

Pathologie und Stufendiagnostik der weiblichen Harninkontinenz und Beckenbodeninsuffizienz

Prof. Dr. Heinz Kölbl
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

50% aller Frauen entwickeln im Laufe ihres Lebens einen mehr oder weniger ausgeprägten Descensus genitalis. 10-20% unterziehen sich einer Behandlung. In bis zu 25% ist die Beckenbodeninsuffizienz mit einer Harninkontinenz verbunden. In 6% liegen anorektale Funktionsstörungen vor. In den Vereinigten Staaten werden jährlich über 400.000 rekonstruktive Operationen am Beckenboden vorgenommen.

Die Harninkontinenz ist mit einer Häufigkeit zwischen 30 %– 40 % aller älterer Frauen eine gewichtige Volkskrankheit. Der Schweregrad scheint mit dem Alter anzusteigen. Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit der Streßinkontinenz eher ab, während sie für die Dranginkontinenz steigt. Begünstigende Faktoren für die Harninkontinenz stellen gynäkologische Operationen, Bestrahlungen, die Vaginalgeburt, Übergewicht, Obstipation, Streß, chronische Lungenerkrankungen, und Medikamente dar. Funktionelle Harninkontinenzbeschwerden werden durch akute Verwirrtheitszustände, Morbus- Parkinson, dementielle Erkrankungen, Diabetes mellitus, Harnwegsinfekte, Depression, zervikobrachiale Erkrankungen, Medikamente, Immobilität oder Obstipation begünstigt. Die Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz wird grundsätzlich in eine Basisdiagnostik und eine spezialisierte Diagnostik eingeteilt.

Basisdiagnostik

Gezielte Anamnese,
Infektanalytik
Klinische Untersuchung
Klinische Untersuchung der Beckenbodenfunktion
und des Blasenverschlusses
Restharnbestimmung
orientierende sonographische Untersuchung des oberen Harntraktes

Spezielle Diagnostik

Uroflowmetrie
Zystometrie
Urethradruckprofilmessung
Druck-Flußstudien
Videourodynamik
Zystoskopie

Der weibliche Genitaldeszensus kann mit unterschiedlichen Funktionsstörungen der Harnwege, und des anoraktalen Kontinenzorganes vergesellschaftet sein.

Grundsätzlich werden Defekte des vorderen, mittleren und hinteren Beckenkompartimentes unterschieden.

Begünstigende Faktoren für Defekte des Beckenbodens sind Alter, ethnische Faktoren, Schwangerschaft Vaginalgeburt, vaginal-operative Entbindung, Hysterektomie, Bindegewebsstörungen, Hormonmangel, Adipositas, chronische intraabdominale Druckerhöhung (Nikotinabusus).

Die Diagnostik der Beckenbodeninsuffizienz umfasst:

Basisdiagnostik des Genitaldeszensus:

Anamneseerhebung

Ausschluss von Harnwegsinfekten

Klinische Spiegel- und Tastuntersuchung

qualitative und quantitative Beurteilung

von Defekten des Beckenbodens (POP-Q Score, FIGO Klassifikation)

(inklusive digitaler Beckenbodenaustastung)

im Liegen und im Stehen

in Ruhe und bei Belastung

simultane, digitale Untersuchung von Vagina und Rektum.

Auch sollte bei Vorliegen eines Genitaldeszensus eine spezifische Befragung im Hinblick auf Blasenentleerung, Inkontinenzbeschwerden, Beckenschmerzen, Deszensus Symptome, Obstipation, Defäkationsstörungen, Flatulenz und Dyspareunie erfolgen.

Spezialisierte Diagnostik der Beckenbodeninsuffizienz:

Defaekographie

Endoanaler Ultraschall

Anorektale Manometrie

Elektromyographie

Nervenleitgeschwindigkeitsmessung

Optional sollte zusätzlich eine urogynäkologische Funktionsdiagnostik, wie bereits angeführt, vor allem unter Berücksichtigung lavierten Streßharninkontinenz mittels Repositionstest (Rückführung des Deszensus oder Prolaps) durchgeführt werden.

Die Behandlung richtet sich einerseits nach der Diagnostik, vor allem aber nach dem Leidensdruck der Patientin (symptomatischer Deszensus, Lebensqualität und Ham-, bzw. Stuhlprobleme).