



G. Schär, Aarau

Harninkontinenz der Frau

Meistens liegt bei der harninkontinenten Frau entweder eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor. Das Symptom Harninkontinenz kann zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Die Basisdiagnostik hilft die Diagnose zu stellen und darauf basierend die Behandlung einzuleiten. Die Belastungsinkontinenz wird durch Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Therapie oder eine Operation behandelt, während die hyperaktive Blase durch Verhaltenstraining und Medikamente angegangen wird.

Formen der Harninkontinenz

Die Harninkontinenz der Frau gehört zu einer der häufigsten Erkrankungen. In der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren liegt die Inzidenz bei 15% und steigt bis zu 60% im geriatrischen Krankengut an. 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.

Formen der Harninkontinenz

- Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)
- Hyperaktive Blase (früher Urgeinkontinenz, Reizblase etc.)
- Gemischte Form (Belastungsinkontinenz und hyperaktive Blase)
- Reflexinkontinenz
- Überlaufinkontinenz
- Extraurethrale Inkontinenz (Fisteln, Fehlbildungen)

Tab. 1

In etwa 20% finden wir Mischformen von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase (Tab. 1). Die 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 den intravesikalen Druck nicht antizipieren kann.

Diagnostik

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	Nein	Ja
Pollakisurie >7x, Nykturie >1x	Nein	Ja
Klinische Untersuchung		
Hustentest bei voller Blase	Urinverlust	Kein Urinverlust

Tab. 2: Diagnose von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase

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 Belastungsincontinenz. 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 Belastungsincontinenz diagnostizieren wir anhand der Symptombefragung und dem Hustentest bei gut gefüllter Harnblase. Dieser kann liegend, aber auch stehend durchgeführt werden und liefert durch den visuell erfassten Urinabgang beim kräftigen Husten eine eindeutige Diagnose der Belastungsincontinenz. Für die Behandlung wichtige Begleitfaktoren müssen untersucht werden. Ein Urininfekt kann zu Symptomen der hyperaktiven Blase führen. Dasselbe gilt für die Atrophie, aber auch für eine relevante Zystozele. Neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder senile Demenz sowie die Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten können eine hyperaktive Blase auslösen.

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 ([\[gyn.ch\]\(http://gyn.ch\)\) können Miktionskalender, Anamneseblätter und Lebensqualitätsfragebögen heruntergeladen werden. Deutet die Anamnese auf eine Blasenentleerungsstörung hin, so ist eine sonographische Restharnmessung zu empfehlen. Bei Kombinationen von Inkontinenz mit Restharnbildung besteht meist eine komplexe Störung, welche von urogynäkologisch spezialisierten Zentren betreut werden sollte.](http://www.uro-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Generelle Therapie der Harninkontinenz

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 Belastungsincontinenz

Physiotherapie mit Elektrostimulation und Biofeedback ist die Grundlage der Therapie. 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 Mus-

kelkontraktion 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 initial die Muskelkraft erhöht werden. Für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist es wichtig, dass die Patientin selbstständig 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 Belastungsincontinenz behoben ist. Es sind verschiedene Vaginalpessare erhältlich – z. B. Urethralpessare, Tampons, Contrelle-Pessare etc. (Abb. 1). Die Pessartherapie ist vor allem bei Frauen beliebt, welche beim Sport Urin verlieren.



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

Operative Therapien

Beim Versagen der konservativen Behandlung der Belastungsincontinenz kann als nächster Schritt eine Operation durchgeführt werden. Als Goldstandard gilt heute die vaginale Schlingenoperation, bei welcher ein Polypropylenband eingelegt wird und den Urethraverschlussdruck z.B. beim Sport oder beim Husten erhöht. Es gibt heute eine Vielzahl von Schlingenprodukten. Dabei unterscheiden sich vor allem die Einlage-techniken (retrosymphysär oder transobturatorisch; Abb. 2), während die Resul-

tate 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.

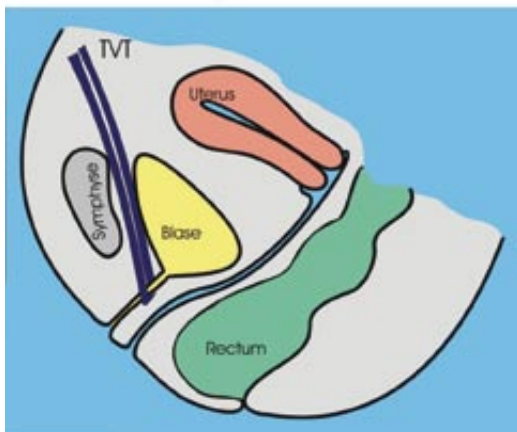
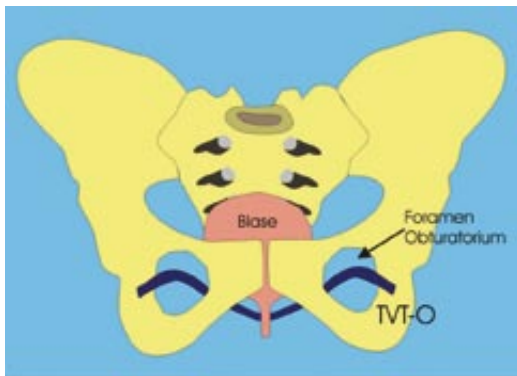


Abb. 2: Schematische Darstellung des Schlingenprinzips. Oben transobturatorische, unten retrosymphysäre Schlinge

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 Kontraindikationen 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 können Elek-

trostimulation und Biofeedback helfen, da diese eine Hemmung der Detrusormuskulatur bewirken können.

Eine neuere Behandlungsform ist die Botulinumtoxininjektion in den Detrusormuskel. Zystoskopisch werden 100IE 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 Second-Line-Behandlung und wird in der Schweiz von den Kassen zurückerstattet

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

Leider tabuisieren Frauen mit Harninkontinenz ihre Beschwerden nach wie vor. Diagnosestellung und Einleitung einer Basistherapie sind in der Praxis erfolgreich durchführbar und sollten keiner Frau vorenthalten werden. Die kurze Nachfrage „und wie geht es mit der Blase“ kann der betroffenen Frau die Türen für eine nachhaltige Behandlung öffnen. 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.

Literatur beim Verfasser

Behandlung der hyperaktiven Blase

Verhaltensänderungen mit Trink- und Blasentraining sind die Grundlage der Behandlung. Dabei geht es darum, durch willkürliche Beeinflussung von Trinken

Vor allem bei älteren Menschen ist darauf zu achten.

Zweitlinienbehandlung der hyperaktiven Blase

Bei Versagen der primären Behandlung der hyperaktiven Blase können Elek-

Anticholinergika

Name	Wirkstoff	Dosierung
Detrusitol® SR 4mg	Tolterodin	1 x 4mg abends
Lyrinel Oros®	Oxybutinin	1 x 5mg/1 x 10mg/1 x 15mg
Kentera® Hautpflaster	Oxybutinin	2 x/Woche
Ditropan®	Oxybutinin	3 x 5mg
Spasmo Urgenin Neo®	Trospiumchlorid	2 x 20mg
Emselex®	Darifenacin	1 x 7,5mg oder 1 x 15mg
Vesicare®	Solifenacin	1 x 5mg oder 1 x 10mg

Tab. 3: Aktuelle Liste der heute erhältlichen Anticholinergika

Autor: Prof. Dr. med. Gabriel Schär
 Chefarzt Frauenklinik Kantonsspital Aarau
 5001 Aarau
 Tel.: +41/62/838 50 72, Fax: +41/62/838 50 91
 E-Mail: gabriel.schaer@ksa.ch
 www.frauenklinik.ksa.ch
 fch080100