

Eine der häufigsten Erkrankungen

Diagnostik und Therapie der Urininkontinenz der Frau

Harninkontinenz kann zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen. Belastungsinkontinenz und hyperaktive Blase, die häufigsten Formen, können einfach diagnostiziert werden und verlangen unterschiedliche Therapien.



Prof. Dr. med. Gabriel Schär
Aarau

Die Harninkontinenz der Frau gehört zu einer der häufigsten Erkrankungen. In der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren liegt die Prävalenz bei 15% und steigt an bis zu 60% im geriatrischen Krankengut [1,2]. Die Harninkontinenz zeichnet sich vor allem durch hohen Leidensdruck aus und führt nicht selten zur psychosozialen Dekompensation. In 60% der Fälle liegt eine Belastungsinkontinenz, in etwa 10% eine hyperaktive Blase vor. In etwa 20% finden wir Mischformen von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase (Tab. 1). Tabelle 1 listet auch die selteneren Formen auf welche meist schon primär an urogynäkologischen Zentren behandelt werden.

Belastungsinkontinenz

Die typischen Symptome der Belastungsinkontinenz sind Urinverlust beim Husten, Niesen, Lachen, Heben von schweren Lasten, beim Turnen und anderen Sportarten, aber auch beim Treppensteigen und beim Laufen.

Pathophysiologisch liegt dem Problem ein zu tiefer Harnröhrenverschluss zu Grunde, welcher beim Anstieg des intravesikalen Drucks der bei körperlicher Belastung entsteht nicht genügt um die Urethra zu verschliessen.

Hyperaktive Blase (Dranginkontinenz)

Der typische Symptomkomplex der hyperaktiven Blase besteht aus Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro Tag) Nykturie (mehr als eine Miktion pro Nacht) und imperativem Harndrang.

Pathophysiologisch besteht ein gestörtes Gleichgewicht zwischen der Füllungssensorik der Blase und der zerebralen Hemmung. Dies kann zu häufigem, frühem Harndrang aber auch zu autonomen Detrusorkontraktionen führen. Patientinnen mit einer hyperaktiven Blase sind meist mehr durch ihre Symptome gestört als jene mit einer Belastungsinkontinenz. Hauptsächlich stören dabei die gestörte Nachtruhe und das Gefühl der Unsicherheit ausser Hause.

Basisdiagnostik

Hauptbestandteile der Basisdiagnostik sind Anamnese, klinische Untersuchung und Urindiagnostik (Tab. 2). Mit der Anamnese werden die typischen Symptome erfragt und damit schon eine Arbeitsdiagnose gestellt. Die Symptome der hyperaktiven Blase werden zusätzlich durch von der Patientin ausgefüllte Miktionskalender (Häufigkeit der Miktionen und Miktionsvolumina) erkannt.

Die Belastungsinkontinenz diagnostizieren wir anhand der Symptombefragung und dem Hustentest bei gut gefüllter Harnblase. Dieser kann liegend, aber auch stehend durchgeführt werden. Ist unter kräftigem Husten Urinabgang sichtbar, gilt dies als diagnostisch zuverlässig für eine Belastungsinkontinenz.

Wichtige Begleitfaktoren müssen untersucht werden. Ein Urininfekt kann zu Symptomen der hyperaktiven Blase führen. Dies trifft auch für die Atrophie der Vaginalschleimhaut zu. Die Zystozele kann durch permanente Reizung der Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand ebenso Symptome der hyperaktiven Blase auslösen. Neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder senile Demenz wie die Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten können eine hyperaktive Blase verursachen.

Der Leidensdruck beeinflusst die Therapieakzeptanz der Patientin. Anamnese und Lebensqualitätsfragebogen helfen die Auswirkung der Beschwerden auf die Lebensqualität zu beurteilen.

Auf der Website der Frauenklinik Aarau (www.frauenklinik.ksa.ch) oder der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie (www.urogyn.ch) können Miktionskalender, Anamneseblätter und Lebensqualitätsfragebögen heruntergeladen werden.

Deutet die Anamnese auf eine Blasenentleerungsstörung hin, so ist eine sonographische Restharnmessung zu empfehlen. Bei Kom-

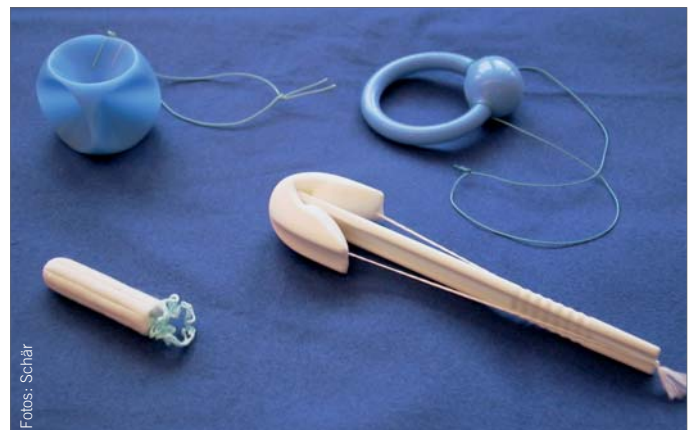


Abb. 1: Verschiedene Pessare mit Arabinpessar rechts oben, Würfelpessar links oben, Tampon und Inkontinenzpessar (rechts unten). Das Würfelpessar wird vor allem zur Descensusbehandlung eingesetzt.

binationen von Inkontinenz mit Restharnbildung besteht meist eine komplexe Störung, welche von urogynäkologisch spezialisierten Zentren betreut werden sollte.

Therapie

Unbesehen der Harninkontinenzdiagnose gibt es für alle betroffenen Frauen Basisempfehlungen:

- ▶ Trinkgewohnheiten: Trinken von mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag. Tee- und Kaffeekonsum aber auch Alkohol und Nikotin sollten so gut wie möglich eingeschränkt werden.
- ▶ Medikamente: Einige Medikamente können eine Harninkontinenz verschlimmern. Es gilt somit die Nebenwirkungsliste eingenommener Medikamente zu überprüfen.
- ▶ Hilfsmittel: Inkontinenzvorlagen werden bei sehr störender Harninkontinenz durch die Krankenkassen bezahlt. Sie sind nicht nur in Apotheken sondern auch in Warenhäusern erhältlich. Besonders bei älteren, weniger mobilen Frauen mit hyperaktiver Blase muss die Toilette nahe sein, alternativ ist zu empfehlen einen Nachtstuhl neben das Bett zu stellen.
- ▶ Atrophiebehandlung: Eine vaginale Östrogenbehandlung (Crème oder Ovula) kann vaginale Atrophiebeschwerden wie Jucken, Brennen, Dysurie lindern.

Behandlung der Belastungsinkontinenz

Physiotherapie mit Elektrostimulation und Biofeedback ist die Grundlage der Therapie [2]. Das Ziel dieser Behandlung ist die Stärkung der Beckenbodenmuskulatur. Zuerst geht es darum die Aktivierung dieser Muskelgruppe wieder zu erlernen, dann die Kraft wieder aufzubauen und schliesslich eine reflektorische Muskelkontraktion bei intraabdominaler Druckerhöhung wie z.B. Husten oder Niesen zu ermöglichen.

Mit der Vaginalsonde kann ein EMG erfasst werden, welches für das Biofeedback auf dem Bildschirm dargestellt werden kann. Mit der Elektrostimulation kann einerseits die Perzeption der Patientin gefördert, andererseits aber auch die Muskelkraft erhöht werden. Für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist es wichtig, dass die Patientin selbständig täglich den Beckenboden beübt und diese Beckenbodengymnastik auch nach der Physiotherapiebehandlung weiterführt.

Pessar-Therapie

Ein vaginal eingelegtes Pessar kann eine Druckübertragung auf die Urethra bewirken und damit den Urethraverschluss so verbessern, dass die Belastungsinkontinenz behoben ist. Es sind verschiedene Vaginalpessare erhältlich (Urethralpessare, Tampons, Contrellepessare etc. Abb.1). Die Pessartherapie ist vor allem bei Frauen beliebt, welche beim Sport Urin verlieren.

Operative Therapien

Beim Versagen der konservativen Behandlung der Belastungsinkontinenz kann als nächster Schritt eine Operation durchgeführt werden [4,5]. Als Goldstandard gilt heute die vaginale Schlingenoperation, bei welcher ein Polypropylenband eingelegt wird, und die den Urethraverschlussdruck z.B. beim Sport oder beim Husten erhöht. Es gibt heute eine Vielzahl von Schlingenprodukten. Dabei unterscheiden sich vor allem die Einlagetechniken (retrosymphysär oder transobturatorisch; Abb. 2) während die Resultate für alle Techniken in etwa gleich sind. Gegenüber den bisherigen Kolposuspensionsverfahren zeichnen sich die Schlingenoperationen durch einen geringeren intra- und postoperativen Zeitaufwand, aber auch durch eine geringere Morbidität aus, während die Erfolgsraten mindestens gleich gut sind.

TAB. 1 Formen der Harninkontinenz	
▶	Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)
▶	Hyperaktive Blase (früher Urgeinkontinenz, Reizblase etc.)
▶	Gemischte Form (Belastungsinkontinenz und hyperaktive Blase)
▶	Reflexinkontinenz
▶	Überlaufinkontinenz
▶	Extrarethrale Inkontinenz (Fisteln, Fehlbildungen)

TAB. 2 Diagnose der Harninkontinenzform mittels Anamnese, Miktionskalender und klinischer Untersuchung		
Aus der Anamnese	Belastungsinkontinenz	hyperaktive Blase
Urinverlust bei körperlicher Aktivität (Sport, Husten, Niesen, Lasten heben etc.)	Ja	Nein
Pollakisurie (> 7x)	Nein	Ja
Nächtliche Toilettengänge mehr als 1x	Nein	Ja
Urinverlust bei voller Blase und plötzlichem Harndrang	Nein	Ja
Miktionskalender		
Blasenkapazität kleiner als 300ml	Meist grösser	Ja
Pollakisurie >7x, Nykturie >1x	Nein	Ja
Klinische Untersuchung		
Hustentest bei voller Blase	Urinverlust	Kein Urinverlust

sionsverfahren zeichnen sich die Schlingenoperationen durch einen geringeren intra- und postoperativen Zeitaufwand, aber auch durch eine geringere Morbidität aus, während die Erfolgsraten mindestens gleich gut sind.

Behandlung der hyperaktiven Blase

Verhaltensänderungen mit Trink- und Blasentraining sind die Grundlage der Behandlung [6, 7]. Dabei geht es darum durch willkürliche Beeinflussung von Trinken und Blasenentleerung wieder die zerebrale Kontrolle über den Miktionsreflex zurückzuerhalten. Zuerst werden die Miktionskalender der Patientin besprochen und Ziele festgelegt. Es geht dabei darum die einzelnen Miktionsvolumina und die Miktionsintervalle zu erhöhen. Die Ziele der Behandlung sollen folgende sein: Trinkvolumen von 1,5 bis 2 Liter, Nykturie nicht mehr als 1x, Inkontinenzereignisse verhindern. Während dieser Umkonditionierung sollen die Patientinnen einmal pro Woche Miktionskalender führen um den Behandlungserfolg selbst monitorisieren zu können. Die Miktionskalender werden bei der ärztlichen Kontrolle mit der Patientin besprochen. Zur Unterstützung des Verhaltenstrainings wird eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Es gibt heute eine Vielzahl von anticholinerg wirksamen Medikamenten (Tab. 3). Vor allem bei älteren Menschen ist die Anticholinergikabehandlung sorgfältig zu indizieren und es ist auf die Kon-

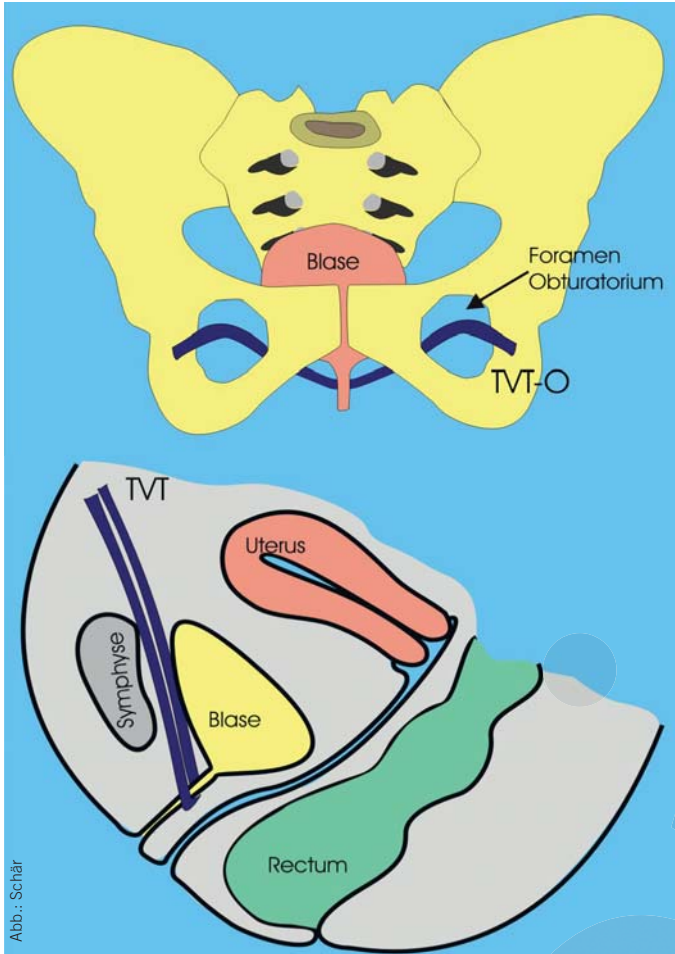


Abb. 2: Schematische Darstellung des Schlingenprinzips. Oben trans-obturatorische, unten retrosymphysäre Schlinge.

TAB. 3 Aktuelle Liste der heute erhältlichen Anticholinergika		
Name	Wirkstoff	Dosierung
Detrusitol® SR 4mg	Tolterodin	1x4 mg abends
Lyrinel Oros®	Oxybutinin	1x5 mg / 1x10 mg / 1x15 mg
Kentera® Hautpflaster	Oxybutinin	2x/Woche
Ditropan®	Oxybutinin	3x5 mg
Spasmo Urgenin Neo®	Trospiumchlorid	2x20 mg
Emselex®	Darifenacin	1x7.5mg oder 1x15 mg
Vesicare®	Solifenacin	1x5mg oder 1x10 mg
Toviaz®	Fesoterodin	1x4mg oder 1x8 mg

traindikationen zu achten (Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwere Obstipation und Refluxösophagitis). Zu vermerken ist auch, dass wir in letzter Zeit neue Erkenntnisse über die kognitiven Nebenwirkungen dieser anticholinergen Medikamente gewonnen haben. Vor allem bei älteren Menschen ist darauf zu achten.

Zweitlinienbehandlung der hyperaktiven Blase

Bei Versagen der primären Behandlung der hyperaktiven Blase kann Elektrostimulation und Biofeedback helfen, da diese eine Hemmung der Detrusormuskulatur bewirken kann.

Eine neuere Behandlungsform ist die Botulinumtoxininjektion in den Detrusormuskel. Zystoskopisch werden 100 IE mittels 20 Injektionen mit Aussparung des Trigonums in die Blasenwand injiziert. Botulinumtoxin besticht durch eine hohe Wirksamkeit, hat aber leider eine oft nur vorübergehende Wirkung (ca. 6–8 Monate) und kann dann wiederholt werden.

Die Elektroneuromodulation des Sakralnervs S3 gilt ebenfalls als 2nd line Behandlung und wird von den Kassen rückerstattet.

Behandlung der Mischinkontinenz

Bei Frauen, die Kombinationssymptome von hyperaktiver Blase und Belastungsinkontinenz aufweisen, gilt es herauszufinden, welches Symptom am meisten stört und dieses dann als erstes in Angriff zu nehmen. Meistens ist es so, dass die Symptome der hyperaktiven Blase stärker stören und somit zuerst behandelt werden.

Schlussbemerkung

Das Symptom Harninkontinenz kann zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Meistens liegt bei der harninkontinenten Frau entweder eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor. Die Basisdiagnostik kann einfach und schnell durchgeführt werden. Sie löst den richtigen Therapieentscheid aus. Die Belastungsinkontinenz wird durch Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Therapie oder eine Schlingenoperation behandelt, während die hyperaktive Blase durch Verhaltenstraining und Medikamente angegangen wird. Beim Versagen der Basisbehandlung, vor einer operativen Therapie und vor allem bei komplexen Beschwerdebildern der Harninkontinenz ist die Konsultation bei urogynäkologisch erfahrenen Ärzten oder Zentren zu empfehlen.

Prof. Dr. med. Gabriel Schär

Chefarzt Frauenklinik und Leiter Beckenbodenzentrum
Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau
gabriel.schaer@ksa.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Die Harninkontinenz ist eine der häufigsten Erkrankungen, die mit einem hohen Leidensdruck einhergeht
- ◆ Meistens liegt eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor
- ◆ Die Basisdiagnostik kann einfach und schnell durchgeführt werden
- ◆ Die Belastungsinkontinenz kann durch Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Therapie oder Schlingenoperation behandelt werden
- ◆ Die Hyperaktive Blase wird durch Verhaltenstraining und Medikamente behandelt

Literatur

1. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-30.
2. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics and gynecology* 2008;111(2 Pt 1): 324-31.
3. Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15(2):76-84.
4. LATTHE PM, FOON R, TOOZS-HOBSON P: Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG*. 2007;114:522-31.
5. NILSSON CG, KUUVVA N, FALCONER C, REZAPOUR M, ULMSTEN U: Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12:S5-8.
6. Burgio KL. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36(3):475-91.
7. Witte LP, Mulder WM, de la Rosette JJ, Michel MC. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder treatment: does one fit all? *Curr Opin Urol* 2009;19(1):13-9.