Der große urodynamische Meßplatz

Vorteile für die Diagnostik und Therapie der weiblichen Harninkontinenz

H.	Kölbl

II. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch)

Univ.-Doz. Dr. H. Kölbl, II. Univ.-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Die weibliche Harninkontinenz stellt mittlerweile, nicht zuletzt auf Grund der weitreichenden Entwicklung diagnostischer Verfahren, das zentrale Aufgabengebiet der Urogynäkologie in Diagnostik, Therapie und Nachkontrollen dar. Anamnese, klinische Untersuchung, Urodynamik, bildgebende Verfahren sind hierzu die relevanten Bestandteile. In eigenen Untersuchungen an 420 Frauen mit Harninkontinenz fand sich für die Anamnese eine Sensitivität von 82% gegenüber einer Spezifität von 54%. Berücksichtigt man sowohl klinischen Streßtest als auch Anamnese, kann eine Steigerung der Sensitivität und Spezifität auf 93% bzw. 68% beobachtet werden. Der klinische Streßtest findet in der Urodynamik ein tonometrisches Korrelat: Urethradruck und Verschußdruck sind bei Frauen mit positivem Streßtest signifikant erniedrigt [6].

Urodynamik ist die Funktionsdiagnostik in der Speicher- und Entleerungsphase des Harntraktes. Die klinische Relevanz von Uroflowmetrie, Zystometrie, Urethradruckmessung, Druck-Fluß-Studien, Elektromyographie wird auch hier recht kontroversiell diskutiert. Pathologische Flowmuster im Rahmen der Uroflowmetrie bei asymptomatischen Frauen werden zwischen 38 und 83% beschrieben. Die Zystometrie dient zur Ausschußdiagnostik, während vom Urethradruckprofil die eigentliche Sicherstellung der Streßinkontinenz erwartet wird. In der Untersuchung an 981 Frauen fanden wir für das Streßprofil in der Diagnostik der Streßinkontinenz eine Sensitivität und Spezifität von 93,3% bzw. 82,5% [4]. Bei Totalprolaps wurden Veränderungen im Urethradruckprofil (Transmissionsfaktor > 100%) gefunden, die nach Reposition verschwanden [7]. Uro-

dynamische Parameter wurden auch mit dem Schweregrad der Inkontinenz korreliert. Eberhard fand Grenzwerte für den Depressionsquotienten, die eine Graduierung der Streßinkontinenz zulassen sollen [3]. In einer eigenen Untersuchung an 229 Frauen konnten wir statistisch zwar signifikante Unterschiede des Depressionsquotienten zwischen kontinenten (Dep Q: $1,02 \pm 0,65$) und streßinkontinenten Frauen (Dep Q: $2,40 \pm 1,93$) beobachten, keine Unterschiede zeigten sich jedoch zwischen leicht- und hochgradiger Streßinkontinenz [1]. Die Urodynamik stellt ein ausschließlich funktionsdiagnostisches Verfahren dar, und läßt keine Aussage über die Morphologie und das Ausmaß der Inkontinenz zu.

Die bildgebende Diagnostik ermöglicht die statische und dynamische Darstellung der zystourethralen Morphologie, der intrapelvinen Nachbarstrukturen, den Nachweis von mechanischen Obstruktionen, Fisteln, Fehlbildungen und Divertikel. Drutz und Mitarbeiter konnten in 60% an Frauen mit urodynamisch gesicherter Streßinkontinenz eine unauffällige Urethrozystographie beobachten [2]. Mittels der isolierten radiologischen Diagnostik bei Harninkontinenz wird nur die morphologische Situation erfaßt. Eine Diagnosesicherung allein ist

nicht möglich. Mangels der tonometrischen Beurteilung ist eine Differentialdiagnostik nicht durchführbar. Der dazu vorgenommene getrennte Untersuchungsablauf (Urodynamik, Radiologie) ist Anlaß zu Befunddiskrepanzen, die durch die unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen und durch verschiedene Untersucher hervorgerufen werden. Die alleinige Radiodiagnostik ist für komplexe Fragestellungen ungeeignet, unterliegt zudem hohen apparativen Kosten, und ist nicht überall verfügbar. Die Strahlenbelastung stellt für Arzt und Patient einen limitierenden Faktor, insbesondere für Langzeituntersuchungen, dar.

Die kombinierte tonometrische bildgebende Diagnostik erfaßt funktionelle und morphologische Verhältnisse. Sie stellt eine komplexe Untersuchung, die durch einen Untersucher vorgenommen wird, dar. Damit können funktionelle Störungen, Artefakte der Bildgebung und der Tonometrie erfaßt werden. Auch kann der Frage nachgegangen werden, inwieweit pathomorphologische Veränderungen funktionell relevant sind. Die Qualität dieser Diagnostik ist aber an die Erfahrung des Untersuchers gebunden.

Die Vorteile der sonographischen gegenüber der radiologischen Diagnostik liegen in der geringeren Invasivität, der Verfügbarkeit der Logistik, fehlender Strahlenbelastung und Zeitlimit bei adäquater Aussagekraft in der Streßinkontinenzdiagnostik [5]. Dennoch fehlt es noch an genügend Erfahrungswerten und einer entsprechend akzeptierten Standardisierung der sonographischen Methoden.

Zusammenfassung

Keine der hier vorgestellten Methoden ist, bedingt durch deren Sensitivität, in der Lage eine Diagnose alleine zu sichern. Die komplexe Diagnostik am großen Meßplatz ermöglicht eine verbesserte Befundinterpretation und Zuordnung von Tonometrie zu Morphologie, vice versa. Die Sonographie bietet gegenüber herkömmlichen bildgebenden Verfahren entscheidende Vorteile. Anamnese, Klinik, Urodynamik und bildgebende Verfahren stellen eine von einander nicht zu trennende diagnostische Einheit dar.

Literatur

Berger E, Hanzal E, Kölbl H: Die Aussagekraft des Depressionsquotienten in der Diagnostik der weiblichen Streßinkontinenz unter Verwendung der Methode nach Brown-Wickham. Geburtsh. u. Frauenheilk. 52 (1992) 171–174.

Drutz HP, Shapiro BJ, Mandel F: Do static cystourethrograms have a role in the investigation of female incontinence? Am J. Obstet. Gynecol. 130 (1978) 516–520.

Eberhard J: Standardisierte Urethradruckmessung mit Normwerten zur Streßinkontinenzdiagnostik. Geburtsh. u. Frauenheilk. 46(1989) 145–150.

Hanzal E, Berger Eva, Kölbl H: Reliability of the urethral pressure profile during stress in the diagnosis of genuine stress incontinence. Br.JUrol 68 (1991) 369–371. Kölbl H: Weibliche Streßinkontinenz. Diagnostische und funktionelle Aspekte. Hippokrates Verlag Stuttgart (1989).

Pfersmann Ch

Riss P, Kölbl H

Spernal R: Die Aussagekraft von Anamnese und klinischem Streßtest in der Inkontinenzdiagnostik vor gynäkologischen Operationen. Wien. Klin. Wschr. 23 (1986) 805–809. Schüßler B, Hesse U, Lentsch P,