

Urologe 2018 · 57:954–957
<https://doi.org/10.1007/s00120-018-0716-1>
 Online publiziert: 29. Juni 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



J. Kranz^{1,2}

¹ Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Klinik für Urologie und Kinderurologie, St.-Antonius-Hospital, Eschweiler, Deutschland

² UroEvidence@Deutsche Gesellschaft für Urologie, Berlin, Deutschland

Laparoskopische Kolposuspension gegen Harninkontinenz bei Frauen

Originalpublikation

Dean N, Ellis G, Herbison GP, Wilson D, Mashayekhi A (2017) Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 7. CD002239. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002239.pub3>

Hintergrund

Die Belastungsinkontinenz (SUI) bedeutet eine erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft und die betroffenen Frauen. Die laparoskopische Kolposuspension war eine der ersten minimal-invasiven Operationen für die Behandlung von Frauen mit SUI, mit den erhofften Vorteilen der Vermeidung größerer Inzisionen, kürzerer Krankenhausaufenthalte und schnellerer Rückkehr zu normalen Aktivitäten.

Ziele

Ziel des Reviews ist die Untersuchung der Wirksamkeit der laparoskopischen Kolposuspension bei Frauen mit Harninkontinenz.

Suchmethodik

Wir durchsuchten das Cochrane Incontinence Group Trials Register (Suche am

Die Zusammenfassung ist eine Übersetzung des Abstracts der Originalpublikation

2. Juli 2009), suchten weitere Studien aus anderen Quellen und kontaktierten Studienautoren bezüglich unveröffentlichter Daten und Studien.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte oder quasirandomisierte kontrollierte Studien an Frauen mit symptomatischer oder urodynamischer Diagnose einer Stress- oder Mischinkontinenz ein, die eine laparoskopische Chirurgie als Intervention in mindestens einem Studienarm erhielten.

Datensammlung und Analyse

Die Review-Autoren bewerteten die Studien auf methodische Qualität und ihre Eignung für die Aufnahme in den Review. Zwei Autoren extrahierten die Daten und ein weiterer überprüfte diese. Eine Metaanalyse wurde berechnet, sofern es sinnvoll war.

Hauptergebnisse

Wir haben 22 einschussfähige Studien identifiziert. Zehn davon umfassten den Vergleich von laparoskopischer vs. offener Kolposuspension. Während der subjektive Heilungserfolg der Frauen bei beiden Verfahren ähnlich zu sein schien, gab es Evidenz dafür, dass die laparoskopische Kolposuspension in der kurz- und mittelfristigen Nachuntersuchung zu schlechteren Ergebnissen bei objektiven Endpunkten führt. Die Er-

gebnisse zeigten Tendenzen zu weniger perioperativen Komplikationen, weniger postoperativen Schmerzen und einem kürzeren Krankenhausaufenthalt bei der laparoskopischen Kolposuspension im Vergleich zur offenen, jedoch war die laparoskopische Kolposuspension kostenintensiver.

Acht Studien verglichen die laparoskopische Kolposuspension mit neueren „selbstfixierenden“ Vaginalschlingen. Es gab keine signifikanten Unterschiede in den beschriebenen kurz- und langfristigen subjektiven Heilungsraten beider Verfahren, jedoch sprach die objektive Heilungsrate nach 18 Monaten für die Schlingen.

Wir beobachteten keine signifikanten Unterschiede für postoperative Blasenentleerungsstörungen und perioperative Komplikationen. Die laparoskopische Kolposuspension hatte sowohl eine signifikant längere Operationszeit als auch einen längeren Krankenhausaufenthalt.

In einer Studie fanden wir signifikant höhere subjektive und objektive Heilungsraten nach einem Jahr bei Frauen, die randomisiert entweder zwei paravaginalen Nähten oder im Vergleich einer Naht zugeteilt wurden. Drei Studien verglichen Nähte mit Netz und Klammern für die laparoskopische Kolposuspension und zeigten einen Trend zur Bevorzugung von Nähten.

Schlussfolgerung der Autoren

Die gegenwärtig verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass die laparoskopische Kolposuspension bei einer Nachbeobachtung von 2 Jahren postoperativ so gut wie eine offene Kolposuspension sein könnte. Jedoch scheinen die neueren vaginalen Schlingenoperationen noch größeren Nutzen, bessere objektive Resultate auf kurze Sicht und ähnliche subjektive Ergebnisse auf längere Sicht zu bieten. Wenn eine laparoskopische Kolposuspension durchgeführt wird, erscheint die Verwendung von zwei paravaginalen Nähten am wirksamsten zu sein. Der Stellenwert der laparoskopischen Kolposuspension in der klinischen Praxis sollte deutlicher werden, wenn mehr Daten zu Langzeitresultaten verfügbar sind. Ein „brief economic commentary“ (BEC) identifizierte drei Studien, die darauf hindeuten, dass spannungsfreie retropubische Schlingen (TVT) im Vergleich zur laparoskopischen Kolposuspension kosteneffektiver sein könnten, die laparoskopische Kolposuspension im Vergleich zur offenen Kolposuspension nach 24-monatiger Nachbeobachtung jedoch etwas kostengünstiger sein könnte.

Kommentar

Die Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz ist multimodal. Sie setzt eine zielführende und z. T. umfangreiche Diagnostik voraus und sie muss für die betroffenen Frauen erfolgreich und an die individuellen Gegebenheiten angepasst sein. Bei therapienaiven Frauen sollte die Therapie der Belastungsinkontinenz im Sinne eines Stufenkonzepts vollzogen werden. Neben konservativen Therapieoptionen wie einer professionellen Beckenbodengymnastik werden auch medikamentöse sowie operative Behandlungskonzepte erfolgreich eingesetzt. Bei den operativen Verfahren unterscheidet man offene von minimal-invasiven Methoden, wobei sich letztere weiterhin hinsichtlich ihrer Kontinenzraten an den Resultaten der offen-operativen Verfahren messen lassen müssen.

Die bereits 1961 entwickelte Kolposuspension nach Burch erreicht durch eine hängemattenartige Fixation der Va-

ginalwand eine verbesserte Drucktransmission auf die Urethra sowie eine simultane Korrektur von paravaginalen Defekten und weist eine sehr gute Erfolgsrate auf.

Das Verfahren stellte damit über viele Jahre hinweg den Goldstandard der Inkontinenzoperationen bei der Belastungsinkontinenz der Frau dar. Aufgrund der geringeren Invasivität bei gleichen Langzeitergebnissen stellen heutzutage spannungsfreie Bänder, retropubisch (TVT) oder transobturatorisch (TOT) implantiert, die Standardmethode bei weiblicher Belastungsinkontinenz ohne gleichzeitig bestehende Senkungszustände dar [1].

Anwendung findet die Kolposuspension nach Burch gegenwärtig v. a. bei Rezidiveingriffen sowie im Rahmen von Kombinationseingriffen bei Descensus vaginae und simultan bestehender Belastungsinkontinenz [2].

Im Zuge der minimal-invasiven Chirurgie wird die Kolposuspension in den letzten Jahren vermehrt laparoskopisch durchgeführt, mitunter werden hierbei extraperitoneale und transperitoneale Zugangswege voneinander unterschieden. Das laparoskopische Verfahren der Kolposuspension wurde erstmals von Vancaille und Schüssler im Jahre 1991 beschrieben [3]. Durch die hervorragende Darstellbarkeit der relevanten anatomischen Strukturen weckte die laparoskopische Kolposuspension damals schnell das Interesse vieler endoskopisch tätiger Chirurgen, doch stellte die Knüpftechnik der paravaginalen Nähte diese gleichzeitig vor eine operative Herausforderung. Folglich, um diesen operativen Schwierigkeiten Rechnung zu tragen, erfuhr die laparoskopische Kolposuspension zahlreiche Modifikationen. Die Reduktion der Nahtanzahl auf eine einzelne statt zwei oder drei Nähten zur Reposition des Blasenhalbes durch Fixation der vorderen Scheidenwand am Lig. ileopectineum (Cooper-Ligament) war nur eine der möglichen angestrebten Vereinfachungen der Kolposuspension. Zudem wurden endoskopisch-vaginale Operationstechniken eingesetzt, Netze zur Elevation der Scheide an die Cooper-Ligamente implantiert, endoskopische Schlingenverfahren etabliert

und die Verwendung von Fibrinkleber vorangetrieben [3–7].

In der Literatur werden zahlreiche Vorteile der laparoskopischen im Vergleich zur offenen Chirurgie beschrieben: u. a. geringere postoperative Schmerzen, kürzere Hospitalisierung, geringerer Blutverlust, schnellere Rekonvaleszenz, Fehlen einer ggf. kosmetisch nicht ansprechenden Narbe durch Vermeiden größerer Inzisionen.

Das vorliegende Cochrane-Review befasst sich daher mit der Frage, welche Resultate die laparoskopische Kolposuspension für die Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz erzielen kann. Um dieser Fragestellung nachzugehen, stellten die Autoren des Reviews insgesamt neun Hypothesen auf; zwei Hypothesen bezogen sich dabei auf den Vergleich der laparoskopischen Kolposuspension mit nicht chirurgischen Verfahren, die übrigen sieben Hypothesen zielten auf den Vergleich mit anderen operativen Verfahren ab (z. B. offen-operative vs. laparoskopische Kolposuspension, Nadelsuspension des Blasenhalbes vs. laparoskopische Kolposuspension, suburethrale Schlingen vs. laparoskopische Kolposuspension etc.). Nach systematischer Literaturrecherche und Bewertung der Studien gemäß den Einschlusskriterien (s. deutsche Zusammenfassung) der Autoren, wurden letztlich 22 randomisierte Studien für das Cochrane-Review berücksichtigt.

Adressiert wurden bei genauer Betrachtung der Datenanalyse jedoch nur drei der aufgestellten Hypothesen: Hypothese Nr. 3: offen-operative vs. laparoskopische Kolposuspension (insgesamt 10 Studien), Hypothese Nr. 6: moderne „selbstfixierende“ Vaginalschlingen vs. laparoskopische Kolposuspension (insgesamt 8 Studien) und Hypothese Nr. 9: verschiedene laparoskopische Operationstechniken der Kolposuspension miteinander (insgesamt 5 Studien). Innerhalb dieser drei Hypothesen kamen unterschiedliche Operationstechniken, wie beispielsweise die Anzahl der Nähte bei der laparoskopischen Kolposuspension, und z. T. unterschiedliches Nahtmaterial (resorbierbares vs. nicht resorbierbares Nahtmaterial) zum Einsatz, hierdurch wird die jeweilige Aussagekraft erheblich

eingeschränkt. Die Daten des Cochrane-Reviews basieren zudem auf kleinen Patientenkollektiven, ca. 50 Frauen je Behandlungsarm (variiert zwischen 20–300 Frauen), die z.T. bereits wegen des unwillkürlichen Urinverlusts operativ behandelt wurden (6 der eingeschlossenen Studien). Einschränkend muss noch erwähnt werden, dass nur 10 der 22 eingeschlossenen Studien Frauen mit begleitenden Senkungszuständen des weiblichen Genitales unterschiedlicher Ausprägung ausschlossen, in den übrigen 12 Studien wurden diese Patientinnen mitberücksichtigt, wodurch das postoperative Resultat sicherlich beeinflusst werden kann.

In Hinblick auf die untersuchten Endpunkte, subjektive und objektive Heilung der Belastungsinkontinenz sowie Lebensqualität, wurden in den eingeschlossenen Studien sehr unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe herangezogen (bei der Lebensqualität alleine vier verschiedene Fragebögen), die größtenteils nicht miteinander vergleichbar sind – hierdurch wird die Aussagekraft erneut eingeschränkt. Auch das Follow-up der eingeschlossenen Patientinnen variierte erheblich (beispielhaft bei Hypothese Nr. 3: zwischen 6 Monaten und 7 Jahren).

Den oben genannten Einschränkungen Folge leistend kommen die Autoren in diesem zuletzt 2017 aktualisierten Cochrane-Review zu dem Schluss, dass die laparoskopische Kolposuspension im Vergleich zur offen-operativen Operationstechnik kurzfristige Vorteile wie eine kürzere Rekonvaleszenz, geringes Schmerzempfinden und weniger perioperative Komplikationen aufweist; erkaufte werden diese Vorteile durch höhere Kosten und eine längere Operationsdauer. Wenn der Entschluss zum laparoskopischen Vorgehen getroffen wurde, scheint die Verwendung von zwei paravaginalen Nähten effektiver zu sein als nur eine einzige oder die Verwendung von Netzmaterialien oder Klammern. Unklar bleibt, ob ein extraperitonealer Zugang Vorteile gegenüber dem transperitonealen Zugang hat. Naturgemäß wird der Stellenwert der laparoskopischen Kolposuspension in Zukunft genauer eingegrenzt werden können, hier-

zu stehen noch die Langzeitergebnisse aktuell laufender Studien aus.

Bezüglich moderner Schlingenverfahren scheint es Hinweise zu geben, dass diese noch größere Vorteile, bessere kurzfristige objektive Resultate und ähnliche langfristige subjektive Ergebnisse bieten.

Ein kurzer Wirtschaftskommentar identifizierte darüber hinaus 3 Studien, die daraufhin deuten, dass spannungsfreie retropubische Schlingen (TVT) im Vergleich zur laparoskopischen Kolposuspension kosteneffektiver seien, die laparoskopische Kolposuspension im Vergleich zur offenen Kolposuspension nach 24-monatiger Nachbeobachtung jedoch etwas kostengünstiger sei.

Fazit für die Praxis

- Die Kolposuspension nach Burch, ob offen-operativ oder laparoskopisch durchgeführt, ist im Zeitalter der suburethralen Schlingen ein in den Hintergrund gerücktes Operationsverfahren, welches jedoch bei korrekter Indikation hervorragende Ergebnisse, auch in der Rezidivsituation, erzielen kann und demnach in das Repertoire eines jeden urogynäkologisch tätigen Chirurgen gehört.
- Langzeitergebnisse der laparoskopischen Kolposuspension sind wünschenswert, um den Stellenwert des Verfahrens schlussendlich bewerten zu können.
- Neben den bereits genannten Vorteilen des laparoskopischen Zugangsweges scheint der sehr gute Überblick mit exzellenter Beurteilung funktionell-anatomischer Verhältnisse des Operationsgebiets vorteilhaft zu sein.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Kranz
 UroEvidence@Deutsche Gesellschaft für Urologie
 Nestorstraße 8/9, 10709 Berlin, Deutschland
 urovidence@dgu.de

1. Non-risk-adapted Surveillance for Stage I Testicular Cancer: Critical Review and Summary. Pierorazio PM, et al. Eur Urol. 2018 Jun;73(6):899-907.

Fazit: Non-risk-adapted active surveillance is an attractive management option for men with CSITC, which maintains outstanding long-term cancer cure while sparing most patients treatment by avoiding prophylactic chemotherapy, radiation, or surgery.

Schwerpunkt: Surgery – Urology

– Relevanz für die Praxis: ■■■■■■□

– Ist das neu?: ■■■■■■□□

2. Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma. Motzer RJ, et al. N Engl J Med. 2018 Apr 5;378(14):1277-1290.

Fazit: Overall survival and objective response rates were significantly higher with nivolumab plus ipilimumab than with sunitinib among intermediate- and poor-risk patients with previously untreated advanced renal-cell carcinoma.

Schwerpunkt: Surgery – Urology

– Relevanz für die Praxis: ■■■■■■□

– Ist das neu?: ■■■■■■□□

Empfohlen von: EvidenceUpdates (BMJ und McMaster University)

Danksagung. UroEvidence dankt Claudia Bollig und Katharina Kunzweiler (beide Cochrane Deutschland) für die Durchsicht und Kommentare zu dieser Übersetzung.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Kranz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Sie ist Mitglied von UroEvidence.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Maher C, Felner B, Baessler K, Schmid C (2013) Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*(4):CD4014. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004014>
2. Wille S, Braun M, Heidenreich A, Hofmann R, Engelmann U (2006) Sacral colpopexy with concurrent burch colposuspension in patients with vaginal vault prolapse. *Urol Int* 76(4):339–344
3. Vancaille TG, Schüssler W (1991) Laparoscopic bladder-neck suspension. *J Laparoendosc Surg* 1:169–173
4. Gunn GC, Cooper RP, Gordon NS, Gragnon L (1994) Use of a new device for endoscopic suturing in the laparoscopic burch procedure. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2:65–70
5. Lee C, Yen C, Wang C et al (1998) Extraperitoneoscopic colposuspension using CO2 distension method. *Int Surg* 83:262–264
6. Saidi MH, Gallagker MS, Skop IP et al (1998) Extraperitoneal laparoscopic colposuspension: short term cure rates, complications and duration of hospital stay in comparisons with burch colposuspension. *Obstet Gynecol* 92:619–621
7. Su TH, Wang KG, Hsu CY et al (1997) Prospective comparison of laparoscopic and traditional colposuspension in the treatment of genuine stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76:576–582

Hier steht eine Anzeige.

 Springer