei Patienten mit gleichzeitigem Vaginal- und Rektumprolaps bietet die offene Netzsakrokolpoporektopexie eine gute symptomatische Verbesserung bei urologisch-, vaginal- und rektal-bezogenen Symptomen.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit von Lim ist bis dato die einzige Studie, die mit Hilfe eines standardisierten Scores den funktionellen Zustand bei kombiniertem Beckenbodenprolaps vor und nach operativer Behandlung mittels Kunststoffnetz verglichen hat. Da Patienten mit einem kombinierten Vaginal- und

Rektumprolaps selten sind, liegt bisher nur wenig aussagekräftige Literatur zu dieser speziellen Problematik vor. In der Literatur werden eine Vielzahl unterschiedlicher Operationsmethoden mit unterschiedlichen Zugangswegen (transvaginal, transrektal und transabdominal) zur Behandlung der verschiedenen Manifestationen des Beckenbodenprolaps beschrieben

[1, 2]. Die vorgestellte transabdominelle Operationsmethode erscheint plausibel, da mit Hilfe des Y-förmigen Netzes die Vagina am Sakrum aufgehängt und am Netz wiederum das mobilisierte gestreckte Rektum befestigt werden kann. In einem aktuellen Cochrane Review wird bestätigt, dass die transabdominellen Verfahren mit Netzeinlage die niedrigsten Rezidivraten, aber auch höhere Komplikationsraten zeigen. Bemerkenswert in der vorgelegten Studie ist, dass postoperativ die Rezidivrate und auch die Obstipationsproblematik trotz Erhalt des Sigmas niedrig waren. Wir führen regelhaft eine Resektionsrektopexie bei Rektumprolaps durch, da im eigenen Krankengut bei alleiniger Rektopexie häufig eine erhebliche Obstipation bzw. eine Aggravierung der bestehenden Obstipation beobachtet wurde.

Zur Beurteilung des funktionellen Resultats wurde prä- und postoperativ die validierte Kurzform eines etablierten Beckenboden-Scores angewendet, wobei signifikante Verbesserungen in allen drei Subkategorien zu verzeichnen waren. Die Interpretation der Ergebnisse wird jedoch durch die begrenzte Fallzahl und die Heterogenität des Kollektivs erschwert. Der Versuch der Autoren, die drei Unterkategorien des Scores noch weiter nach klinischer Symptomatik zu unterteilen, ist fragwürdig, da in diesen kleinen Gruppen keine validen, statistischen Aussagen mehr möglich sind.

Ein interessanter Aspekt dieser Studie ist, dass diejenigen Patienten mit einer Verbesserung der Werte in der

Subkategorie Rektumprolaps (n = 22), signifikant bessere präoperative Manometrieparameter und mukosale Elektrosensitivität aufwiesen als diejenigen ohne Verbesserung (n = 7). Patienten mit schlechten präoperativen Messwerten sollten daher über das höhere Risiko eines schlechteren Ergebnisses informiert werden.

Letztendlich zeigt diese Studie, dass man die klinische Symptomatik eines kombinierten Beckenbodenprolaps chirurgisch adäquat behandeln kann. Inwiefern aber gerade diese Operationsmethode anderen überlegen ist, lässt sich durch das Studiendesign nicht klären. Offensichtlich sind weitere, größere Studien mit, wie in dieser Studie verwendeten, validierten Ergebnisindikatoren notwendig, um den Stellenwert der chirurgischen Therapieoptionen in diesem Zusammenhang zu definieren. Aufgrund der relativen Seltenheit dieses Problems werden sich derartige Studien nur als Multicenterstudien verwirklichen lassen.

Literatur

1. Marinkovic SP, Stanton SL. Triple compartment prolapse: sacrocolpopexy with anterior and posterior mesh extensions. *BJOG* 2003;110:323–6.
2. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007;369:1027–38. Review.
3. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2008;27:3–12.

Prof. Dr. Peter Kienle, Mannheim