

Nr. 1:

Ablklärung bei Harninkontinenz und Genitaleszensus

Ähnliche Symptome – unterschiedliche Befunde und Ursachen: Inkontinenz und/oder Drang- und/oder Druckgefühl lassen sich meist in der Arztpraxis basisabklären und dann therapeutisch adäquat angehen.

Die Ablklärung urogynäkologischer Erkrankungen umfasst zwei Schritte:

- Die *Basisabklärung*, welche in der Allgemein- oder gynäkologischen Arztpraxis durchgeführt werden kann und häufig gleich die Therapie einleitet.
- In therapieresistenten, komplexen Situationen erfolgt die weiterführende Ablklärung mittels *urodynamischer Untersuchung* und Bildgebung.

Verschiedene Ursachen

Gerade die *Belastungsinkontinenz* kann mittels Basisdiagnostik mit hoher Treffsicherheit diagnostiziert werden. Dabei kommt es zum unwillkürlichen Urinverlust synchron zu körperlicher Aktivität wie Husten, Niesen oder Lachen. Dagegen ist die *überaktive Blase* (OAB) – früher als Reizblase oder Dranginkontinenz bezeichnet – definiert als imperativer Harndrang, der schwer zu unterdrücken und typischerweise von häufigem Harndrang (Frequency) und nächtlichem Wasserlösen (Nykturie) begleitet ist. OAB tritt in einem Drittel der Fälle mit Inkontinenz («OAB nass», «Dranginkontinenz») und in zwei Drittel ohne («OAB trocken») auf. *Abbildung 1* zeigt die Verteilung der häufigsten Harninkontinenzformen der Frau.

Beim *Genitaleszensus* handelt es sich um eine Senkung der vorderen (Zystozele) oder hinteren Vaginalwand (Rektozele) oder des Apex (Uterus resp. Scheidenstumpf nach Hysterektomie). Typische Symptome sind vaginales Druck-, Fremdkörpergefühl oder Unterbauchbeschwerden, die über den Tag zunehmen und sich im Liegen bessern. Die Zystozele kann Urininkontinenz oder aber Blasenentleerungsstörungen verursachen, die Rekto-

zele dagegen Verstopfung, Defäkationsbeschwerden, rektale Schmerzen oder Druckgefühl.

Basisabklärung

Zwar sind *Harninkontinenz* und *Genitaleszensus* separate klinische Entitäten, doch treten sie häufig zusammen auf und sollten gemeinsam betrachtet werden. So tritt bei Vorliegen einer Senkung ohne Inkontinenz bei 4 von 10 Frauen nach Senkungsoperation neu eine Inkontinenz auf. Die mögliche Demaskierung einer solchen «larvierten Inkontinenz» kann mittels der weiterführenden urodynamischen Untersuchung näher eingegrenzt, letztlich aber nicht absolut vorausgesagt werden. Die Basisabklärung der Harninkontinenz bedarf weniger einfacher Hilfsmittel (*Abbildung 2*).



In einer mehrteiligen Serie stellt das Team

Dr. med. Cornelia Betschart,
Dr. med. David Scheiner und
PD Dr. med. Daniele Perucchini,

Oberärzte Urogynäkologie am UniversitätsSpital Zürich, wertvolle Hinweise zu urogynäkologischen Themen in der Praxis zusammen.

Anamnese

Kaum die Hälfte der Frauen traut sich, ihre Inkontinenz anzusprechen. Hier soll der Arzt gezielt nachfragen – insbesondere bei Frauen, die geboren haben oder unter neurologischen oder internistischen Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus leiden.

Die inkontinenzspezifische Anamnese umfasst das gezielte Erfragen nach Alltagssituationen, in welchen Urin abgeht (*Tabelle 1*), nach der Notwendigkeit, Vorlagen zu tragen, nach Senkungsgefühl, rezidivierenden Harnwegsinfekten (HWI),

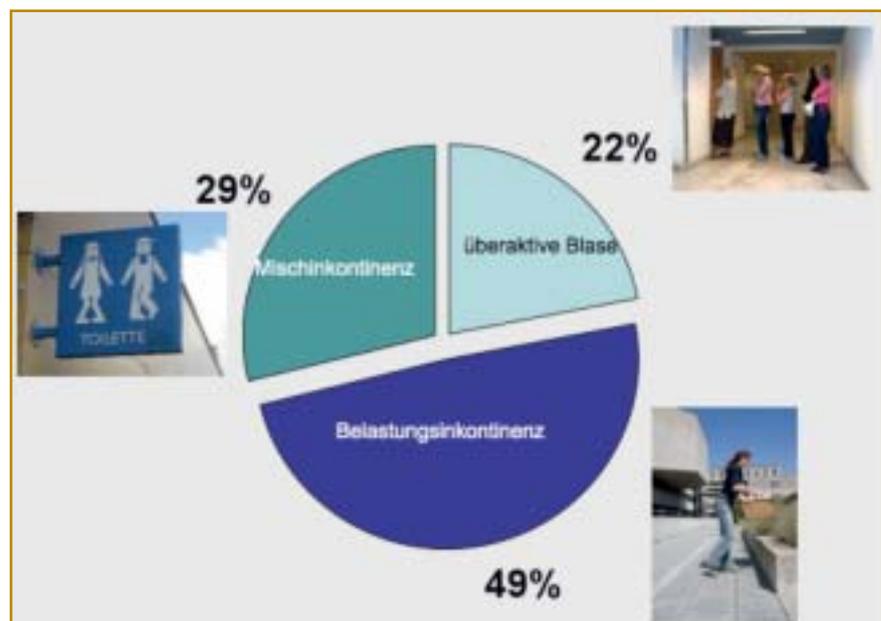


Abbildung 1: Verteilung der häufigsten Inkontinenzformen (nach Hunskaar 2003)

der geburtshilflichen Anamnese (insb. Vakuum- oder Forzepsentbindung, die gehäuft mit Funktionsstörungen des kleinen Beckens einhergehen), nach höhergradigen Dammrissen, Operationen oder Bestrahlung im kleinen Becken, neurologischen Erkrankungen und Komedikation. Auch die Sexual- und Stuhlanamnese ist mit einzubeziehen. 68% der Frauen mit Inkontinenz berichten über ein gestörtes Sexualeben (1). Zur Objektivierung des Miktions- und Trinkverhaltens soll ein Miktionstagebuch über drei Tage geführt werden. Die Instruktion mit Abgabe eines Messbechers (bei einigen Pharmafirmen gratis erhältlich) dauert wenige Minuten und gestattet dafür eine Differenzierung respektive Objektivierung der Inkontinenzbeschwerden (Frequency, Nykturie, Polyurie bei Polydipsie, isolierte Nykturie z.B. bei kardialer Genese).

Urinanalyse

Vor Diagnose und Behandlung einer Harninkontinenz sind HWI und Restharnbildung auszuschliessen. Dazu dient der Urinstreifentest (Uristix®) als Screeningmethode. *Bakterie- oder Leukozyturie* sollen zunächst mittels Uricult® weiter abgeklärt und der HWI resistenzgerecht behandelt werden, bevor eine weitere Abklärung eingeleitet wird.

60% der Frauen mit im normalen Alltag stabiler Blase entwickeln bei HWI Detrusorkontraktionen und OAB. Deshalb ist vor jeder urodynamischen Untersuchung ein HWI auszuschliessen. Bei Drangbeschwerden und blandem Urin oder Leukozyturie ohne Erregernachweis («sterile Pyurie») können der Urethralabstrich (Nachweis von Myko- oder Ureaplasmen, Chlamydien, Gonokokken, Escherichia coli, Streptokokken oder Staphylokokken), das Nativpräparat (Trichomonaden, Candida) oder Abstriche auf Herpes simplex diagnostisch weiterführen.

Eine *Hämaturie* soll mittels Katheterurin weiter abgeklärt werden. Wird sie zweimalig (> 3 Erythrozyten/Gesichtsfeld) nachgewiesen, soll zum Ausschluss eines malignen Geschehens der Harnwege eine Zystoskopie und Bildgebung der



Abbildung 2: Equipment zur Basisdiagnostik: Miktionstagebuch (a), Uristix (b), Urinbecher zum Führen des Miktionstagebuches und zur Restharnbestimmung (c), (Kristeller-)Spekula (d).

Tabelle 1:

Basisabklärung von Harninkontinenz und Genitaldeszenus mit den wichtigsten anamnestischen Fragen

| Diagnose | Anamnese | Basisdiagnostik |
|------------------------------|---|--|
| Belastungsinkontinenz | Urinabgang bei körperlicher Tätigkeit, Husten, Niesen, Lachen | Positiver Hustentest |
| Dranginkontinenz | Miktionstagebuch: Drangbeschwerden mit häufigem Wasserlösen, Nykturie und Urinabgang bei nicht rechtzeitigem Erreichen der Toilette | Ausschluss eines Harnwegsinfektes Ausschluss von Restharn |
| | Medikamentenanamnese | |
| Genitaldeszenus | Senkungsgefühl | Gynäkologische Untersuchung |
| | Blasen- oder Darm-entleerungsstörung | Ausschluss von Restharn |

oberen Harnwege mittels Computertomografie erfolgen.

Die *Glukosurie* kann auf einen Diabetes mellitus hinweisen, der im Rahmen einer peripheren Polyneuropathie sowohl OAB-Symptome als auch Blasenentleerungs-

störungen mit erhöhtem Restharn verursachen kann. Bei Glukosurie müssen eine Nüchternglukosebestimmung und die weitere diabetologische Abklärung evaluiert werden.

Restharnmessung

Der Restharn wird durch Einmalkatheterisieren oder sonografisch quantifiziert. Der Blasenultraschall liefert akkurate Werte im Bereich von 85 bis 94% (2). Allgemein soll ein Restharn über 100 ml weiter abgeklärt werden. Dieser kann Folge einer Blasensenkung mit dadurch verursachter Harnröhrenabknickung sein oder aber auf eine neurologische Erkrankung hinweisen. Urininkontinenz und Restharn schliessen sich nicht aus und bedürfen einer weitergehenden Abklärung.

Allgemeine und gynäkologische Untersuchung

Die *Inspektion von Abdomen und Integument bezüglich Narben* gibt Hinweise auf vorgängige abdominale Operationen, die Ursache einer gestörten Blaseninnervierung oder von vesikovaginalen/-rektalen Fisteln sein können. Knöchelödeme oder Kurzatmigkeit, eventuell verbunden mit pulmonalen Rasselgeräuschen, können auf eine Herzinsuffizienzbedingte Polyurie und Nykturie hinweisen, die interdisziplinär weiter abgeklärt werden muss.

Bei der *Inspektion der Vulva* soll auf urinbedingte Hautveränderungen, geburts-hilffiche Läsionen oder Urinabgang geachtet werden. Der positive Hustentest hat eine grosse Voraussagekraft für das Vorliegen einer Belastungsinkontinenz, der negative Hustentest hingegen schliesst diese nicht aus.

Die *vaginale Spekulumuntersuchung* dient insbesondere dem Nachweis von Senkungen. In der Regel führt erst eine Senkung der exponierten Vaginalwand über den Hymenalsaum hinaus nach distal zu Symptomen.

Die Innervation der Blase erfolgt über die Pudendusnerven (sakrale Segmente S2–S4). Wird eine neurologische Erkrankung vermutet, soll der Analreflex getestet werden. Der positive Analreflex, das heisst die sichtbare Anuskontraktion nach Berühren der perianalen Haut, weist auf eine intakte Innervation des periurethralen Skelettmuskels und der Blase hin.

Tritt nach Eingriffen im kleinen Becken

Tabelle 2:

Sensitivität und Spezifität der Urodynamik nach Inkontinenzform (5)

| | Sensitivität | Spezifität |
|------------------------------|---------------------|-------------------|
| Belastungsinkontinenz | 82% | 57% |
| Dranginkontinenz | 69% | 60% |
| Mischinkontinenz | 51% | 66% |

oder nach einer komplizierten Geburt stetiger Urinverlust auf, der an eine Blasenscheidenfistel denken lässt, so empfiehlt sich, vor der Scheideninspektion die Blase mit verdünntem Methylenblau zu füllen und die Patientin bei der Spekulumuntersuchung husten zu lassen. Blauaustritt – meist im Bereich der Kolpotomie – beweist die Fistel. Blauaustritt aus dem Meatus urethrae externus weist auf eine Belastungsinkontinenz hin, schliesst aber eine Fistel nicht aus. Bei fehlendem Blauaustritt kann ein Tampon in die Scheide eingelegt und – nachdem die Patientin 30 Minuten spazieren gegangen ist – auf Blauspuren inspiziert werden.

Erweiterte Abklärung – Urodynamik

Führen Basisabklärung und die primäre Therapie nicht zum gewünschten Erfolg, so ist die weiterführende Diagnostik indiziert. Diese ist gemäss Expertenbrief Nr. 16 der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (3) zudem bei Rezidiv einer Belastungsinkontinenz oder bei zusätzlicher Drangsymptomatik, sensomotorischer Blasenstörung, Miktionsstörung, Restharnproblematik oder rezidivierenden HWI sowie bei Harninkontinenz nach radikaler und rekonstruktiver Chirurgie im kleinen Becken indiziert (4). Die urodynamische Untersuchung ist eine Krankenkassenpflichtleistung.

Während der urodynamischen Untersuchung werden mithilfe von Druckableitungen die Funktionsweise der Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase sowie der Tonus der Harnröhre untersucht, und man versucht, die Beschwerden während der Messung zu reproduzieren und zu erklären. Die urodynamischen Ergebnisse sind situations-

und untersucherabhängig und müssen im Kontext zu den geäusserten Beschwerden interpretiert werden. Die Sensitivität und Spezifität der Urodynamik sind in *Tabelle 2* aufgeführt (5).

Urodynamische Messungen

Die Urodynamik umfasst die *Füllzystometrie*, welche unter kontinuierlicher Füllung der Blase die Drangbeschwerden auslösen kann und als Detrusorkontraktionen aufzeichnet. Die *Urethradruckmessung* misst den Urethralverschlussdruck in Ruhe und unter Belastung, was zusammen mit der sonografisch erfassten Mobilität der Urethra einen wichtigen Hinweis für das Vorliegen einer Belastungsinkontinenz ergibt. Am Ende der Untersuchung werden in der *Miktiometrie* Stärke und Dauer der Miktion zur Erfassung von Blasenentleerungsstörungen aufgezeichnet. Diese können durch Detrusormuskelschwäche, bei einem Deszensus durch einen erhöhten Ausflusstraktwiderstand oder bei supraspinalen Nervenläsionen durch Detrusor-Sphinkter-Dyssynergien hervorgerufen werden.

Dank der genaueren urodynamischen Diagnostik kann der Operationserfolg besser eingeschätzt werden und eine individualisiertere präoperative Patientinneninformation erfolgen, als wenn nur die Basisabklärung gemacht wird. So weisen ideale Patientinnen für eine Inkontinenzschlinge ein normales Urethradruckprofil und eine mobile Urethra auf. Ungünstige Faktoren dagegen sind ein tiefer präoperativer maximaler Urethralverschlussdruck < 20 cm H₂O (6) oder in der Füllzystometrie Detrusorkontraktionen, insbesondere wenn sie > 25 cm H₂O betragen (7). Als sehr ungünstig erweist sich ein tiefer Urethralverschlussdruck bei immobilierter Urethra –

ein Befund, bei dem nur 17% der Patientinnen von der Schlingeneinlage profitierten (8). ■

Dr. med. Cornelia Betschart
(Korrespondenzadresse)
Klinik für Gynäkologie
UniversitätsSpital Zürich
8091 Zürich

zurzeit wegen Forschungsaufenthalts in
Michigan/USA
E-Mail: cornelbe@med.umich.edu

Quellen:

1. Shaw CA.: Systematic Review of the Literature on the Prevalence of Sexual Impairment in Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary Leakage during Sexual Activity. *Eur Urol* 2002; 42: 432–40.
2. Goode PS, Locher JL, et al.: Measurement of postvoid residual urine with portable transabdominal bladder ultrasound scanner and urethral catheterization. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000; 11: 296–300.
3. Expertenbrief Nr. 16, Homepage SGGG: <http://sggg.ch/files>
4. Colli E, Artiban W et al.: Are urodynamic tests useful tools for the initial conservative management of non-neurogenic urinary incontinence? A review of the literature. *Eur Urol* 2003; 43: 63–69.

5. Guerette NL, Bena JF, Davila GW.: Transobuturator slings for stress incontinence: using urodynamic parameters to predict outcomes. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 97–102.

6. Homma Y.: The clinical significance of the urodynamic investigation in incontinence. *BJU Int* 2002; 90: 489–497.

7. Clemons JL, Sala CA.: The tension-free vaginal tape in women with a non-hypermobility urethra and low maimu urethral closure pressure. *Int Urogynecol J* 2007; 18: 727–32.

merkmale

- **Grundpfeiler** der Basisdiagnostik sind Anamnese, Hustentest, Urin- und klinische Untersuchung (Ausschluss Restharn).
- **Die Basisdiagnostik** erlaubt in den meisten Fällen das Einleiten einer geeigneten konservativen Therapie.
- **Die Urodynamik** wird empfohlen:
 - wenn die Symptome nicht klar für eine Inkontinenzform sprechen;
 - wenn konservative Massnahmen nicht erfolgreich waren;
 - bei relevanter Komorbidität;
 - wenn vorgängig schon eine Operation wegen Inkontinenz erfolgte.
- **Die urodynamische Untersuchung**
 - kann zur genaueren Diagnose;
 - zur besseren präoperativen Patientinneninformation;
 - möglicherweise zu verbessertem Outcome der Inkontinenz- oder Deszensuschirurgie führen.