

Vaginale und anorektale Untersuchung in der Physiotherapie

A. Köwing,
L. de Nijs-Renken,
A. Landmesser

Die vaginale und anorektale Untersuchung ist eine der Voraussetzungen, eine aussagekräftige Diagnostik am Beckenboden durchzuführen. Die Basis unseres Berufs ist die funktionelle Untersuchung der betroffenen Muskeln – und warum sollte das am Beckenboden anders sein? Auch für Physiotherapeuten, die schon jahrelang Beckenbodentraining durchführen, bedeutet die Auseinandersetzung mit der Palpation zuerst die Überwindung der eigenen Hemmschwelle.

Anatomie des Beckenbodens [2, 4, 8, 9, 10]

Stellt man sich den Beckenboden in drei funktionellen Niveaus vor, trifft man von kaudal zunächst auf drei Ebenen:

Erste Ebene: Mm. bulbospongiosus und ischiocavernosus;

Zweite Ebene: eine Muskelplatte, die Levator ani genannt wird, bestehend aus den Mm. puborectalis, pubococcygeus, iliococcygeus, ischiococcygeus;

Dritte Ebene: Sie wird gebildet aus einem System von glatter / quergestreifter Muskulatur, Bindegewebe, Gefäß- und nervalen Strukturen. Diese Strukturen sorgen als „internes Verschlussystem“ für eine geschlossene Blase, bzw. als M. sphinkter ani int. für einen geschlossenen After.

Zusammenfassung

Die vaginale und anorektale Untersuchung ist ein wichtiger Bestandteil der physiotherapeutischen Diagnostik am Beckenboden bei Frauen und Männern. Die Physiotherapeuten in den europäischen Nachbarländern führen die Palpation am Beckenboden schon seit vielen Jahren durch und auch in Deutschland wird der Wunsch nach einer spezifischen Untersuchung immer lauter. Im nachfolgenden Artikel wird auf die Einzelheiten dazu eingegangen.

Schlüsselwörter: Untersuchung, Dokumentationsbogen, vaginal, anorektal

Summary

Vaginal and ano-rectal examination in physiotherapy

Vaginal and ano-rectal examination is an important part of diagnosis in physiotherapy for pelvic floor in men and women. Physiotherapists in neighbouring European countries have been carrying out palpation of the pelvic floor for many years, and the desire to introduce such specific examination in Germany as well has becomming increasingly stronger. This article explores the subject in detail.

Key words: examination, documentation form, vaginal, ano-rectal

Résumé

Examen vaginal et ano-rectal en physiothérapie

L'examen vaginal et ano-rectal est un élément important du diagnostic physiothérapeutique concernant le plancher pelvien chez les femmes et les hommes. Pour les physiothérapeutes des pays européens environnants, la palpation du plancher pelvien est un geste courant depuis de nombreuses années déjà. Et en Allemagne, la demande d'une investigation spécifique en la matière devient de plus en plus forte. Dans le présent article, les détails qui y sont liés sont abordés.

Mots-clés: examen, feuille de documentation, vaginal, ano-rectal

Dieses System ist zu zirka 70 % für die Kontinenz verantwortlich.

Der funktionelle Beckenboden wird aus der zweiten Ebene gebildet, die meistens als „Beckenbodenmuskel“ bezeichnet wird. Sie formt das „externe Verschlussystem“ und handhabt die Kontinenz in besonderen Situationen. Dieses System übernimmt zu zirka 30 % die Kontinenzsicherung für Harn und Stuhl.

Das „externe Verschlussystem“ formt am After den M. sphinkter ani ext., der zirkulär den Analkanal umschließt.

Physiologie des Beckenbodens [2, 7, 14]

Die Funktionen des Beckenbodens sind uns allen bekannt und beinhalten:

- Speicher- und Entleerungsfunktion von Blase und Rektum;

- Sexualität und Geburt;
- Unterstützung der Organe im kleinen Becken;
- Unterstützung der Stabilität von Wirbelsäule und Beckenring.

Neurologische Steuerung [1, 10, 16]

Die hoch qualifizierten Funktionen des unteren Harntraktes/Rektums und der Genitalorgane erfordern feinste neurologische Steuerung. Die neurologische Versorgung wird sowohl vom autonomen als auch vegetativen Nervensystem gesteuert. Das sympathische Nervensystem ist für die Speicherfunktion, das parasympathische für die Entleerungsfunktion verantwortlich. Beide Systeme sind untereinander und mit dem zentralen Nervensystem verflochten. Im Rahmen dieses Artikels möchten wir besonders erwähnen

- den vesikourethralen Reflex und
- den anorektalen Reflex.

Beide Reflexe werden durch ein gezieltes Anspannen der tiefen Beckenbodenmuskulatur initiiert und führen zu einer sofortigen Entspannung der Blasen- und Rektumwand. Vor allem bei der Urge (Drang)-Problematik ist das Anbahnen dieser Reflexe ein wesentlicher Bestandteil der Beckenbodentherapie.

Pathologische Störungen [11, 12]

Die Patientenpopulation, die uns in der täglichen Praxis begegnet, zeigt die Vielfalt der Beckenbodenfunktionsstörungen, die eine differenzierte und ausführliche Diagnostik von uns Physiotherapeuten verlangt. Es ist für eine effiziente Therapie von großer Bedeutung, welche Art der Störung vorliegt: Harninkontinenz mit und ohne Muskelschwäche, neurologische Störungen, postpartale/postoperative Störungen, anorektale Störungen und Senkungsbeschwerden (siehe unter Indikationen). Die ärztliche Diagnose auf der Verordnung fasst meist die ganze Problematik in einem „Diagnose-Begriff“ aus dem Heilmittelkatalog zusammen. Wir Bewegungsspezialisten brauchen aber genauere Information, um einen gezielten Behandlungsplan aufzustellen und effizient durchzuführen.

Diagnostik

Die physiotherapeutische Untersuchung wird genauso gestaltet, wie wir sie im Praxisalltag kennen:

Anamnese

Die ausführliche Anamnese beansprucht viel Zeit, ist aber besonders aufschlussreich und weist schon sehr

deutlich auf das spezielle Funktionsproblem des Patienten hin. Ergänzend zur Anamnese gehört zwingend das Führen eines Miktions-/Defäkationsprotokolls, worin die Flüssigkeitsaufnahme der Harn-/Stuhlausscheidung gegenüber gestellt wird. Der Patient führt das Protokoll über 3-5 Tage zu Hause.

Informed consent (Zustimmung nach Information)

Anschließend an die Anamnese wird der Patient über den Ablauf der Diagnostik einschließlich der vaginalen und/oder anorektalen Untersuchung informiert.

Zur Absicherung des Therapeuten ist vorab eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten notwendig. Eine Ablehnung der Untersuchung wird selbstverständlich respektiert.

Allgemeine Inspektion

In der Inspektion beurteilen wir zunächst die allgemeine Haltung und Konstitution des Patienten. Der Zusammenhang zwischen Statik und Beckenboden sollte besonders beachtet werden. Im Anschluss folgt die aktive/passive Bewegungsuntersuchung und evtl. die neurologische Untersuchung.

INSPEKTION RL			
Haut	<i>o.B.</i>	Kontraktion:	
Sensibilität	<i>o.B.</i>	physiolog./paradox	<i>phys.</i>
Geruch	<i>o.B.</i>	isoliert	nein
Sekretion	↑	Damm verkürzt, zieht ein	✓
Labien geschl.	✓	Atem fließt	nein
Länge Damm	2,5 cm	After circular	✓
Narben	(Zeichnung)		
Hämorrhoiden	Mariske		
After geschl.	✓		
Schleimhaut	leicht gereizt		
		Husten:	
		reflektor. Kontraktion	✓
		Labien geschl.	✓
		Introitus geschl.	öffnet leicht
		Vaginalwände stabil	ant. leicht ↓
		Damm stabil	✓
		After geschl.	✓
		kontinent	✓
		Pressen:	
		Damm senkt sich	kaum
		After öffnet sich	leicht

Abb. 1:
Untersuchung, Inspektion

PALPATION RL

Narben	-/-		
Schmerzen	ja		
Sensibilität	druckempfindlich		
Weite Vagina	normal		
Urethrozele	-/-	I°	II°
Zystozele	zentr.(Glatze)/lat.	I°	II° III°
Rektozele	-/-	I°	II°
Prolaps	I° ✓	II°	III°
Tonus	hypoton	normoton	hyperton
Atrophie	-/-	mäßig	stark

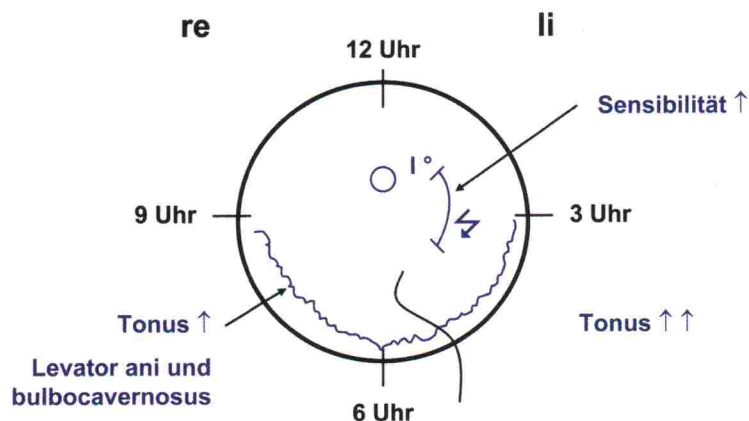


Abb. 2

Vaginale/anorektale Untersuchung

Für die vaginale/anorektale Untersuchung wird ein standardisierter Dokumentationsbogen benutzt (Abb. 1-3). Der Verlauf einer vaginalen Untersuchung wird nachfolgend anhand eines Patientenbeispiels erläutert.

Beispiel

- 41-jährige Patientin mit Dranginkontinenz,
- schmerzhaften Beckenboden,
- Multipara,
- guter Allgemeinzustand,
- auffälliges Miktionsprotokoll (Polyurie und verminderte Speicherkapazität),
- es werden keine Medikamente eingenommen.
- Die Patientin ist von Beruf Hausfrau und Mutter.

- Die allgemeine Bewegungsuntersuchung weist eine generelle Tonuserhöhung auf.

Inspektion

Die Inspektion erfolgt in Rückenlage, die Patientin verfolgt die Untersuchung mit dem Handspiegel. Abbildung 1 zeigt den ersten Teil des Dokumentationsbogens. Eine Narbe vom Dammschnitt bei 5 Uhr ist in Abbildung 2 in der Zeichnung eingetragen. Sonst gibt es in der linken Spalte des Dokumentationsbogens keine Auffälligkeiten.

Es folgen Funktionsuntersuchungen (Abb. 1 mittlere und rechte Spalte):

Die Ausführung der Kontraktion zeigt eine Massenkontraktion. Neben dem Beckenboden werden auch die

Glutaen sowie die Bauchmuskulatur benutzt (Ko-Kontraktionen).
Der Atem fließt nicht weiter.

Die Drucksteigerung durch Husten provoziert nur geringe reflektorische Kontraktion am äußerlich sichtbaren Beckenboden.

Beim Pressen kommt es erst nach erneuter Aufforderung zum leichten Absinken des Perineums. Das Relaxieren fällt der Patientin offenbar schwer.

Palpation

Anschließend an die Inspektion folgt die Palpation in der gleichen Ausgangsstellung. Getastet wird mit dem Zeigefinger.

Narben, Schmerzen, Sensibilität,
Weite und Länge von Vagina/Rektum
werden beurteilt.

Ein Deszensus, den man in der Inspektion möglicherweise schon wahrgenommen hat, wird genauer untersucht (Urethrozele, Zystozele, Rektozele, Prolaps).

Die unterschiedlichen Auffälligkeiten werden im Dokumentationsbogen eingetragen.

In einer ersten Untersuchung der Muskulatur werden Tonus und Trophik geprüft.

Auffällig bei dieser Patientin (Abb. 2):

- Ein schmerzhaftes Areal zwischen 3 und 4 Uhr in etwa 3 cm Höhe,
- zusätzlich ist eine erhöhte Sensibilität festzustellen.
- Der Uterus ist leicht gesenkt tastbar.
- Ganz deutlich fällt ein Hypertonus des M. bulbocavernosus beim Einführen des Fingers auf;
- genauso wie ein Hypertonus des gesamten M. levator ani, besonders links zwischen 3 und 5 Uhr.

Muskelfunktionstest

Der Muskelfunktionstest nach dem Oxford Grading (MFP 0-5) wird auch

Muskelfunktionstest

Power (0 – 5)	4 / 3
Endurance (10 sec)	10 sec
Repetitions (5-10 x)	8 x – <i>Dekontraktion verzögert</i>
Fast (5-10x)	4 x
Elevation	gut mäßig nein
Cough response	✓
Transcribe it all	

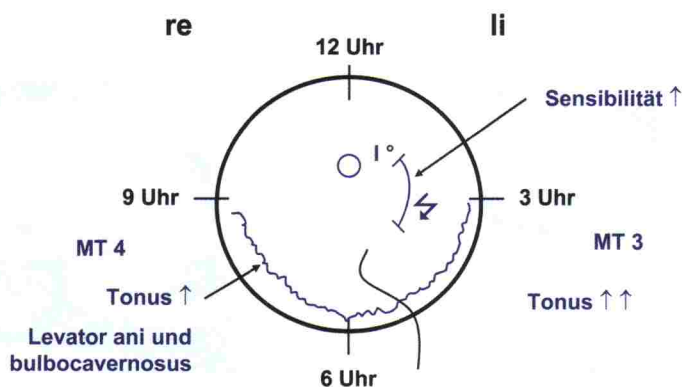


Abb. 3
Untersuchung Palpation II

in der Diagnostik am Beckenboden eingesetzt. Der Test, der von Jo Laycock für den Beckenboden weiter entwickelt worden ist [13, 16], die „PERFECT Methode“, sieht wie folgt aus:

- Power (Kraft)
- Endurance – Ausdauer (slow twitch Fasern) – bis zu 10 sec
- Repetitions (Wiederholungen) – bis zu 10 Mal
- Fast (fast twitch Fasern) – bis zu 10 Mal
- Elevation (Anliften)
- Cough response (Hustenreaktion)
- Transcribe it all

Auffälligkeiten der Patientin sind in Abbildung 3 eingetragen bzw. eingezeichnet:

- Power: Die Muskelkraft ist zwischen 3 und 6 Uhr mit 3 und zwischen 6 und 9 Uhr mit 4 beurteilt.

- Endurance: Die Ausdauer (slow twitch Fasern) ist mit 10 sec ohne Befund.
- Repetitions: Die Wiederholungszahl ist eingeschränkt. Auffällig ist die verzögerte Dekontraktion.
- Fast: Die fast twitch Kontraktionen sind leicht herabgesetzt.
- Elevation: Die Elevation ist bei einer Muskelkraft von 3-4 erwartungsgemäß nur mäßig.
- Cough response: Beim Husten ist die reflektorische Kontraktion des Beckenbodens zu tasten.
- Transcribe it all: siehe unter Dokumentation

Die Untersuchung kann gleichzeitig genutzt werden, um die Wahrnehmung des Beckenbodens zu verbessern, die Koordination und damit die Relaxation anzubahnen.

Untersuchung im Stand

Der Einfluss der Schwerkraft verlangt, dass auch die taktile Untersuchung im Stand durchgeführt wird. Das Patientenbeispiel zeigt hier keine Veränderung des Befundes, der Hypertonus bleibt deutlich, der Prolaps verstärkt sich nicht.

Dokumentation

Die Ergebnisse der Diagnostik werden auf dem Dokumentationsbogen sehr genau schriftlich festgehalten und können am Ende der Behandlungsreihe bei einem Re-Test verglichen werden.

Zusammenfassung dieses Fallbeispiels hinsichtlich der physiotherapeutischen Behandlung:

- Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur steht im Vordergrund,
- Schmerzen, die aus dem Hypertonus resultieren können,
- mangelnde isolierte Muskelkontraktionsfähigkeit,
- leicht herabgesetzte Kraft und Ausdauerleistung der Beckenbodenmuskulatur.

Überlegung

Die Beschwerden der Patientin in diesem Fallbeispiel sind möglicherweise entstanden durch:

- herabgesetzte Beckenbodenwahrnehmung post partum durch Irritation, Überdehnung oder Verletzung des N. pudendus,
- daraus folgen Schmerzen und Schweregefühl am Beckenboden, was die Patientin mit willkürlich erhöhter Beckenbodenspannung beantwortet, da sie sich die Beschwerden mit mangelnder Beckenbodenkraft erklärt,
- Haltungsschwäche führt häufig zu Tonuserhöhung/Muskelhartspannung und dadurch zu Koordinationsstörungen,

- erhöhte Miktionsfrequenz, die die Patientin zur Entspannung/Schmerzlinderung durchgeführt hat.

- ✓ Zusammen mit der Anamnese ist die Palpation am Beckenboden die aussagekräftigste Informationsquelle, um optimal eine physiotherapeutische Diagnostik zu erreichen.
- ✓ Der große Vorteil der manuellen Untersuchung liegt in der Möglichkeit, dem Patienten die korrekte Funktion des Beckenbodens direkt zu vermitteln.

Indikationen

Über Indikationen und Kontraindikationen muss die Untersucherin genau informiert sein. Indikationen aus dem Gebiet der Gynäkologie, Urologie, Proktologie:

Harninkontinenz (Belastungs-I., Drang-I., Misch-I.);
Harnretention;
Stuhlinkontinenz (Wind-I., Verlust von breiigem Stuhl, massiver Stuhlverlust);
Konstipation;
Operationen;
Lageanomalien (Urethrozele, Zystozele, Rektozele, Prolaps);
Schmerzsyndrome.

Kontraindikationen:

Ablehnung durch Patienten; Verdacht auf Missbrauch; Verdacht auf psychische Störungen; Infektionen; Bestrahlung; prae partal; unmittelbar post partal/ post operativ; Menstruation.

Räumliche und hygienische Voraussetzungen

Für diese sehr intime Untersuchung sind besondere räumliche und hygienische Voraussetzungen zu erfüllen:

Der Raum muss vor Eintritt geschützt und gut temperiert sein. Gute Beleuchtung, eine höhenverstellbare Behandlungsbank mit auswechselbarer Unterlage sind notwendig. Es sind latexfreie, unsterile Handschuhe zu tragen und ein Gleitgel ist zu benutzen. Empfehlenswert sind außerdem Papiertücher, Wattestäbchen, Handspiegel, anatomisches Bildmaterial und Desinfektionsmittel.

Die hygienischen Regeln sind strengstens einzuhalten.



ALMUT KÖWING

- 1981 Abschluss der Physiotherapieausbildung in Hamburg, anschließend klinisch tätig mit den Schwerpunkten Neurologie, Neurochirurgie
- seit 1993 freie Mitarbeiterin in Physiotherapiepraxis, seit 2002 Mitglied der AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie und seit 2003 Referentin der AG



LOES DE NIJS-RENKEN

- 1977 Abschluss der Physiotherapieausbildung in Amsterdam, bis 1985 tätig in einem Zentrum für Rheumatologie und Rehabilitation; 1985–1993 Ltd. Physiotherapeutin an der Universitätsklinik Leiden
- seit 1995 Physiotherapiepraxis in Bremen, seit 2003 Mitglied in der AG GGUP



ASTRID LANDMESSER

- 1980 Abschluss der Physiotherapieausbildung in Essen, seit 1990 Bobath-Therapeutin, 1981–1999 tätig an der Rheinischen Schule für Körperbehinderte Mönchengladbach
- seit 1999 freiberuflich tätig mit Praxisschwerpunkt Beckenbodendysfunktion und Kontinenzschulung für Kinder und Erwachsene, Geburtsvorbereitung, Rückbildung
- Seit 2002 Mitglied der AG GGUP und Referentin für vaginale und anorektale Untersuchungstechniken

Fazit

Wir wollten verdeutlichen, dass man für diese Art der Diagnostik eine ausführliche Schulung benötigt. Denn nur wenn genaue Kenntnisse des Beckenbodenbereichs vorliegen und diese einzelnen Strukturen auch differenziert untersucht werden können, ist eine effiziente Behandlung möglich. Dies sind wir unseren Patienten schuldig! Die Schulung in der Palpation kann man sich selbstverständlich in enger Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachärzten erarbeiten, oder man kann sich für eine Fortbildung der Arbeitsgemeinschaft GGUP (Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie) des ZVK anmelden [12]. Diese Fortbildung wird in 1,5 Tagen von zwei erfahrenen Physiotherapeutinnen und einem Urogynäkologen angeboten, sie ist nach einer theore-

tischen Einführung vorwiegend praktisch. In einer geschützten und vertrauensvollen Atmosphäre ist eine eventuelle Hemmschwelle der Teilnehmer schnell überwunden. Der Austausch über Untersuchungsergebnisse innerhalb der Fortbildung ist eine besondere Bereicherung und sorgt für größere Sicherheit bei den ersten Untersuchungen von Patienten.

Literatur

1. Blok, B.F.M.: The Organization of the Central Control of Micturition in Cats and Humans, Thesis, ISBN 90-367-0925-3, Joh. Enschede en Zonen, Amsterdam, 1998
2. Carriere, B.: Beckenboden, ISBN 3-13-130001-9, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2003
3. Dorey, G.: Conservative treatment of male urinary incontinence and erectile dysfunction, ISBN 1 86156 302 7, Ed. G. Dorey Whurr Publishers Ltd., London, 2001
4. Dorschner, W., Stolzenburg, J.-U., Neuhaus, J.: Anatomische Grundlagen der Harninkontinenz, Der Urologe (A) 3-2001, 40: 223-233, Springer-Verlag, 2001

5. Fischer, A.: Praktische Urogynäkologie – spannungsfrei, Müller Fotosatz & Druck, Selbstitz, 2003
6. Gooszen, H.G. e.a.: Disordered Defaecation, ISBN 0-89838-891-0, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1987
7. Hüter-Becker, A., Dölken, M. (Hrsg.): Henschler U., Physiotherapie in der Gynäkologie, ISBN 3131294612, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2004
8. Jocham, D., Miller, K.: Praxis der Urologie I, ISBN 3-13-126002-5, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2003
9. Jocham, D., Miller, K.: Praxis der Urologie II, ISBN 3-13-111902-0, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2003
10. Jost, W.: Neurologie des Beckenbodens – Neurourologie, ISBN 3-89599-768-4, Uni-Med Verlag, Bremen, 2004
11. Kruyt, R.H., Delemarre, J.B.V.M.: Aspects of Anorectal Physiology and Anorectal Pathophysiology, Thesis, ISBN 90-9005906-7, Karskens Drukkerij bv, Leiden, The Netherlands, 1993
12. Köwing, A., Landmesser, A., De Nijs-Renken L.: Vaginale und anorektale Untersuchungstechnik in der Physiotherapie, Skript Lehrgang Mainz, 2004
13. Laycock, J., Haslam, J. (Eds): Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain, ISBN 1-85233-224-7, Springer-Verlag, London, 2002
14. Netter, F.H.: Atlas der Anatomie des Menschen, ISBN 3-13-109021-9, Novartis AG, Basel, 1994, 1995
15. Niederstedt, C., Fischer, G.: Harninkontinenz, PZN 761888 4, Word & Bild Verlag, Konradshöhe GmbH & Co, Baierbrunn, 1996
16. Pool-Goudzwaard, A.: Biomechanics of the Sacroiliac Joints and the Pelvic Floor, Thesis, ISBN 90-9017319-6, Optima Grafische Communicatie, Rotterdam, 2003
17. Schüssler, B. e.a.: Pelvic Floor Re-education, ISBN 3540761454, Springer-Verlag, London, 1994
18. Van Kampen, M.: Male Incontinence and Impotence, Thesis, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium, 1998
19. Versprille-Fischer, E.S.: Inkontinenz und Beckenbodendysfunktion, ISBN 3-86126-621-0, Ullstein, 1997

Korrespondenzadressen:

Almut Köwing
Tannenbogen 12, 21244 Buchholz
Mail: almut@koewings.de

Louise de Nijs-Renken
Adolf-Reichwein-Straße 2, 28239 Bremen
Mail: info@de-nijs-renken.de
Internet: www.de-nijs-renken.de

Astrid Landmesser
Krefelder Straße 5, 41812 Erkelenz
Mail: astrid.landmesser@t-online.de
Internet: www.kg-neuland.de