Funktionelle Descensusformen

J.		Behr
M.		Winkler
N.		Lang

Universitäts-Frauenklinik Erlangen-Nürnberg (Vorstand: Prof. Dr. N. Lang)

Oberarzt Dr. med. J. Behr, Universitäts-Frauenklinik Erlangen, Universitätsstraße 21/23, D-8520 Erlangen

Einleitung

Häufig wird der Descensus uteri et vaginae mit dem Symptom der Belastungsinkontinenz assoziiert. Im Falle von ausgeprägten Cystocelen und Rektocelen inkl. Partial- und Totalprolaps des Uterus tritt jedoch oftmals die gegenteilige Symptomatik in den Vordergrund, die Miktionserschwerung, im Extremfall sogar die Harnsperre.

Seit Green sind radiomorphologisch unterschiedliche Descensustypen charakterisiert: Der vertikale Descensus (Green I), der rotatorische Descensus (Green II) und die Cystocele. Das Symptom Streßinkontinenz und Miktionsstörung wurde anhand der unterschiedlichen Drucktransmissionen zu erklären versucht.

Patientengut und Methodik

234 Patientinnen mit unterschiedlichen Descensusformen wurden für diese Studie berücksichtigt. Der Descensustyp wurde in Anlehnung an Green klinisch, teilweise auch radiomorphologisch festgelegt. Ergänzt wurde die Einteilung durch die sog. Kombinationsform mit Elementen des rotatorischen Descensus und der Cystocele. Alle Patientinnen wurden mit Mikrotransducern an der Urethrahinterwand in liegender Position bei 100 ml Blasenfüllung in sitzender bei 300 ml Blasenfüllung untersucht. Mit diesen Meßvariationen sollten unterschiedliche Belastungszustände auf den Beckenboden simuliert werden.

Ergebnisse

Beim rotatorischen Descensus und der Kombinationsform trat in 65% der Fälle eine störende Streßinkontinenz, bei der Cystocele in nur 34% auf. Beim vertikalen Descensus betrug der Prozentsatz der störenden Streßinkontinenz 54%.

Im urethralen Ruhedruckprofil zeigten sich in beiden Untersuchungsanordnungen unterschiedliche Ruhedruckprofile, die vor allem durch die Höhe maximalen urethralen Verschußdruckes unter Ruhe zustande kamen. Dabei zeigte die Cystocele in der zweiten Untersuchungsanordnung eine statistisch signifikante Druckerhöhung (51/65 cm H₂O, Medianwerte), der rotatorische Descensus wies einen statistisch signifikanten Druckabfall (65/ 54 cm H₂O, Medianwerte) auf. Der vertikale Descensus war durch gleichbleibende Druckwerte charakterisiert, die Kombinationsform wies eine statistisch nicht signifikante Druckerhöhung (54/63 cm H₂O, Medianwerte) auf.

Diskussion

In Verbindung mit pathophysiologischen, anamnestischen und urodynamischen Daten lassen sich funktionelle Descensustypen charakterisieren. Diese pathophysiologischen Vor-

Freie Vorträge (Gynäkologie)

cm H₂O
 Cystoce/e
 Kombinations-form
 vertikaler Descensus
 rotatorischer Descensus
 100 ml liegend
 300 ml sitzend

Abb. 1. Maximaler urethraler Ruheverschlußdruck in Abhängigkeit vom klinischen Befund. Unterschiedliche Druckverhältnisse zeichnen unterschiedliche funktionelle Descensusformen aus.

gänge sind wichtig, wenn urodynamische Parameter als Prognosefaktoren und zum Therapieverlauf benutzt werden sollen.

Zusammenfassung

Nicht nur morphologisch, sondern auch funktionell lassen sich durch geeignete urodynamische Meßanordnungen unterschiedliche Descensusformen charakterisieren. Die Kenntnis der Pathophysiologie ist notwendig, um urodynamische Parameter als Prognosekriterien bzw. Verlaufskontrollen zu verwenden.

Literatur

Behr, J., Winkler, M., Lang, N.: Unterschiedliche klinische Descensustypen und Beziehung zur weiblichen Inkontinenz. Gyn. Praxis 1989 (im Druck).

Behr, J., Winkler, M., Lang, N.: Funktionelle Descensusformen. Geburtsh. und Frauenheilk. 1989 (im Druck).

Green, T. H.: Development of a plan for diagnosis and treatment of urinary stressincontinence. Amer. J. Obst. and Gynecol. 83: 632 (1962).