Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie zu urogynäkologischer Diagnostik und Therapie

Kommissionsmitglieder:

J. Eberhard, H. Kölbl, D. Kranzfelder, D. Lamm, H.-D. Methfessel, E. Petri, G. Ralph, P. Riss, B. Schüssler, T. Schwenzer und F. Staufer

Empfehlung zur Diagnostik vor Inkontinenz- und Deszensusoperationen

Einleitung

Unwillkürlicher Harnabgang und Deszensusvorgänge des inneren Genitale sind Probleme, mit denen der Frauenarzt häufig konfrontiert wird. Beide Zustände beziehen ihren Krankheitswert ausschließlich aus den durch sie verursachten Beschwerden (z. B. Wundsein bei Harninkontinenz; Ulkusbildung bzw. Kohabitationsbeschwerden durch Deszensus) und/oder durch soziale Beeinträchtigung. Leitlinie jeder Behandlungsindikation ist deshalb der individuelle Leidensdruck.

Grundlage einer rational begründbaren Therapie der Harninkontinenz stellt die exakte Differentialdiagnose der verschiedenen Inkontinenzformen dar; in der Gynäkologie insbesondere Streß- und Urgeinkontinenz sowie Mischformen.

Deszensus und Harninkontinenz bedingen sich gegenseitig nicht. Sie können kombiniert oder getrennt auftreten. Ein ausgeprägter Deszensus, unabhängig, ob von der vorderen Vaginalwand, der hinteren Vaginalwand oder auch des Uterus oder in Kombination, kann eine sphinkterbedingte Inkontinenz maskieren (larvierte Harninkontinenz).

Stufendiagnostik

1. Gezielte Anamnese unter besonderer Berücksichtigung von Inkontinenz-, Infekt- und Sexualanamnese, Miktionsbeschwerden sowie Erfassung bisheriger und aktueller Therapien.

2. Gynäkologische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung pathologischer Veränderungen der Beckenbodenanatomie (in Ruhe, beim Husten, Pressen und Kneifen), Nachweis von Atrophie- und Infektzeichen.

3. Klinische Untersuchung des Blasenverschlußmechanismus durch wiederholtes Husten und Pressen bei gefüllter Harnblase (liegend und stehend). Bei Deszensus der Vaginalwände und des Uterus muß der Streßtest nach Reposition wiederholt werden, um eine larvierte Inkontinenz zu erkennen.

4. Restharnbestimmung (bevorzugt mit Ultraschall).

5. Harnuntersuchung (Teststreifen, Sediment, Kultur, gegebenenfalls Abstrich zum Chlamydiennachweis).

6. Orientierende Sonographie der ableitenden Harnwege (wird empfohlen).

7. Urodynamische Funktionsdiagnostik: Zystometrie und Urethrozystometrie.

8. Sonographische bzw. radiologische Darstellung (laterales Urethrozystogramm) der zystourethralen Morphologie.

9. Urethrozystoskopie, gegebenenfalls Kalibrierung der Harnröhre.

10. Bei Miktionsstörungen gegebenenfalls Uroflowmetrie.

Diagnostik vor Inkontinenzoperationen

Vor der operativen Behandlung der Harninkontinenz sind weitreichende diagnostische Maßnahmen zur Beurteilung von Funktion und Topographie wie Urodynamik, Zystourethrographie, Urethrozystoskopie, Ultraschall notwendig.

Diese Diagnostik erlaubt die Anwendung eines morphologisch orientierten Therapiekonzeptes und läßt Risikofaktoren präoperativ erkennen (hypotone Urethra, Urgekomponenten, präexistente Blasenentleerungsstörungen).

Diagnostik vor Deszensusoperationen

Die Diagnostik vor Deszensusoperationen muß sicherstellen, ob eine Operationsindikation gegeben ist. Deszensus ohne Beschwerden oder Sekundärpathologie (z. B. Restharn, rezidivierende Harnwegsinfekte) sind keine Operationsindikation. Das Quetschhahnphänomen bei höhergradigem Deszensus kann eine Inkontinenz verschleiern. Daher müssen die o. g. Untersuchungen bei reponiertem Genitale erfolgen. Liegt eine offene oder larvierte Inkontinenz vor, ist die präoperative Klärung wie vor Inkontinenzoperationen vorzunehmen. Besteht klinisch und anamnestisch kein Hinweis auf eine Harninkontinenz, kann auf eine weitergehende invasive Abklärung verzichtet werden.

Bestehen Diskrepanzen zwischen subjektivem Beschwerdebild und klinischem Befund, bedarf es der vollen Ausschöpfung des diagnostischen Spektrums.

Anforderungen an urodynamische Diagnostik und Befundbewertung

Einleitung

Die apparative Diagnostik dient der Objektivierung von vesikaler Reservoirfunktion, urethraler Verschlußfunktion, der Miktion, der Morphologie, der urethrovesikalen Funktionseinheit und deren Störungen. Die Untersuchung muß nach anerkannten Normen und mit einer standardisierten Technik durchgeführt werden. Der Befundbericht muß alle relevanten Meßwerte enthalten, die Ergebnisse werten und zu einer Diagnose und Therapieempfehlung führen. Entsprechend dem Abklärungsziel müssen die einzelnen Methoden unterschiedlich angewendet werden.

Apparative Diagnostik

Die apparative Diagnostik beinhaltet funktionelle Untersuchungen wie Zystometrie, Urethrozystometrie, Uroflowmetrie und morphologische Untersuchungen wie Sonographie und Radiologie. Alle Untersuchungen müssen nach standardisierten Richtlinien erfolgen (z. B. ICS, EBERHARD).

Funktionelle Untersuchungen

Zystometrie: sie dient der Beurteilung der Speicherfunktion der Blase sowie der Erkennung von sensorischen und motorischen Störungen. 4 zystometrische Parameter, die normal, erhöht oder erniedrigt sein können, sind zu beschreiben: Sensibilität, Kapazität, Compliance und Kontraktilität. Sinn der Zystometrie ist die Erkennung von neurologischen Blasenentleerungsstörungen, sensorischen und motorischen Dranginkontinenzen und deren Trennung von der Streßinkontinenz.

Urethrozystometrie: diese dient der Erfassung der Urethraverschlußfunktion. Aufgabe der Urethrozystometrie ist die Erkennung der Streßinkontinenz und zusammen mit der Zystometrie die Trennung von anderen Inkontinenzformen. Sie erlaubt die Erkennung von Risikofaktoren und Begleitpathologika.

Uroflowmessung: sie gibt Hinweise auf eine gestörte Miktion und kann bei der Frau zur Objektivierung von Miktionsstörungen eingesetzt werden.

Weitergehende Untersuchungen, wie Druck-Fluß-Messungen, Beckenboden-EMG, sind besonderen Fragestellungen vorbehalten.

Morphologische Diagnostik

Sonographische und radiologische Untersuchungen in Ruhe und unter Belastungsbedingungen dienen der Darstellung der Topographie im kleinen Becken. Zu beurteilen sind Blase, Urethra und deren Beziehungen zueinander und zu deren benachbarten Strukturen, in Ruhe, beim Pressen und bei aktiver Kontraktion.

Die Urethrozystoskopie dient der Erkennung und dem Ausschluß von Erkrankungen der Blase und der Urethra (Entzündungen, Tumoren, Steine usw.) und anderen Begleitpathologika (Anomalien, Obstruktionen, Divertikel, Trabekulierung).

Zusatzuntersuchungen

Die Befunde der apparativen Diagnostik werden ergänzt durch Anamnese und andere klinische Untersuchungen (Streßtest, Pad-weigh-Test, Urethrakalibrierung usw.). Anamnestische, klinische, urodynamische und morphologische Befunde müssen als Gesamtheit diskutiert und interpretiert werden.

Befundbericht

Ein abschließender Befundbericht beinhaltet die anamnestischen, klinischen, funktionellen und morphologischen Untersuchungsbefunde. Im Idealfall ergibt sich ein einheitliches Krankheitsbild. Widersprüchliche Befunde sind zu interpretieren, zu diskutieren und gegebenenfalls einer Kontrolle zuzuführen. Entsprechend den relevanten Befunden wird eine Empfehlung zu konservativen und perioperativen Therapien sowie zur Wahl des Operationsverfahrens abgegeben.

Empfehlungen zur präoperativen Aufklärung vor Inkontinenzoperationen

Harninkontinenzoperationen sind elektive Eingriffe. Daher müssen an die präoperative Patientenaufklärung hohe Anforderungen gestellt werden. Neben der Aufklärung über die allgemeinen operationsüblichen Komplikationen wie Nachblutungsrisiko, Wundheilungsstörungen, Infektionen usw. muß zu den nachfolgenden Punkten gezielt im Aufklärungsgespräch Stellung genommen werden:

Aufgrund der komplexen Pathophysiologie der Streßinkontinenz und der gezielten Veränderung der Morphologie sind einerseits keine 100%igen Erfolgsraten bei der Behandlung der Inkontinenz zu erwarten, andererseits funktionelle Störungen als Folge der Operation möglich.

Erfolgsaussichten von Inkontinenzoperationen

Der aufklärende Arzt sollte der Patientin Zahlenangaben zu den in der Literatur beschriebenen Erfolgsaussichten unter Berücksichtigung der eigenen Erfahrung machen. Es muß darauf hingewiesen werden, daß Langzeitergebnisse generell schlechter als Frühzeitergebnisse sind. Die die Heilungsaussichten verschlechternden Bedingungen müssen mit der Patientin besprochen werden. Dabei kann es sich um Risikofaktoren (Rezidiv, hypotone Urethra, Begleiterkrankungen, Asthma bronchiale, neurologische Erkrankungen) handeln.

Komplikationen

Typische postoperative Komplikationen sind obstruktive Miktionsstörungen bis hin zum Harnverhalt, Drangsymptome bis hin zur Dranginkontinenz und Kohabitationsbeschwerden, die für jedes Operationsverfahren in unterschiedlicher Häufigkeit vorliegen können. Auch auf für einzelne Operationsverfahren seltene, aber typische Komplikationen (z. B. Ostitis ossis pubis bei Fixation am Periost) muß hingewiesen werden.

Empfehlung zur Therapie von Deszensus und Streßinkontinenz

Die Komplexität der Pathophysiologie der weiblichen Harninkontinenz und des Des-

zensus macht verschiedene therapeutische Angriffspunkte notwendig. Sie macht auch verständlich, daß das komplette Ausschöpfen des therapeutischen Spektrums mit konservativer und operativer Therapie erforderlich ist. Daraus resultiert, daß konservative Behandlungen der operativen Therapie meistens vorausgehen müssen und dennoch kein absoluter operativer Erfolg erwartet werden kann. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität durch Sanierung der Harninkontinenz, der Deszensus- und Kohabitationsbeschwerden.

Differenzierte Indikation

Aus klinischem Befund und Inkontinenzdiagnostik ergibt sich ein individuelles Behandlungskonzept. Viele Befundkonstellationen (Voroperationen, Postmenopause, Drangsymptomatik, Mischinkontinenzen, Infektionen) erfordern zunächst konservative Behandlungsansätze (Beckenbodentraining, Pessar- und Hormontherapie, Infektsanierung).

Die Indikation zur Operation sollte die Erfolgsaussicht in Relation zu möglichen postoperativen Komplikationen berücksichtigen. Eine nicht störende Inkontinenz und ein Deszensus ohne Beschwerden sollten nicht operiert werden. Inkontinenzeingriffe, Korrektur des Deszensus und Hysterektomie haben getrennte Indikationen.

Operative Therapie des Deszensus

Ziel der Deszensusoperation ist die Rekonstruktion der Anatomie unter Erhaltung der Kontinenz und der Kohabitationsfähigkeit. Die Deszensuschirurgie ist nur im beschränkten Maße in der Lage, eine gleichzeitig bestehende Streßinkontinenz zu heilen. Sie kann zusätzlich sogar durch die operative Technik zu Läsionen an der Urethra (im besonderen: KELLY-STÖCKEL-Nähte) und durch die topographische Veränderung eine Inkontinenz verschlechtern oder provozieren (Demaskierung einer larviert vorliegenden Streßinkontinenz). Daher muß unter Berücksichtigung der präoperativen Diagnostik individuell abgewogen werden, ob eine zusätzliche Inkontinenzoperation erforderlich ist.

Operative Therapie der Streßinkontinenz

Ziel der Inkontinenzoperation ist die Verbesserung der abdomino-urethralen Drucktransmission in Streßsituationen über eine Veränderung der Anatomie. Dies wird erreicht durch kranioventrale Verlagerung des zystourethralen Übergangs.

Die Schaffung eines suburethralen Widerlagers, die Elevationshöhe und die Fixationsstabilität bestimmen wesentlich den Operationserfolg. Daher sind Operationen mit stabilem Fixationspunkt und festem Material im Hinblick auf die Streßinkontinenz erfolgreicher, führen aber postoperativ häufiger zu Drang- und Miktionsbeschwerden.

Die operative Therapie der Rezidivinkontinenz folgt den gleichen Behandlungsprinzipien, bedarf aber bei kontrakter narbiger Scheide wie auch nach vaginalen Voroperationen einer entsprechenden Vorbehandlung (Pessare, Phantome, Hormontherapie).

Die Indikation zur Hysterektomie ergibt sich nicht aus dem Vorliegen einer Inkontinenz, sondern bedarf einer eigenen Indikationsstellung.

Zusatzeingriffe

Die morphologische Rekonstruktion bei Deszensusoperationen und die kranioventrale Verlagerung bei Inkontinenzoperationen können die Anatomie des Beckenbodens destabilisieren und zu Folgekomplikationen (z. B. Zysto-, Rekto-, Enterozelenbildung, Miktionsprobleme, Kohabitationsbeschwerden) führen. Daraus ergeben sich Indikationen zu Zusatzeingriffen (z. B. DOUGLAS-Obliteration und MOSKOWICZ-Operation), die dennoch sehr streng indiziert werden müssen.

Empfehlungen zur perioperativen Beurteilung der ableitenden Harnwege

Verletzungen der Harnblase und des Harnleiters sind seltene Komplikationen der gynäkologischen Chirurgie. Während die Blasenverletzung in der Regel intraoperativ erkannt wird und folgenlos behoben werden kann, werden Harnleiterverletzungen häufig erst postoperativ erkannt, so daß sie zusätzliche Behandlungsmaßnahmen, verlängerten Krankenhausaufenthalt und Zweitoperationen nach sich ziehen. Deshalb führen sie häufig zu forensischen Auseinandersetzungen.

Bei jedem größeren operativen Eingriff im kleinen Becken ist eine präoperative Basisdiagnostik zu empfehlen, welche aus der orientierenden Sonographie der ableitenden Harnwege besteht. Dieser Befund ist postoperativ zu kontrollieren. Bei pathologischem Befund ist eine weiterführende Diagnostik notwendig. Ein Harnwegsinfekt sollte präoperativ behandelt werden.

Postoperative Abweichungen vom normalen Heilungsverlauf wie Fieber, Flankenschmerzen, uncharakteristische zunehmende Unterbauchschmerzen u. ä. müssen rechtzeitig die Möglichkeiten einer Harnleiterverletzung in die Differentialdiagnostik einbeziehen. Auch eine sich gelegentlich anbahnende Subileus- oder Ileussymptomatik kann erstes Anzeichen einer Harnleiterkomplikation sein.

Literatur

1. ABRAMS, P. u. Mitarb.: Standardization of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society. Int. Urogynecol. J. **1**, 45 (1990).

2. ASLAKSEN, A. u. Mitarb.: Radiological Screening of the Upper Urinary Tract Prior to Pelvic Surgery. Int. Urogynecol. J. **3**, 50–52 (1992).

3. BECK, L.: Komplikationen an den harnableitenden Wegen bei gynäkologischen Operationen. Arch. Gynaek. **238**, 461 (1985).

4. BURCH, J. C.: Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. Am. J. Obstet. Gynec. **81**, 281 (1961).

5. COWEN, W. U. u. H. R. MORGAN: A simplified retropubic urethropexy in the treatment of primary and recurrent urinary stress incontinence in the female. Am. J. Obstet. Gynec. **133**, 295 (1979).

6. EBERHARD, J.: Standardisierte Urethradruckmessung mit Normwerten zur Streßinkontinenzdiagnostik. Geburtsh. Frauenheilk. **46**, 145 (1986).

7. EBERHARD, J. u. G. SCHÄR: Gynäkologische Urologie. Gynäk. Rdsch. **31**, Suppl. 1 (1991).

8. EBERHARD, J., P. PESCATORE u. V. GEISSBÜHLER: Interpretation tonometrischer und morphologischer Befunde. In: De GRANDI, P. (Hrsg.): Incontinence urinaire en gynécologie. Monographie SGGO, S. 115. Médecine & Hygiéne 1991.

9. HEPP, H., P. SCHEIDEL u. B. SCHÜSSLER: Gynäkologische Standardoperationen. Operationen bei Streßharninkontinenz, Aufklärungspflichtige Risiken. S. 195. Enke, Stuttgart 1991.

10. KÖLBL, H.: Weibliche Streßinkontinenz – Diagnostische und funktionelle Aspekte. Hippokrates, Stuttgart 1989.

11. MARSHALL, V. F., A. A. MARCHETTI u. K. E. KRANTZ: The correction of stress incontinence by a simple vesicourethral suspension. Surgery Gynec. Obstet. **88**, 509 (1949).

12. OSTERGARD, D. R. u. A. E. BENT (Hrsg.): Urogynecology and Urodynamics. 3. Aufl. Section 1. Evaluation of lower urinary tract function. Williams & Wilkins, Baltimore 1991.

13. PETRI, E.: Gynäkologische Urologie. Thieme, Stuttgart-New York 1983.

14. PETRI, E.: Urologische Funktionsdiagnostik. 5. Therapie der Harninkontinenz – anatomische Vorbetrachtungen – vaginale Operationen. gynäkol. prax. **11**, 305–311 (1987).

15. PETRI, E.: Urologische Funktionsdiagnostik. 6. Abdominale Operationen, Rezidiveingriffe, Therapiekonzept. gynäkol. prax. **11**, 507 (1987).

16. RICHARDSON, D. A. u. D. R. OSTERGARD: Anterior vaginal repair versus retropubic urethropexy. A review of the literature. In: OSTERGARD, D. A. (Hrsg.): Gynecologic Urology and Urodynamics. 2. Aufl. S. 469. Williams & Wilkins, Baltimore-London-Sydney 1985.

17. SCHWENZER, Th. u. L. BECK: Forensische Aspekte von Blasen- und Harnleiterverletzungen bei gyn. Standardoperationen. Geburtsh. Frauenheilk. (im Druck).

18. SCHÜSSLER, B. u. S. ALLOUSSI: Zur Klassifikation der Streßinkontinenz nach Ingelmann-Sundberg. Gynäk. Rdsch. **23**, 166 (1983).

19. SCHÜSSLER, B.: Operatives Vorgehen bei der Kombination aus Descensus vaginalis und Streß-Inkontinenz. Gynäk. Rdsch. **29**, 19 (1989).

20. STAMEY, T. A.: Endoscopic suspension of the vesical neck. In: STANTON, S. L. u. E. A. TANAGHO (Hrsg.):

Surgery of female incontinence. Springer, Heidelberg-New York 1986.
21. WEISSAUER, W.: Aufklärung über das Mißerfolgsrisiko bei Operationen zur Behebung der Harninkontinenz. Der Frauenarzt 7, 763 (1988).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. B. SCHÜSSLER
Kantonsspital Luzern
Frauenklinik
CH-6000 Luzern 16