Symposium: Gynäko-Urologie

Eingegangen: 28. Januar 1994

Angenommen: 22. Februar 1994

Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1994;34:25-26

Ist der Gaudenz-Inkontinenzfragebogen in der urodynamischen Funktionsdiagnostik noch aktuell?

G.		Häusler
E.	Eva	Joura
E.		Hanzal
K.		Kölbl

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Wien, Österreich

Key Words

Urinary incontinence

Pelvic floor

Incontinence questionnaire

Zusammenfassung

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie erscheint der Einsatz des Gaudenz-Fragebogens als standardisierte Basis der Anamnese weiterhin gerechtfertigt. Eine urodynamische Abklärung kann jedoch – wie übrigens auch von Gaudenz in seiner Arbeit betont – durch den Einsatz des Inkontinenzfragebogens keinesfalls ersetzt werden. Gerade bei einer heiklen Problematik wie der Inkontinenz muss jedem Patienten das Recht auf eine zuverlässige und möglichst objektive Diagnostik und Therapie, unter Ausnützung des gesamten diagnostischen Potentials, zugestanden werden.

Dr. G. Häusler, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Schlüsselwörter

Harninkontinenz

Beckenboden

Inkontinenzfragebogen

Is the Gaudenz Incontinence Questionnaire Adequate in the Diagnosis of Urodynamic Function?

The results of this study show that the Gaudenz incontinence questionnaire can still be used to help determine the history of the incontinent patient. However, the questionnaire cannot substitute – Gaudenz stressed this fact in his study – a complete urogynecologic workup.

Especially delicate problems as urinary incontinence require reliable and objective diagnostics and therapy using the advantages of the available diagnostic potential.

Le questionnaire de Gaudenz relatif à l'incontinence pour le diagnostic de la fonction urodynamique reste-t-il d'actualité?

Les résultats de la présente étude permettent d'affirmer que le questionnaire de Gaudenz conserve son utilité en tant que base standardisée de l'anamnèse. Cependant, comme, du reste, Gaudenz le fait observer lui-même dans son travail, ce questionnaire ne saurait remplacer un examen urodynamique. L'incontinence, problème délicat, impose un diagnostic et un traitement fiable et aussi objectif que possible, base sur l'ensemble des outils diagnostiques disponibles.

Der im Jahre 1979 von Gaudenz vorgestellte Inkontinenzfragebogen hat vor allem im deutschen Sprachraum grosse Verbreitung gefunden [1]. Der Fragebogen und der aus den Antworten abgeleitete Score soll für den Untersucher eine diagnostische und therapeutische Entscheidungshilfe in der Differentialdiagnose Stressinkontinenz oder Urgeinkontinenz sein. Anhand von 26 standardisierten Fragen sollen statistisch signifikante Hinweise auf das Vorliegen eines Inkontinenztyps ermittelt und mit Hilfe des Scores eine Einteilung nach dem Schweregrad getroffen werden. Als Voraussetzung für den Einsatz des Gaudenz-Inkontinenzfragebogens gelten ähnliche Kriterien wie sie für die Urodynamik und die damit verbundene Anamnese gelten: a) Ausschluss eines Harnwegsinfektes, b) Ausschluss pathologisch-morphologischer oder neurologischer Substrate, c) das Verständnis, sowie die objektive Beantwortung der Fragen. Nach Auswertung des Fragebogens ergibt sich Gaudenz zufolge eine hochsignifikante Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer Stressinkontinenz bei einem Stress-Score > 13 und einem Urge-Score < 6 , sowie auf das Vorliegen einer Urgeinkontinenz bei einem Urge-Score > 13 und einem

© 1994 S. Karger AG, Basel

Stress-Score ≥ 6 . Anhand des Scores erfolgt die Zuordnung zu einem Diagnosefeld (UI1/UI2 beziehungsweise MR1-MR4). Mit Hilfe dieser Diagnosefelder sollen Rückschlüsse auf den Schweregrad der vorliegenden Inkontinenzformen möglich sein.

Nach Einführung dieses Fragebogens befassten sich zahlreiche Autoren mit dessen Aussagekraft und dem Stellenwert des Scores in der Inkontinenzdiagnostik. Die Publikationen mit den grössten Patientenkollektiven geben eine Sensitivität zwischen 77% und 82% und eine Spezifität des Gaudenz-Bogens zwischen 53% und 54% für das Vorliegen einer Stressinkontinenz an. Für das Vorliegen einer Urgeinkontinenz werden Werte zwischen 67% und 81% beziehungsweise 69% und 77% angeführt [2, 3]. Die von Gaudenz weit höher angegebenen Werte konnten in keiner der Vergleichsstudien erreicht werden.

Patienten und Methodik

Berücksichtigt wurden 138 Patientinnen, die im Zeitraum zwischen 1988 und 1993 an die Urogynäkologische Ambulanz der ehemaligen II. Universitätsfrauenklinik zugewiesen wurden. Ausgeschieden wurden Patientinnen mit einem pathologisch-morphologischen Substrat (Fistel, Karzinom) oder einer neurogenen Blasenfunktionsstörung.

Die Inkontinenzdiagnostik umfasste eine Anamnese, die Bewertung einer von der Patientin über eine Woche geführten Miktions-tabelle, eine gynäkologische Untersuchung, den klinischen Stresstest, eine Zysto- und Urethronometrie sowie eine Urethrozystographie (radiologisch oder mittels Ultraschall). Bei allen Patientinnen mit Harndrangsymptomen wurde zusätzlich auch eine Zystoskopie durchgeführt [4]. Die Summe dieser Ergebnisse bildete die Basis für Diagnose und Therapie.

Die Diagnose einer Stressinkontinenz wurde bei positivem klinischem Stresstest in Abwesenheit von isolierten Detrusorkontraktionen gestellt, die einer Urgeinkontinenz bei nachgewiesenen Urgewellen, beziehungsweise einer nicht unterdrückbaren Miktion bei einer Blasenfüllung < 300 ml.

Die Ergebnisse der urodynamischen Abklärung wurden den mittels Gaudenz-Score ermittelten gegenübergestellt und die Sensitivität und Spezifität des Scores berechnet.

Ergebnisse

Von den 1569 Patientinnen mit nachgewiesener Stressinkontinenz fanden sich 878 in einem entsprechenden Diagnosefeld (UI1/UI2). Jedoch fanden sich auch 212 als kontinent eingestufte Patientinnen in diesen Diagnosefeldern. Von den 39 Patientinnen mit nachgewiesener Urgeinkontinenz wurde für 24 ein entsprechendes Diagnosefeld (MR1-MR4) errechnet. Allerdings befanden sich auch 833 Patientinnen ohne nachgewiesene Urgeinkontinenz in diesen Diagnosefeldern.

Für die Erfassung einer Stressinkontinenz konnte für den Gaudenz-Score eine Sensitivität von 56% und eine Spezifität von 43% ermittelt werden, für die Erfassung einer Urgeinkontinenz 62% beziehungsweise 56%.

Diskussion

Diese ernüchternden Ergebnisse, die ganz abgesehen von einer Therapieplanung auch eine Diagnosestellung fragwürdig erscheinen lassen, werfen die Frage nach möglichen Fehlerquellen des Gaudenz-Inkontinenzfragebogens auf. Neben methodischen Fehlern wie unvollständig oder falsch ausgefüllten Fragebögen aufgrund fehlender Hilfestellung, sowie Beeinflussung durch zuviel Hilfestellung, erscheinen vor allem die verschiedenen Formen der Mischinkontinenz als auch larvierte Inkontinenztypen verantwortlich für verfälschte Ergebnisse. So führt oft ein geändertes Miktionsverhalten bei Stressinkontinenz zu einer Urgesymptomatik. Umgekehrt können auch durch intraabdominale Druckerhöhungen Detrusorkontraktionen im Sinne einer Stresssymptomatik vorgetäuscht werden. Auch bei korrekter Beantwortung der Fragen können in solchen Fällen nur subjektive Eindrücke wiedergegeben werden. Unbewusst angeeignete Schutzmechanismen bleiben dabei ebenso unberücksichtigt wie die Pathophysiologie larvierende Mechanismen unter Vortäuschung «falscher» Symptome. Weiters ist das Erfassen (und Abklären) einer sekundären Harndranginkontinenz (z.B. durch ein Karzinom) anhand dieses Fragebogens nicht möglich.

Es ist das grosse Verdienst des Gaudenz-Inkontinenzfragebogens, zu einer Zeit, in der nur in wenigen Zentren die Möglichkeit einer urogynäkologischen Abklärung (unter Einbeziehung einer urodynamischen Untersuchung) bestand, auf die Wichtigkeit anamnestischer Daten in der Diagnostik der Inkontinenz hingewiesen zu haben. Diese Erkenntnis ist für die Inkontinenzdiagnostik weiterhin von Bedeutung. Aufgrund der niedrigen Sensitivität und Spezifität erscheint sein Einsatz zur Diagnosestellung, bei dem heute verbreitet zur Verfügung stehenden diagnostischen Potential, jedoch nicht mehr gerechtfertigt. Keinesfalls darf jedoch daraus eine therapeutische Entscheidung abgeleitet werden.

Litei-Ötli 1 Gaudenz R: Der Inkontinenz-Fragebogen mit

dem neuen Urge-Score und Stress-Score. Geburtshilfe Frauenheilkd 1979;39:784-792.

Pfersmann C, Riss P, Kölbl H, Spornol R: Die Aussagekraft von Anamnese und klinischem Stresstest in der Inkontinenzdiagnostik vor gynäkologischen Operationen. Wien Klin Wochenschr 1986;23:805-809.

Voigt R: Unsere Erfahrungen mit dem standardisierten Inkontinenz-Fragebogen: Ein Vergleich mit den Resultaten der urodynamischen Untersuchungen. Geburtshilfe Frauenheilkd 1984;44:96-99.

Kölbl H: Der grosse urodynamische Messplatz – Vorteile für die Diagnostik und Therapie der weiblichen Harninkontinenz. Gynäkol Rundsch 1993;33(Suppl 1):1-2.