



Beckenbodensprechstunde – Diagnostik der Inkontinenz

Anna Lena Fey
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Definition

Internationale Continenence Society (ICS)

Urininkontinenz liegt dann vor, wenn Urinverlust zum **sozialen** oder **hygienischen** Problem wird und **objektiv** nachweisbar ist.

Inkontinenz tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf

- Jüngere Frauen (unter 60 Jahre) 20-30%
- Ältere Frauen (über 60 Jahre) 30-50%
- Frauen in Altersheimen 55%

2/3 der Patientinnen sprechen nicht mit Ihrem Arzt

Risikofaktoren

Wahrscheinlich:

Alter, Anzahl der Geburten, Übergewicht, Menopause,
kognitive Beeinträchtigung, Familiäre Belastung

Belegt:

Gebärmutterentfernung, geburtshilflicher Modus, Rauchen

Einschränkung der Lebensqualität ist deutlich und
sie nimmt mit dem Schweregrad zu

Arten der Blaseninkontinenz

- Belastungsinkontinenz (35-45%)
- Dranginkontinenz (25-35%)
- Mischinkontinenz (20-40%)
- Überlaufinkontinenz bei Restharnbildung
- Reflexinkontinenz
- Extraurethrale Inkontinenz

Sinn der Beckenbodensprechstunde ist es, die Formen zu unterscheiden und damit eine optimale Therapie einzuleiten

Die überaktive Blase - Dranginkontinenz

- Zur Blasenentleerung zieht sich die Blase zusammen
- Bei der überaktiven Blase kommen die Kontraktionen des Muskels zu häufig vor und werden als Harndrang wahrgenommen
- Bei einer kräftigen Kontraktion kommt es zum Urinverlust

Belastungsinkontinenz

- Im gesunden Zustand gleicht die Beckenbodenmuskulatur den übertragenen Druck aus
- Ist die Beckenbodenmuskulatur zu schwach, kommt es zur Belastungsinkontinenz

Anamnese

Allgemeine Anamnese

-Nebenerkrankungen

-Voroperationen

-Medikamenteneinnahme

-Gynäkologische Anamnese

-Bisherige Diagnostik und Therapie

Anamnese

Wichtige Fragen zur Inkontinenz

- Wann und wieviel Urin geht verloren ?
- Können Sie den Urin bei Drang willkürlich halten?
- Senkungsgefühl?
- Trinkmenge?
- Häufigkeit des Wasserlassens (tagsüber und nachts)?
- Wieviel Vorlagen benötigen Sie (trocken, feucht, nass?)
- Wie hoch ist der Leidensdruck?

Diagnostik (Fragebogen)

1. Tag

7-Tage-Miktionsprotokoll von: _____ bis: _____ Name: _____

Uhrzeit	1. Tag				2. Tag				3. Tag				4. Tag				5. Tag				6. Tag				7. Tag			
	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen	Trinkmenge (ml)	Urinmenge (ml oder Symbol*)	Drangsgefühl	Toilettengang Einnässen
6.00			x	x																								
7.00																												
8.00																												
9.00																												
10.00																												
11.00																												
12.00																												
13.00																												
14.00																												
15.00																												
16.00																												
17.00																												
18.00																												
19.00																												
20.00																												
21.00																												
22.00																												
23.00																												
24.00																												
1.00																												
2.00																												
3.00																												
4.00																												
5.00																												

*Symbole: x = wenig, xx = mittel, xxx = viel

Bitte zum nächsten Arzttermin mitbringen!

Trinkmenge (ml)	
Urinmenge (ml oder Symbol*)	
Drangsgefühl	x
Toilettengang	x
Einnässen	x

Miktionsprotokolle und deren Deutung

Uhrzeit	Gesunde Patientin	Nervöse Patientin	Herzprobleme	Dranginkontinenz
07:00	500	500	600	150
08:00		120		50
10:00		50	200	25
11:00	400	50		50
12:00		50		100
13:00		100	200	50
14:00		50		80
15:00	400			50
17:00	100	200		70
20:00		250	300	100
23:00	400	300		80
00:00				50
03:00			400	50
05:00			300	70

Diagnostik (Gaudenzbogen)

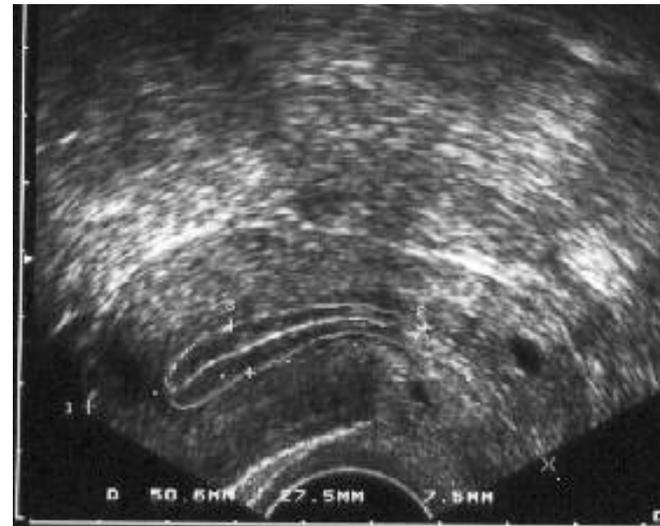
Belastungs- oder Dranginkontinenz?

<p>Verlieren Sie manchmal ungewollt Urin?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wie oft verlieren Sie ungewollt Urin?</p> <p>selten, z.B. bei Erkältungen <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>täglich, mehrmals täglich <input type="checkbox"/></p> <p>praktisch dauernd <input type="checkbox"/></p> <p>Wie groß sind die Urinmengen, die Sie ungewollt verlieren?</p> <p>einige Tropfen <input type="checkbox"/></p> <p>Spritzer <input type="checkbox"/></p> <p>größere Mengen <input type="checkbox"/></p> <p>Wie oft müssen Sie pro Tag die Unterwäsche wechseln, weil sie naß ist?</p> <p>nicht notwendig <input type="checkbox"/></p> <p>mehrmals täglich <input type="checkbox"/></p> <p>Ich lege oft eine Binde oder Watte vor:</p> <p>beim Ausgehen <input type="checkbox"/></p> <p>auch zu Hause <input type="checkbox"/></p> <p>auch zum Schlafen <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ich die Unterwäsche oder die Binde wechsle ist sie:</p> <p>trocken <input type="checkbox"/></p> <p>feucht <input type="checkbox"/></p> <p>naß <input type="checkbox"/></p> <p>tropfnaß <input type="checkbox"/></p> <p>Das Verlieren von Urin ist für mich:</p> <p>eigentlich kein Problem <input type="checkbox"/></p> <p>stört mich gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>stört mich stark <input type="checkbox"/></p> <p>behindert mich enorm <input type="checkbox"/></p> <p>Bei welchen Situationen verlieren Sie ungewollt Urin?</p> <p>beim Husten und Niesen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Lachen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Gehen oder Treppensteigen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Abwärtsgehen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Springen, Turnen, Hüpfen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Stehen <input type="checkbox"/></p> <p>beim Sitzen, im Liegen <input type="checkbox"/></p> <p>Nach welchem Ereignis hat das ungewollte Urinverlieren begonnen?</p> <p>nach einer Geburt <input type="checkbox"/></p> <p>nach einer Unterleibsoperation <input type="checkbox"/></p> <p>mit den Wechseljahren <input type="checkbox"/></p> <p>anderes <input type="checkbox"/></p> <p>Wieviele Kinder haben Sie geboren?</p> <p>keine <input type="checkbox"/></p> <p>1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>4, mehr als 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Anzahl der Kinder über 4.000 g Geburtsgewicht:</p> <p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2, mehr als 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Haben Sie die Periode noch?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Hatten Sie schon Unterleibsoperationen?</p> <p>ja, welche? <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Brennt es Sie beim Wasserlassen?</p> <p>ja, beim Urinieren <input type="checkbox"/></p> <p>ja, nach dem Urinieren <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wie oft lassen Sie während des Tages Urin?</p> <p>alle 3-6 Stunden <input type="checkbox"/></p> <p>alle 1-2 Stunden <input type="checkbox"/></p> <p>alle ½ Stunde oder häufiger <input type="checkbox"/></p> <p>ist ganz verschieden, bei Aufregungen <input type="checkbox"/></p> <p>Warden Sie nachts wach, weil Sie Harndrang haben?</p> <p>Wie oft lassen Sie nachts Urin?</p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>einmal, nicht regelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>2-4 mal <input type="checkbox"/></p> <p>5, mehr als 5 mal <input type="checkbox"/></p> <p>Verlieren Sie nachts im Schlaf unbemerkt Urin?</p> <p>nein, nie <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich, selten <input type="checkbox"/></p> <p>häufig, regelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn Sie Harndrang haben, müssen Sie sofort gehen oder können Sie zuwarten?</p> <p>kann zuwarten <input type="checkbox"/></p> <p>muß bald gehen, inner 10-15 Minuten <input type="checkbox"/></p> <p>muß sofort gehen, inner 1-5 Minuten <input type="checkbox"/></p> <p>Kommt es vor, daß Sie zu spät zur Toilette kommen und auf dem Weg schon Urin verlieren?</p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>selten z.B. bei Erkältungen <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>regelmäßig, häufig <input type="checkbox"/></p> <p>Kommt es vor, daß Sie ganz plötzlich starken Harndrang bekommen und kurz darauf ganz unerwartet Urin verlieren, ohne es verhindern zu können?</p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>Können Sie den Harnstrahl willkürlich unterbrechen?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>ich weiß es nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Haben Sie das Gefühl, daß die Blase nach dem Wasserlassen leer ist?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>nicht immer <input type="checkbox"/></p> <p>ich weiß es nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Häufig, kaum unterdrückbarer Harndrang ist für mich:</p> <p>eigentlich kein Problem <input type="checkbox"/></p> <p>stört mich gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>stört mich stark <input type="checkbox"/></p> <p>behindert mich enorm <input type="checkbox"/></p> <p>Wie schwer sind Sie?</p> <p>weniger als 50 kg <input type="checkbox"/></p> <p>51-60 kg <input type="checkbox"/></p> <p>61-70 kg <input type="checkbox"/></p> <p>71-80 kg <input type="checkbox"/></p> <p>mehr als 80 kg <input type="checkbox"/></p> <p>Haben Sie Wallungen?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nehmen Sie Hormontabletten oder bekommen Sie Hormonspritzen?</p> <p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>		
Bitte hier leer lassen	Urge-Score <input type="checkbox"/>	Stress-Score <input type="checkbox"/>	Diagnose-Feld <input type="checkbox"/>



Diagnostik (gynäkologische Untersuchung)

- Urinuntersuchung
- Tast- und Spekulum Untersuchung
(Senkung?, Östrogenmangel/Atrophie)
- Muskulatur des Beckenbodens
- Sonographie des kleinen Beckens
(Beurteilung der Organe, Restharn?)



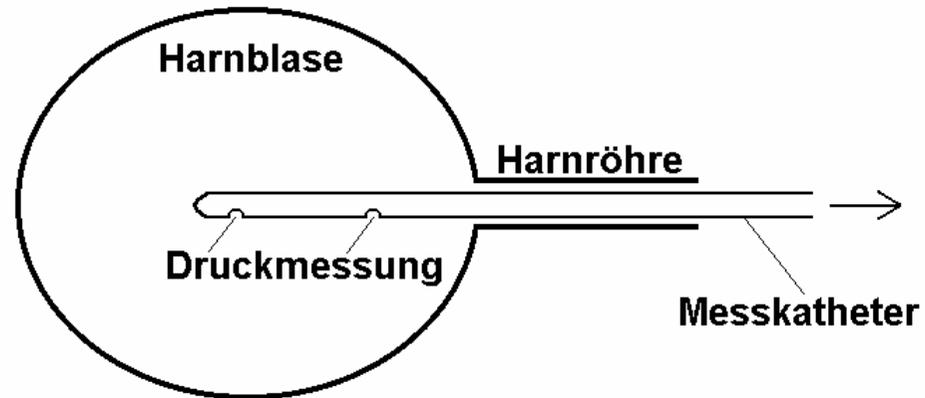
Wird gefordert

- Bei Frauen mit Diskrepanz zwischen klinischem Befund und subjektivem Beschwerdebild
- Bei allen Rezidivinkontinenzen
- Vor jedem operativen Eingriff

Urodynamik (Messplatz)

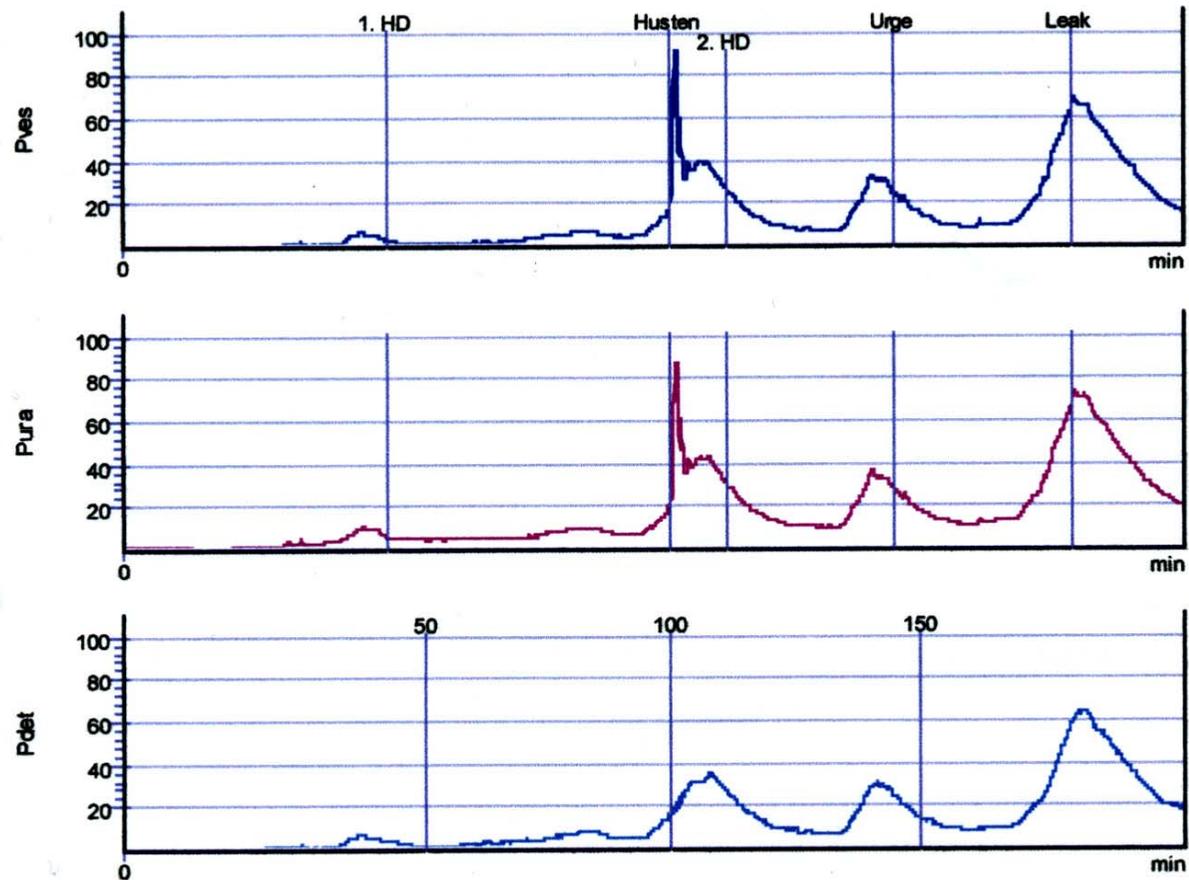


Urodynamik (Messkatheter)



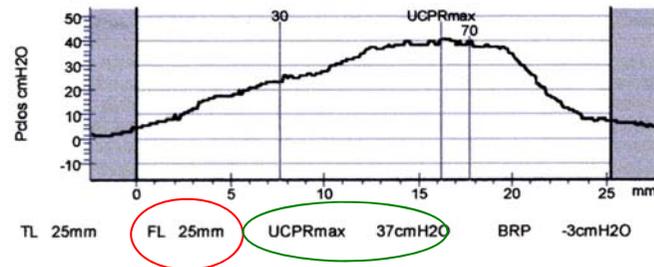
Urodynamik (Zystometrie)

Zystometrie legend

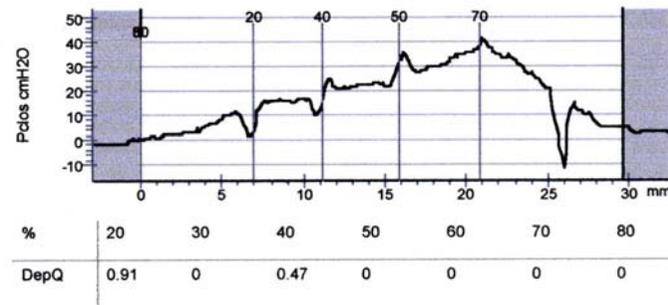


Urodynamik (Ruhe- und Streßdruckprofil)

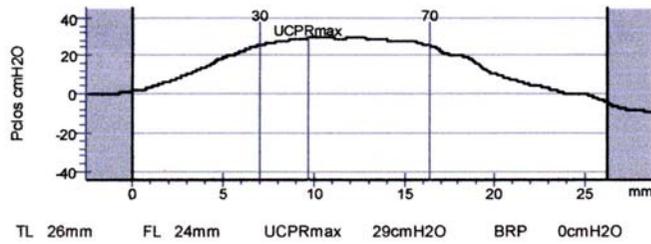
Ruheprofil



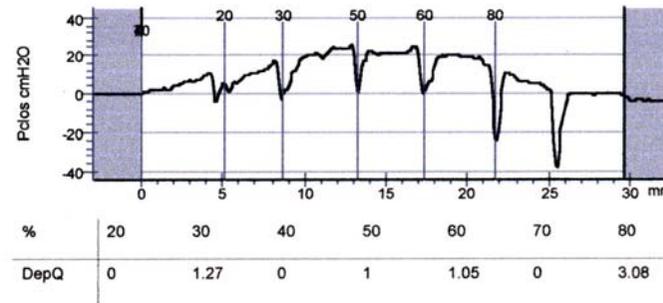
Stressprofil



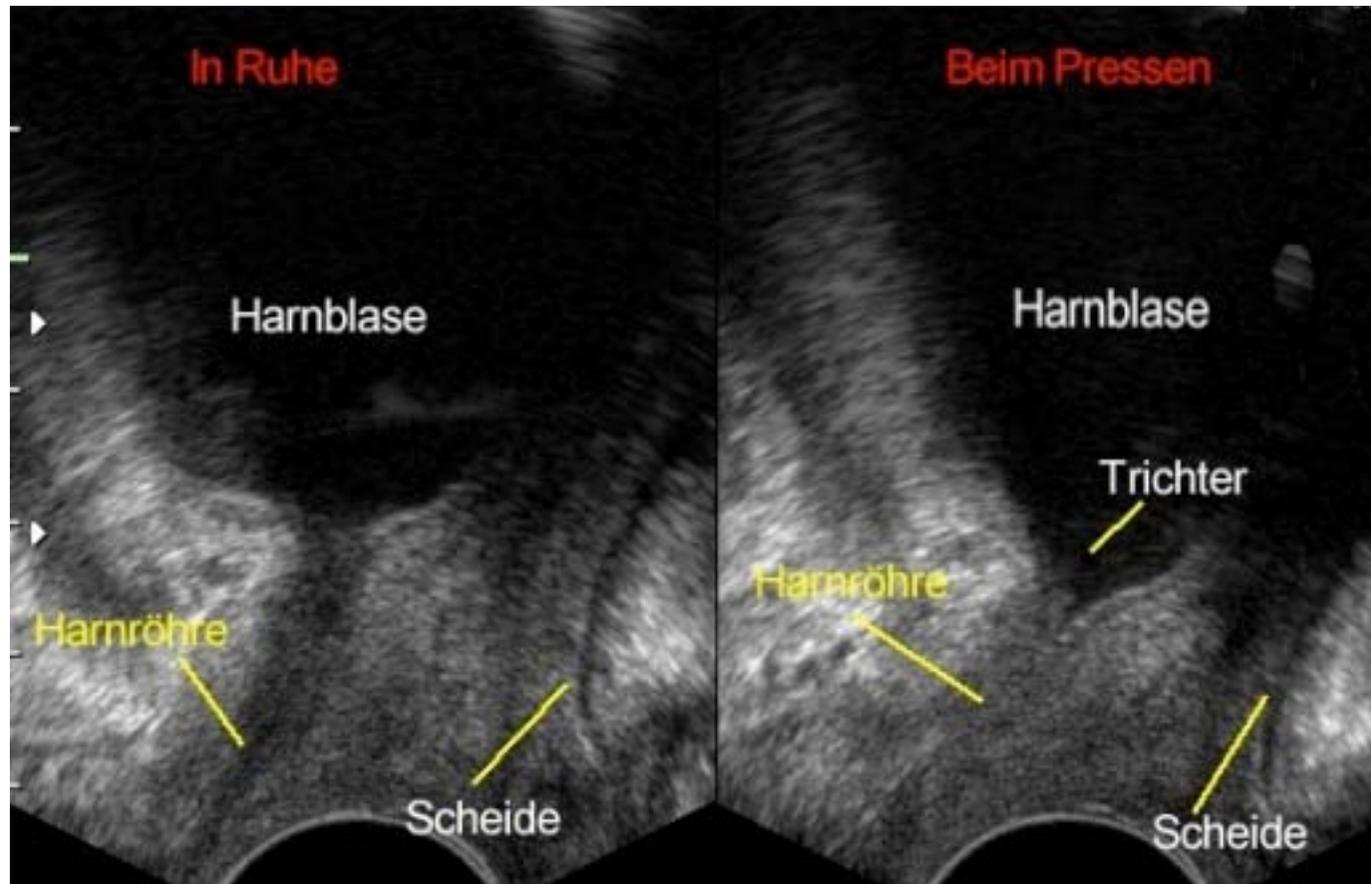
Ruheprofil



Stressprofil



Introitussonographie



Urodynamik (Miktiometrie)

Miktiometrie

