

Behandlung komplexer Beckenbodenstörungen in einer interdisziplinären Beckenbodenklinik

Kapoor D, Sultan A, Thakar R, et al. Management of complex pelvic floor disorders in a multidisciplinary pelvic floor clinic. *Colorectal Dis* 2007;10:118–23.

Fragestellung und Hintergrund: Ziel der Studie war die Identifikation von Beschwerdemustern, Behandlungsstrategien und ein Überblick über die Patientenzufriedenheit innerhalb einer gemeinsamen interdisziplinären Beckenbodenklinik.

Patienten und Methodik: Es wurde eine retrospektive Studie mit einem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Zielgruppe: sekundäre und tertiäre Aufnahmen mit komplexen Beckenbodenstörungen. Wichtigste Ergebniskontrollen: Beschwerdemuster, durchgeführte Behandlungen und Patientenzufriedenheit.

Ergebnisse: Insgesamt gab es 113 neue Fälle innerhalb von drei Jahren. Es zeigten sich zwei hauptsächliche Beschwerdemuster: (i) Entleerungsstörungen mit Rektozelen (n = 55); in dieser Gruppe erfolgte bei n = 23 eine

abdominelle Sakrokolpopexie mit Rektoplexie, bei n = 6 wurden transvaginale Rektozelenraffungen durchgeführt; (ii) 33 Fälle mit kombinierter Inkontinenz (Harn- und Stuhlinkontinenz), hier erfolgten zehn Sphinkterrekonstruktionen, fünf „tension-free vaginal tapes“ und zwei Kolposuspensionen. Befragung zur Patientenzufriedenheit: 73% beurteilten die Versorgung als exzellent/gut, 12% als zufriedenstellend und 6% als nicht zufriedenstellend.

Schlussfolgerung: Durch gemeinsame Beckenbodenkliniken können Patientenbeschwerden pragmatischer behandelt werden. Bei einem Viertel der Patienten wurden Kombinationseingriffe durchgeführt, und dies ist mit Kosteneinsparungen und einem einzigen Rekonvaleszenz-Zeitraum assoziiert. Insgesamt gesehen wurde dieser Service von den Patienten sehr geschätzt.

Kommentar

Die Genese von komplexen Beckenbodenstörungen ist multifaktoriell, wobei Schwangerschaft (insbesondere Multiplartität) und Entbindung, kongenitale Faktoren (Disposition, familiäre Belastung), übermäßiges Pressen im Rahmen der Defäkation, Adipositas, höheres Lebensalter, prä- und postmenopausaler Östrogenmangel sowie operative Eingriffe im kleinen Becken bzw. an den Beckenbodenorganen zu den häufigsten Ursachen zählen.

Hinsichtlich der von den meist weiblichen Patienten vorgetragenen Beschwerdemustern stehen aus koloproktologischer Sicht die Stuhlinkontinenz, die Entleerungsstörung und die mit einem Rektumprolaps vergesellschafteten Symptome im Vordergrund, wobei unspezifische Symptome (u.a. Druckgefühl, Schmerzen) nicht selten sind. Häufig werden klinisch ein Rektumprolaps (Mukosaprolaps, innerer oder manifester Rektumprolaps) oder eine Rektozele diagnostiziert. Hingegen sind aus gynäkologischer bzw. urologischer Sicht die

Prolapsformen der weiblichen Genitalorgane (Uterus und Vagina) sowie der Blase (Zystozele) und die Harninkontinenz die vorherrschenden Krankheitsbilder. Die Diagnostik und die sich darauf aufbauende Behandlung muss dieser Komplexität insofern Rechnung tragen, als infolge der heterogenen Erscheinungsformen eine interdisziplinäre Kooperation notwendig ist.

Die Autoren zeigen mit ihrer retrospektiven Studie eindrücklich, dass die Interdisziplinarität am Beckenboden (Zusammenarbeit eines Urogynäkologen mit einem kolorektalen Chirurgen) die Behandlungsabläufe für die Patientinnen in positiver Weise beeinflusst, und die Behandlung von 113 Patientinnen innerhalb von drei Jahren belegt dies exemplarisch. Generell wurden bei den komplexen Beckenbodenstörungen zwei Beschwerdemuster bzw. morphologische Korrelate identifiziert. In einem Kollektiv lag eine Entleerungsstörung mit Rektozele vor, im anderen Kollektiv stand die kombinierte Inkontinenz (Stuhl- und Harninkontinenz) im Vordergrund. Operative Therapiemaßnahmen wurden wenn immer möglich (in der Studie in einem Viertel der Fälle) kombiniert durchgeführt.

Im Einklang mit eigenen Erfahrungen berichten die Autoren über eine hohe Inzidenz vorangegangener Operationen (43%), eine außerordentliche Symptomvielfalt (mindestens drei Symptome pro Patient) und eine hohe Patientenzufriedenheit nach gemeinsamer Behandlung (73%) in diesen Kollektiven. Zudem können die Autoren durch regelmäßige Follow-up-Untersuchungen die guten Resultate operativer Eingriffe belegen. Die formulierte Schlussfolgerung, dass die urogynäkologisch-koloproktologischen Kombinationseingriffe einerseits zur Kosteneinsparung, andererseits

zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit (d.h. Vermeidung eines Folgeeingriffs, somit Reduktion der Rekonvaleszenz) führen, ist nachvollziehbar, jedoch im deutschen DRG-System so nicht abgebildet.

Bei komplexen Beckenbodenstörungen ist eine Vielzahl von Diagnosen und Symptomen vergesellschaftet [1, 2]. Durch die unterschiedlichen Symptome, klinischen Ausprägungsformen und Behandlungsansätze ist eine differenzierte Diagnostik notwendig, die in ein interdisziplinäres Konzept eingebunden sein sollte. Die von den Autoren dargestellte interdisziplinäre Kooperation in einem Beckenbodenzentrum („pelvic floor clinic“) hat eindeutig den höchsten Stellenwert in der Diagnostik und Therapie der Beckenbodeninsuffizienz. Der Ruf nach „Interdisziplinarität“ sollte sich hierbei nicht nur befund- und therapieadaptiert auf Chirurgen, Gynäkologen und Urologen beziehen, sondern auch eine enge Kooperation mit Gastroenterologen, Radiologen, Neurologen, Psychosomatikern, Physiotherapie und Ernährungsberatung voraussetzen.

Vor diesem Hintergrund ist die vorgestellte Studie ein Plädoyer für mehr Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Beckenbodens. Die Erfahrungen von Kapoor et al. können auch anhand eigener Erfahrungen nachvollzogen werden.

Literatur

1. Schwandner O, Poschenrieder F, Gehl HB, Bruch HP. Differenzialdiagnostik der Beckenbodeninsuffizienz. *Chirurg* 2004;75:850–60.
1. Schwandner O, Denzinger S, Rössler W, Husslein E, Fürst A. Beckenbodensenkungssyndrom. Genese und Diagnostik. *Chir Praxis* 2008;69:121–34.

*Priv.-Doz. Dr. Oliver Schwandner,
Regensburg*