Stellenwert der Introitussonographie bei der Diagnostik der Streßharninkontinenz

C.		Anthuber
S.		Anthuber
M.		Wimbauer
S.		Reindke

Frauenklinik München Großhadern (Direktor: Prof. Dr. H. Hepp)

Dr. C. Anthuber, Frauenklinik Großhadern, Marchioninistraße 15, D-8000 München

Die Einführung der Sonographie in die Diagnostik der weiblichen Streßharninkontinenz (SIK) hat das Verständnis für pathophysiologische Zusammenhänge erweitert. Und dies auf einfachere, schnellere und nicht invasive Weise, verglichen mit der Radiologie. Entscheidender Vorteil ist die fehlende Strahlenbelastung.

Es wurde daher gefordert, die röntgenologischen Verfahren wie z. B. das Kolpozystorektogramm (KCRG) durch die Sonographie zu ersetzen. In dieser Studie wurde aufgrund methodischer Überlegungen der retrovesikale Winkel β und die Distanz vom Blasenhalshals (BH) zur Symphysenunterkante (S) bestimmt. Beides sind Parameter, die relevant bei Streßinkontinenz verändert sein sollen. Nur sie sind unter den üblichen Untersuchungsbedingungen zuverlässig meßbar, da sie unabhängig von horizontaler und vertikaler Ebene sind. Dies trifft für den Inklinationswinkel α und die Veränderung des BH-Höhenstands beim Pressen, also dem Parameter für die Blasenhalshalsmobilität nicht zu. Daher sind diese Parameter nur bei streng horizontaler Schallkopfführung, bei der Schallkopfebene und horizontale Bildebene übereinstimmen, bestimmbar. Dies ist in der Praxis meist nicht sicher zu gewährleisten.

Es wurden 40 klinisch inkontinente und kontinente Pat. mittels Introitussonographie (IS) (Combison 310 A, Fa. Kretz, 7,5 MHz, 260° Sektorscanner, 150ml Blasenfüllung) und KCRG (nach Richter) verglichen. Dabei sollte geklärt werden, ob sich der Winkel β und/oder die Distanz BH-S (in Ruhe und beim Pressen) bei Streßinkontinenz im Vergleich zur Kontinenz signifikant unterscheiden. Die durch IS und KCRG gemessenen Werte stimmten in ca. 95% der Patientinnen gut überein.

Der Winkel β in Ruhe unterschied sich bei den in-kontinenten Patientinnen ($x = 130 \pm 31$) nicht signifikant

von den kontinenten Patientinnen ($x = 119 \pm 28$). Beim Pressen war nur ein Signifikanzunterschied auf niedrigem Niveau ($p < 0,05$) erkennbar (Kontinenz: $x = 128 \pm 32$, Inkontinenz: $x = 147 \pm 28$). Die Werte der Distanz BH-S unterschieden sich in beiden Kollektiven weder in Ruhe noch beim Pressen signifikant. Der Inklinationswinkel α und der Höhenstand des BH (in Bezug zu S) wurden nur durch KCRG bestimmt. Der Winkel α war in Ruhe bei Kontinenz ($x = 62 \pm 12$) und Inkontinenz ($x = 73 \pm 9$) nicht signifikant verschieden, beim Pressen war ein schwach signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) erkennbar (Kontinenz: $x = 91 \pm 14$, Inkontinenz: $x = 107 \pm 15$). Der Höhenstand des BH in Ruhe war bei Kontinenz $x = +1,3 \pm$

0,2, bei Inkontinenz $x = + 0,4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Beim Pressen betrugen die Werte in Ruhe $x = + 0,2 \pm 0,2$, beim Pressen $x = - 1,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Schlußfolgerungen

Die Darstellung von Winkel β und Distanz BH-Symphyse ist durch die Introitussonographie und KCRG zuverlässig möglich.

Am ehesten korreliert der Winkel β beim Pressen mit der Diagnose Streßinkontinenz, ungeeignet ist die Distanz BH-Symphyse.

Es gibt keinen klaren Winkelwert zur sicheren Unterscheidung von Kontinenz und Inkontinenz.

Die sonographische Differenzierung von Kontinenz und Inkontinenz ist daher derzeit nicht zuverlässig möglich.

Die Sonographie ist geeignet zur Beurteilung von Funktionsabläufen und kann das KCRG was die funktionelle BH-Diagnostik angeht ersetzen.