Zur Inzidenz und Bedeutung der instabilen Urethra

A.		Hetzenauer
A.		Bazzanella
W.		Reider

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. A. Hetzenauer, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck (Österreich)

In letzter Zeit wird zunehmend über die Existenz und die Bedeutung der sogenannten instabilen Urethra diskutiert.

Wir definierten als sogenannte instabile Urethra folgendes Bild: Mindestens zweimaliger Druckabfall ≥ 20 cm H₂O bei der Urethrometrie.

Patienten und Methodik

Vom 1. Juli 1983 bis 28. Februar 1985 wurden 248 Frauen mit Beschwerden des unteren Harntraktes an unserer urodynamischen Ambulanz untersucht. Die Urethrozystometrie erfolgte im Liegen mittels Miller Microtip-Katheter. Die Urethrometrie erfolgte sowohl während der Füllungsphase als auch bei konstanten Füllungsvolumina.

Ergebnisse

Von 248 Frauen hatten 23 eine instabile Urethra. Dies entspricht einer Inzidenz von 9%.

Das Durchschnittsalter lag bei 45,6 Jahren (29–70 Jahre). 11 Frauen waren zweimal untersucht worden, davon 9 mindestens zwei Monate nach vorausliegender Inkontinenzoperation.

Subjektive Symptomatik: Streßinkontinenz fanden wir bei 17 von 23 Patientinnen (= 56%),

Urgeinkontinenz bei 9 von 23 Patientinnen (= 40%), Pollakisurie bei 8 von 23 (= 35%),

Urgeinkontinenz bei 6 von 23 Patientinnen (= 26%).

Die endgültige urodynamische Diagnose lautete: In 2 Fällen lag nur eine instabile Urethra vor, das entspricht 9%, eine instabile Urethra mit gleichzeitiger motorischer Urgeinkontinenz lag bei 4 Patientinnen vor (17%), eine Streßkontinenz fanden wir 13 $\times$ = 56% und eine Streßkontinenz und Urgeinkontinenz war in vier Fällen aufgetreten (17%). 3 Patientinnen zeigten eine sensorische Urgeinkontinenz, in einem Falle wurde eine motorische Urgeinkontinenz nachgewiesen.

Von den 9 operierten Patientinnen zeigten 6 keine instabile Urethra mehr.

Es ließen sich zwei Arten von Instabilität finden, ein sogenannter Typ I mit ausgeprägten und raschen Druckschwankungen über 40 cm Wassersäule und ein Typ II mit langsamen und weniger ausgeprägten Druckabfällen (siehe Abb. 1 und 2).

Die instabile Urethra ist ein relativ häufig anzutreffender urodynamischer Befund (Inz. 9–20%) [1, 2], Ätiologie und Pathogenese sind noch unklar. Es scheint sowohl der

Freie Vorträge, Gynäkologie

cm H₂O 100,
pU 50-
0-1 W.R. 40 a

Abb. 1. Typ I instabile Urethra.

PU

N.M. 42a   Γ1

Abb. 2. Typ II instabile Urethra

quergestreifte als auch der
glatte urethrale Sphinkter
Bedeutung zu haben, auch
zentrale Störungen können
dafür verantwortlich sein. Ob
Harnwegsinfekte mit kaum

diagnostizier-ten Erregern wie z. B. Chlamydien und Mykoplasmen in Frage kommen, bleibt
weiteren Untersuchungen vorbehalten. Derzeit existiert auch noch keine allgemein gültige
Therapie.

Literatur

Kulseng-Hanssen, S.: Prevalence and pattern of unstable urethral pressure, Am. J. Obst. &
Gynecol. 146: 895 (1983).

Ulmsten

U. et al.: The unstable female urethra. Am. J. Obst. & Gynecol. 144: 93 (1982).