

Auswirkungen des Alterns auf die anorektale Funktion und die Beckenbodenfunktion bei Frauen

Fox J, Fletcher J, Zinsmeister A et al. Effect of Aging on Anorectal and Pelvic Floor Functions in Females. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1726–35.

Fragestellung und Hintergrund: Stuhlinkontinenz bei Frauen wird oft einem Geburtstrauma zugeschrieben. Allerdings beginnen die Beschwerden manchmal erst Jahrzehnte nach der Entbindung, was darauf hindeutet, dass die anorektal sensorischen und motorischen Funktionen mit dem Alter abnehmen.

Patienten und Methodik: Bei 61 asymptomatischen Frauen (Alter 44 ± 2 Jahre, mittlere \pm Standardabweichung vom Mittel) ohne Risikofaktoren für ein anorektales Trauma wurden der anale Sphinkterdruck, die rektale Compliance und die Sensorik mittels Manometrie bzw. Staircase-Balldistention sowie einer visuellen Analogskala während phasischer Ausdehnung untersucht. Auch die Morphologie des analen Sphinkters sowie die Beckenbodenbewegungen wurden durch statische bzw. dynamische Magnetresonanztomographie bei 38 von 61 Frauen untersucht.

Ergebnisse: Das Altern war mit niedrigerem analem Ruhe- ($r = -0,44$, $p < 0,001$) und Kneif-

druck ($r = -0,32$, $p = 0,01$) assoziiert, mit reduzierter rektaler Compliance (z.B. r für Druck bei halbmaximalem Volumen vs. Alter = $0,4$, $p = 0,001$) sowie niedrigeren ($p \leq 0,002$) Werten auf der visuellen Analogskala während der phasischen Ausdehnung bei 16 ($r = -0,5$) und 24 mmHg ($r = -0,4$). Die Magnetresonanztomographie ergab bei 29 Frauen normale anale Sphinkteren sowie bei neun Frauen signifikante Sphinkterverletzungen unabhängig vom Alter. Die Lokalisation des anorektalen Übergangs bei Ruhe ($r = 0,52$, $p < 0,001$), Kneifen ($r = 0,62$, $p < 0,001$) und Valsalva-Manöver ($r = 0,35$, $p = 0,03$) waren mit dem Alter assoziiert, nicht jedoch die anorektale Bewegung (z.B. von Ruhe hin zum Kneifen).

Schlussfolgerung: Bei asymptomatischen Frauen ist das Älterwerden mit einem reduzierten analen Ruhe- und Kneifdruck assoziiert, mit reduzierter rektaler Compliance, reduzierter rektaler Perzeption und perinealer Erschlaffung. Zusammengefasst können diese Veränderungen ältere Frauen für eine Stuhlinkontinenz prädisponieren.

Kommentar

Die Publikation kommt aus der Mayo Clinic, Mayo-Qualität (trotz drei Stipendien) steckt jedoch nicht darin. Es ist unverständlich, wie diese Publikation das Peer-Reviewing der Zeitschrift DCR passieren konnte, obwohl die Ablehnungsrate 2006 angehoben wurde. Es sollte der

Einfluss des Alters auf die anorektale Funktion und Beckenbodenfunktion bei Frauen gezeigt werden. Es wurden „gesunde“ Frauen per Anzeige gesucht. Der BMI betrug $28,8 \text{ kg/m}^2$. Ob sich nicht Frauen mit subklinischen Beckenbodenproblemen für diese Gratis-Untersuchung (u.a. MRT) anmeldeten, müsste diskutiert werden. Ausschlusskriterien

waren Abdominaloperationen (mit Ausnahme von Hysterektomie), ≥ 4 vaginale Entbindungen (!), anorektale Traumata nach Partus (Dammriss $3/4^\circ$), wenn dies in der obstetrischen Akte vermerkt war. Die Autoren konnten nachweisen, dass der Ruhe- und Kneifdruck bei älteren Frauen niedriger ist. Der Ruhedruck war auch niedriger bei Frauen nach Hysterektomie; dieser Unterschied verschwand, wenn nach Alter korrigiert wurde. Der Einfluss der Parität bzw. der vaginalen Entbindung wird nicht erwähnt. Auch bei den Ergebnissen bezüglich rektaler Entleerung oder MRT wird nicht nach Parität/Entbindung differenziert!

Die Studie hat wenig Aussagekraft:

1. Es ist nachgewiesen, dass es gerade bei der ersten vaginalen Entbindung durchaus zu Sphinkterschäden kommen kann, die klinisch vom Gynäkologen nicht festgestellt werden [1].
2. 24% der jüngeren, 50% der älteren Frauen hatten zwei oder mehr Entbindungen!
3. 0% der jüngeren, 31% der älteren Frauen waren hysterektomiert.

Ein gutes Studiendesign wäre gewesen, wenn nur Nulliparae eingeschlossen wären. Der Einfluss von Schwangerschaft/Partus auf die Beckenbodenfunktion wäre ausgeschlossen [2–11]. Die Hysterektomie führt zumindest schon mal statisch zu einer Beckenbodenveränderung. Eine Veränderung der Beckenbodenfunktion durch die Hysterektomie (Inkontinenz/Obstipation) wird noch immer diskutiert [6, 12–16]. Somit hätte man diesen Faktor ebenfalls ausschließen sollen. Man kann sich nur dem letzten Satz der Autoren anschließen: es sind weitere Studien notwendig, um den natürlichen, altersbedingten Verlauf der Beckenbodenfunktion zu verstehen. Diese Studie hat nichts dazu beigetragen, da das Studiendesign nicht sauber war.

Literatur

1. Varma A, Gunn J, Gardiner A, Lindow SW, Duthie GS. Obstetric anal sphincter injury: prospective evaluation of incidence. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1537–43.
2. Dietz HP, Clarke B. Prevalence of rectocele in young nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:391–4.
3. Dietz HP, Korda A. Which bowel symptoms are most strongly associated with a true rectocele? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:505–8.
4. Huang WC, Yang SH, Yang JM. Three-dimensional transperineal sonographic characteristics of the anal sphincter complex in nulliparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:210–20.
5. Hübner M, Margulies RU, Fenner DE, Ashton-Miller JA, Bitar KN, Delancey JOL. Age effects on internal anal sphincter thickness and diameter in nulliparous females. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1405–11.
6. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007;369:1027–38.
7. Karasick S, Spettell CM. The role of parity and hysterectomy on the development of pelvic floor abnormalities revealed by defecography. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169:1555–8.
8. Law PA, Danin JC, Lamb GM, Regan L, Darzi A, Gedroyc WM. Dynamic imaging of the pelvic floor using an open-configuration magnetic resonance scanner. *J Magn Reson Imaging* 2001;13:923–9.
9. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006;107:1253–60.
10. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460–70.
11. Trowbridge ER, Wei JT, Fenner DE, Ashton-Miller JA, Delancey JO. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2007;109:715–20.
12. Altman D, Zetterstrom J, Lopez A, Pollack J, Nordenstam J, Mellgren A. Effect of hysterectomy on bowel function. *Dis Colon Rectum* 2004;47:502–8.
13. Forsgren C, Zetterstrom J, Lopez A, Nordenstam J, Anzen B, Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three-year, prospective cohort study. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1139–45.
14. Klingele CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, Gebhart JB, Riederer SG, Zinsmeister AR. Pelvic organ prolapse in defecatory disorders. *Obstet Gynecol* 2005;106:315–20.

15. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart HC, Fousert DM, Heintz AP. Does mode of hysterectomy influence micturition and defecation? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:945-51.
16. van Dam JH, Gosselink MJ, Drogendijk AC, Hop WC, Schouten WR. Changes in bowel

function after hysterectomy. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1342-7.

Dr. Johannes Jongen, Kiel