

Urethraverletzung: endoskopisches Realignment oder Zystostomie?

Zou Q et al. The Immediate Management of Pelvic Fracture Urethral Injury-Endoscopic Realignment or Cystostomy?. J Urol 2017; 198: 869 – 874

Harnröhrenverletzungen stellen eine gefürchtete Komplikation von Beckenfrakturen dar: bei unsachgemäßer Behandlung drohen Strikturen, Erektionsstörungen und Inkontinenz. Ob eine Urethraruptur primär mittels Zystostomie versorgt werden sollte oder ob ein frühes endoskopisches Realignment von Vorteil ist, wird kontrovers diskutiert. Wissenschaftler aus Shanghai sind dieser Frage mit Hilfe einer retrospektiven Studie nachgegangen.

Sie haben die Daten von 522 Männern, die zwischen 2004 und 2014 aufgrund einer Harnröhrenruptur nach Beckentrauma mittels frühem endoskopischem Realignment (n=129) bzw. primärer Zystostomie (n=393) behandelt worden waren, ausgewertet. Alle Patienten wurden drei, 12 und 24 Monate nach der Initialtherapie mittels Uroflowmetrie sowie Restharnbestimmung bzw. Zystoskopie



► **Abb. 1** Harnröhrenverletzung in retrograder Darstellung. (Quelle: Asbach P, Beyersdorff D. Traumatische Veränderungen von Harnröhre und Penis. In: Hamm, B, Asbach, P, Beyersdorff, D, Hein, P, Zaspel, U Pareto-Reihe Radiologie Urogenitales System. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007)

nachuntersucht. Unter anderem wurde objektiviert, in wiefern sich Harnröhrenstrikturen gebildet hatten. Eine Harninkontinenz wurde anhand des Vorlagenbedarfs erfasst. Die Beurteilung der erektilen Funktion erfolgte mit Hilfe des International Index of Erectile Function-5 (IIEF). Die Primärbehandlung der Urethraverletzung galt als erfolgreich, wenn weder obstruktive Symptome persistierten noch weitere Interventionen (Dilatation, interne Urethrotomie, Urethroplastik) erforderlich geworden waren.

Ergebnisse Das endoskopische Realignment erfolgte durchschnittlich drei Tage nach dem Beckentrauma (Variationsbreite 1–5). Interventionsbedürftige Strikturen bildeten sich bei allen 393 Patienten der Zystostomie- aber nur bei 111 Patienten (86%) der Endoskopie-Gruppe. Die Strikturen nach endoskopischem Vorgehen traten signifikant später auf (23,5 vs. 7,6 Monate) und waren signifikant kürzer (3,2 vs. 3,7 cm) als die nach Zystostomie aufgetretenen Strikturen. Bei 18 der endoskopisch behandelten Patienten (14%) wurden keine weiteren chirurgischen Interventionen erforderlich. In der Zystostomie-Gruppe mussten sich hingegen alle Patienten einem operativen Eingriff unterziehen. Eine interne Urethrotomie erfolgte bei 19% bzw. 5% der Patienten beider Behandlungsgruppen ($p < 0,05$) und eine einfache perineale Anastomosierung in 51% bzw. 35% der Fälle ($p < 0,05$). Auch im Hinblick auf weitere operative Maßnahmen (z. B. Urethramobilisation, inferiore Pubektomie) unterschieden sich die beiden Behandlungsgruppe signifikant: nach endoskopischem Realignment wurden solche Interventionen seltener erforderlich als nach Zystostomie. Bezüglich der Erfolgsrate der einzelnen operativen Maßnahmen ließen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisen. Ebenso war der Anteil der Patienten mit postoperativer Impotenz bzw. Inkontinenz nach endoskopischem Realignment bzw. Zystostomie ähnlich.

FAZIT

Urethrastrikturen treten nach endoskopischem Realignment seltener und später als nach Zystostomie auf und sind häufiger mittels einfacher Urethrotomie korrigierbar, so die Autoren. Bezüglich der funktionellen Langzeitergebnisse seien die beiden Verfahren gleichwertig. Die Wahl der Methode sollte sich am Schweregrad der Verletzung orientieren: stabile Patienten mit leichtem Trauma profitierten von einem endoskopischen Vorgehen, wogegen bei ausgeprägten Läsionen eine Zystostomie vorteilhaft sei.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell

Kommentar

In dieser retrospektiven Studie von Zou et al. wird wieder einmal der ungelösten Frage – primäres Realignment oder lediglich Zystostomie nachgegangen. Die Studie lässt zumindest den Schluss zu, daß ein primäres Realignment Vorteile gegenüber alleiniger Zystostomie hat. Im Gegensatz zu früheren Arbeiten wurde hier eine große Anzahl von Patienten in die Studie eingeschleust. Dies erhöht die Aussagekraft der Studie deutlich. Die Vorteile des primären Realignments werden aufgezeigt; kürzere Strikturlängen und für die spätere Versorgung einfachere Strikturen. Eine spätere operative Versorgung ist trotzdem in den meisten Fällen (86%) erforderlich. Leider fehlen klinische Angaben wie z. B. Uroflow und Restharn bei den Patienten (14%) die keiner weiteren Therapie bedürfen. Die beschriebenen Inkontinenz- und erektile Dysfunktionsraten decken sich mit anderen publizierten Arbeiten. In dieser Arbeit zeigt sich aber auch, daß die definitive Strikturversorgung deutlich später durchgeführt wird. Ob dies durch eine verspätete Striktur-entwicklung wie von den Autoren vermutet erklärt werden kann, muss zumindest kritisch hinterfragt werden. Wahrscheinlicher ist eine Überwachungsstrategie bei noch möglicher Miktion. Die gezeigten Ergebnisse decken sich mit unserer Erfahrung in der

Behandlung der posttraumatischen Harnröhrenstriktur. Die Patienten nach primärem Realignement sind in den allermeisten Fällen leichter zu operieren, da die Harnröhrenenden besser angenähert worden sind. Es muss aber kritisch angemerkt werden, daß das primäre Realignement in der Notfallsituation ein anspruchsvoller Eingriff bleibt, der in die Hände erfahrener, endoskopisch versierter Operateure gehört. Die entsprechende Expertise und Fallzahl liegt bei dieser Arbeitsgruppe sicher vor. Ist dies in der Notfallsituation nicht gewährleistet, ist die Cystostomie die bessere und für den Patienten sichere Variante. Die spätere operative Versorgung sollte immer an einem Zentrum mit entsprechender Erfahrung erfolgen, da dort das komplette Spektrum möglicher rekonstruktiver Techniken vorliegt, um für den Patienten das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Als Fazit dieser Arbeit kann für den klinischen Alltag folgendes mitgenommen werden. Bei entsprechender Erfahrung kann bei stabilen Patienten ein primäres Realignement versucht werden, ist dies nicht gegeben, stellt die Cystostomie die sichere Variante dar.

Autorinnen/Autoren



PD Dr. med. Roland Dahlem, Zentrum für Operative Medizin & Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf