

Update 2015

Harninkontinenz in der Praxis

Etwa jede dritte Frau ist von Harninkontinenz betroffen. Blasenschwäche und Inkontinenz gehören nicht zu den Themen, über die Betroffene gerne sprechen. In der Schweiz ist es das Tabuthema Nummer 2, nach sexuellen Problemen! Doch auch bei der Ärztin oder beim Arzt wird die Blasenproblematik häufig über Jahre verschwiegen, in der falschen Annahme, es gäbe keine Therapiemöglichkeiten oder dies sei eine Alterserscheinung, mit der man sich abfinden muss. Einige aktuelle amerikanische Studien der letzten Jahre konnten nachweisen, dass mit einfachen Mitteln (z.B.: Blasen-/Beckenboden-Training) die Blasenfunktion anhaltend verbessert werden kann. Es lohnt sich, rechtzeitig aktiv zu werden!

Die richtige Trinkmenge?

Bereits bei der für die Praxis so wichtigen Frage der ausreichenden Trinkmenge gibt es viele Unsicherheiten. Viele Frauen trinken deutlich mehr, als sie benötigen, in der Hoffnung, dies helfe beim Abnehmen oder mache die Haut jünger. Alles, was getrunken wird, muss aber wieder ausgeschieden werden. Der Flüssigkeitsbedarf beträgt bei normaler Tätigkeit ca. 30–35 ml Flüssigkeit pro Kilogramm Körpergewicht. Eine 70 kg schwere Person benötigt eine Gesamt-Flüssigkeitszufuhr (also Getränke plus Nahrung!) von rund 2000–2500 ml (vgl. www.sge-ssn.ch). Wer sich aber an die gängigen Ernährungsempfehlungen hält, „isst“ bereits mehr als 1000 ml Wasser! 1000 bis 1500 ml ist deshalb eine hinreichende Trinkmenge! Bei Sport und warmen Temperaturen sollte man mehr trinken. Vor allem Alkohol kann Inkontinenz und Reizblasenbeschwerden verstärken, ebenso Kaffee und Tee. Alles zählt aber als Flüssigkeit. Das Führen eines Blasentagebuchs, in welchem die gemessenen Trinkmengen und Urinportionen festgehalten werden, ist sehr hilfreich und informativ. Es ist anzunehmen, dass dieses Hilfsmittel in der Allgemeinpraxis zu wenig benutzt wird. 7 Miktionen pro 24 Stunden

den gelten als normal. Das normale Fassungsvermögen der Blase beträgt 3–5 dl. Wird diese Kapazität nicht trainiert, so kann die Blase kleiner werden. Der Harndrang erfolgt dann immer früher oder kann so plötzlich auftreten oder so stark sein, dass sich die Blase spontan zusammenzieht und unaufhaltsam Urin entleert.

Belastungsinkontinenz

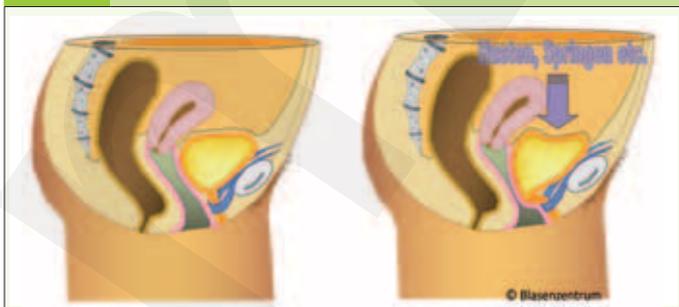
Bei der «Belastungsinkontinenz» kommt es durch körperliche Aktivitäten wie Husten, Niesen, Laufen oder Springen zum Urinabgang. Die Beckenbodenmuskulatur und das Beckenbindegewebe spielen eine wichtige Rolle zur Sicherung der Kontinenz. Bei schwachem Beckenboden lohnt sich ein gezieltes Beckenbodentraining mit speziell ausgebildeten Fachpersonen in Physiotherapie oder Beckenbodentraining (z.B.: www.pelvisuisse.ch). Zu den konservativen Massnahmen gehören auch verschiedene spezielle Kontinenztampons und sogenannte Pessare, welche angepasst werden und so z.B. bei Sport die Kontinenz verbessern helfen. Kann eine Belastungsinkontinenz mit konservativen Therapiemassnahmen nicht zufriedenstellend behandelt werden, so kann eine Inkontinenzoperation („Bändchenoperation“) weiterhelfen. Mit der durch Ulmsten und Petros ursprünglich eingeführten, standardisierten minimalinvasiven Operation steht eine Technik zur Verfügung, die in Lokalanästhesie und Allogosedation durchgeführt werden kann und intraoperativ eine Überprüfung des Erfolges gestattet. Dabei wird ein Polypropylenband durch eine kleine suburethrale Kolpotomie eingeführt. Durch abdominale Druckerhöhung kommt es vereinfacht gesagt zur „Knickung“ der Harnröhre, was den Harnabgang verhindert (Abb. 1).

Die Operation hat sich weltweit bewährt und mittlerweile liegen 17-Jahres-Resultate vor, die die langfristige Wirksamkeit der retropubischen TVT-Operation mit objektiven Heilungsraten von ca. 90% belegen. Nach Bandoperationen treten in etwa 5% Blasenentleerungsstörungen und in etwa 7% De-novo-Drangbeschwerden auf. Die unmittelbare postoperative Blasenentleerungsstörung respektive Überkorrektur wird mittels Restharnkontrolle noch während der Hospitalisation geprüft.



PD Dr. med.
Daniele Perucchini
Zürich

ABB. 1 Retropubische TVT-Operation bei Belastungsinkontinenz



In der Hoffnung auf Reduktion von Komplikationen entwickelten De Leval im Jahre 2001 die transobturatorische outside-in und Delorme 2003 die inside-out Technik. Das Prinzip der transobturatorischen Technik beruht ebenfalls auf einer midurethralen Unterstützung der Urethra, allerdings wird das Band nicht retropubisch, sondern durch die Foramina transobturatoria ausgeleitet. In der Literatur werden die unterschiedlichen Zugänge – retropubisch oder transobturatorisch – hinsichtlich Erfolgsrate und Komplikationen diskutiert, ohne dass ein Konsensus besteht, wobei auch in der Schweiz in den letzten Jahren der Trend eindeutig zurück zum klassischen retropubischen TVT beobachtet wird. So können nach transobturatorischer Bänderinlage bewegungsabhängige Schmerzen in den Oberschenkeln (Adduktorenmuskeln), Dyspareunien und auch Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs beim Partner (Hispareunie) auftreten. Aufgrund unserer Untersuchungen der langfristigen Kontinenzrate und des Komplikationsprofils wenden wir in der Regel die klassische retropubische TVT-Technik an. Die Patientin ist postoperativ sofort mobil und nur für wirklich kurze Zeit arbeitsunfähig.

Überaktive Blase (OAB)

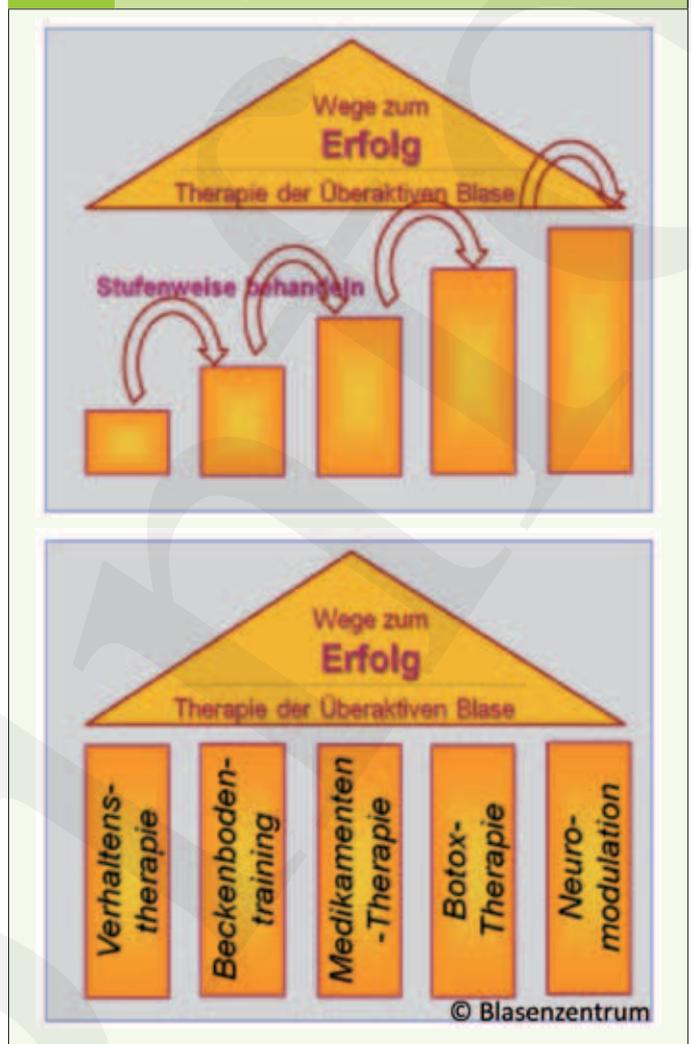
Das Hauptsymptom der überaktiven Blase ist ein plötzlich auftretender, störender, starker Harndrang. Als Folge davon kommt es zu gehäuftem Wasserlassen am Tag und teilweise sogar in der Nacht, teils mit Inkontinenz. Abklärung und Therapie sollen patientinnenorientiert in verschiedenen Stufen erfolgen. Die Patientinnen sollten über die Stufentherapie (Abb. 2) am Anfang der Behandlung informiert werden.

Die Evaluation der primären Therapie erfolgt nach 4 bis 6 Wochen, wozu die Patientin idealerweise 3 Tage vor der Konsultation ein Miktionstagebuch führt. Beckenboden- und Blasen-Training mit Verhaltensänderungen sowie Medikamente sind wichtige Elemente einer erfolgreichen Therapie. Es wurde nachgewiesen, dass eine Reduktion der Flüssigkeitszufuhr um 25% zu einer Verbesserung der Symptome führt! Auch ein Blasen-Training ist sehr nützlich. Ziel des Blasen-Trainings ist die Steigerung des Blasenfassungsvermögens. Die zeitlichen Abstände zwischen den Toilettengängen werden schrittweise erhöht. Die Blase wird trainiert, mehr Wasser aufzunehmen und zu behalten, ohne dass Urin abgeht. Ob eine medikamentöse Therapie gleichzeitig oder nach dem Blasen-Training begonnen werden soll, muss individuell entschieden werden.

Medikamentöse OAB-Therapie: Anticholinergika und β 3-Adrenorezeptoragonisten

In der Speicherphase, in der sich der Urin in der Harnblase sammelt, überwiegt die sympathische Nervenstimulation. Die Nervenendigungen setzen Noradrenalin frei, das vorwiegend die β 3-Adrenorezeptoren in der Harnblasenmuskulatur aktiviert und dadurch den glatten Harnblasenmuskel entspannt. Dagegen wird die Harnblase in der Harnentleerungsphase vorwiegend vom parasympathischen Nervensystem kontrolliert. Aus den pelvinen Nervenendigungen freigesetztes Acetylcholin stimuliert cholinerge M2- und M3-Rezeptoren und löst eine Harnblasenkontraktion aus. Die Pharmakotherapie der OAB erfolgte in den letzten Jahrzehnten durch verschiedene Medikamente durch M2- und M3-Rezeptorblockade. Die Wirksamkeit dieser Medikamente liegt gemäss verschiedenen Vergleichsstudien bei ca. 60 bis 75%. Zur Optimierung der medikamentösen Therapie, insbesondere zur Verminderung der

ABB. 2 Stufentherapie bei überaktiver Blase



Mundtrockenheit, wurden von der Industrie Retardpräparate, rezeptoraffinitive Anticholinergika und ein transdermal anwendbares Pflaster entwickelt. Leider ist aber die Langzeit-Compliance mit ca. 35% tief, dies wird auf eine für viele Patientinnen nicht hinreichende Wirkung bei unangenehmen Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Obstipation) zurückgeführt. Nach erfolgloser anticholinergischer Therapie wäre für viele Patientinnen, die wir sehen, eine nicht invasive Therapiealternative zur Botoxinjektion wünschenswert.

2014 wurde in der Schweiz mit Mirabegron der erste β 3-Adrenorezeptoren für die OAB zugelassen. Die Wirkung von Mirabegron beruht darauf, dass es an die in den Muskelzellen der Harnblase vorkommenden sympathischen β 3-Rezeptoren bindet und diese aktiviert. Die Wirksamkeit von Mirabegron wurde in mehreren randomisierten placebokontrollierten doppelblinden Phase-III-Studien nachgewiesen. Der Effekt ist statistisch signifikant, aber ähnlich wie bei den Anticholinergika nicht überaus gross. Im Vergleich zu den Anticholinergika sind aber bisher natürlich nur eine geringe Zahl von Patientinnen in Studien eingeschlossen worden. Nach 6-monatiger Erfahrung im Praxisalltag scheint Mirabegron eine attraktive Alternative zu den Anticholinergika darzustellen. Ganz klar bestehen aber noch verschiedene offene Fragen! In Europa ist die Startdosis einmal 50 mg pro Tag. In der Schweiz

TAB. 1 Inkontinenzformen und -symptome			
	Belastungsinkontinenz	Überaktive Blase	Gemischte Inkontinenz
Urinabgang bei Husten, Niesen, Rennen	Ja	Nein	Ja
Urinabgang beim Belastungen	Ja	Nein	teils
Urinabgang beim Aufstehen vom Sitzen	teils	Nein	teils
Plötzlich auftretender Drang	Nein	Ja	Ja
Häufiges Wasserlösen (≥ 8 x/24 h)	Nein	Ja	Ja
Urinverlust bei Drang	Nein	teils	Ja
Nächtliche Toilettengänge	Nein	häufig	Ja

wurde diese von den Behörden auf 25 mg pro Tag festgelegt. Eine rasche Steigerung auf die höhere Dosierung ist häufig sinnvoll, da in den Studien der Drang damit deutlicher reduziert wird.

Invasive Therapie der idiopathischen OAB

OnabotulinumtoxinA hat sich in der Behandlung der therapierefraktären idiopathischen überaktiven Blase als sehr effektiv bewährt, was sich sowohl im klinischen Alltag als auch an der Datenlage aus vielen randomisiert-kontrollierten und teils Plazebo-kontrollierten Studien zeigt. Die lokale, intravesicale Injektion von 100 Einheiten Botox in die Blasenwand hat sich als sicher herausgestellt. Die Patienten sollen aber auf das Risiko von gehäuften Harnwegsinfektionen als Folge einer vorübergehenden Restharnernhöhung aufmerksam gemacht werden. In ca. 5% der Fälle kann eine vorübergehende intermittierende Selbstkatheterisierung nötig werden. Dies schreckt viele Patientinnen etwas von der Wahl dieser Therapie ab. Die andernorts angewandte Praxis des prophylaktischen Erlernens des Selbstkatheterismus diskutieren wir allenfalls für Risikosituationen. Die Wirkung an der glatten Detrusormuskulatur ist mit durchschnittlich 9 Monaten erheblich länger als jene an der Skelettmuskulatur, wo die Wirkung meist nur 6 bis 12 Wochen anhält. Eine Analyse der USZ-Daten zeigte, dass die zweite Injektion im Durchschnitt erst 2 Jahre nach der Erstinjektion gewünscht wurde.

Die Mischinkontinenz

Bei der Mischinkontinenz sind die Patienten sowohl von Symptomen der hyperaktiven Blase mit Drang- und Dranginkontinenz als auch von Symptomen der Belastungsinkontinenz betroffen (Tab. 1).

Dabei können die Symptome beider Inkontinenzformen unterschiedlich ausgeprägt sein. Oft tritt bei der Mischinkontinenz eine der beiden Inkontinenzformen stärker in Erscheinung. Die Häufigkeit der Mischinkontinenz steigt vor allem mit fortschreitendem Lebensalter. Besonders Frauen ab dem 50. Lebensjahr sind von dieser Form der Inkontinenz betroffen. Nach der Belastungsinkontinenz ist sie die zweithäufigste Inkontinenzform bei Frauen. Aufgrund der vielfältigen und unterschiedlichen Symptome ist die Mischinkontinenz schwieriger zu diagnostizieren und zu behandeln als die übrigen Formen. Die Therapie basiert auf den individuellen Problemen und Symptomen der betroffenen Person. Aus

diesem Grund sollte sich die Behandlung im ersten Schritt nur auf eine Form der Inkontinenz konzentrieren. Dazu gilt es, im Rahmen der urodynamischen Diagnostik herauszufinden, welche Inkontinenzform stärker ist und die Betroffenen am meisten belastet. Bei den gemischten Blasenbeschwerden ist in der ersten Therapiephase das Führen eines Blasentagebuchs wichtig.

Unterschätzte Beschwerden durch trockene Scheide

Ein besonderes Problem, insbesondere für das Entstehen einer Reizblase, ist die wechselljahrbedingte, zunehmende Austrocknung der Scheide. Die gesunde Scheide hat eine dicke Oberfläche, ist gut durchblutet und feucht. Hormonelle Veränderungen nach den Wechseljahren verändern die Scheidenhaut. So lässt nach der Menopause die Durchblutung nach und damit auch die Fähigkeit, Flüssigkeit zu bilden. Die Scheide wird kürzer, enger und weniger elastisch und die Scheidenhaut dünner, empfindlicher und trockener. Während andere Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen auch ohne Behandlung nach einigen Jahren wieder verschwinden können, wird die trockene Scheide erst nach einigen Jahren der Abänderung manifest und verschlimmert sich danach schleichend. Eine trockene Scheide kann sich leichter entzünden. Juckreiz, Drang- und Druckbeschwerden sowie wiederkehrende Infekte sind die Folgen. Gleichzeitig können Beschwerden der Harnwege auftreten. Auch der Geschlechtsverkehr kann unangenehm und schmerzhaft werden. Ist Östrogenmangel aufgrund der Menopause die Ursache, können hormonhaltige Vaginalcremes oder Ovula verschrieben werden. Der Trend geht auch bei der lokalen Hormontherapie in den letzten Jahren Richtung tiefer Dosierung. Die Behandlung sollte möglichst früh einsetzen.

PD Dr. med. Daniele Perucchini

Konsiliarium Universitätsspital Zürich
 Blasenzentrum am Stadelhoferplatz
 Gottfried-Keller-Strasse 7, 8001 Zürich
 perucchini@blasenzentrum.ch

Dr. med. Cornelia Betschart

Dr. med. David Scheiner

Prof. Dr. med. Daniel Fink

Klinik für Gynäkologie, Universitätsspital Zürich
 8091 Zürich

+ **Interessenkonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Die Beschwerden der Genitalatrophie werden unterschätzt. Die lokale Hormontherapie ist effektiv
- ◆ Sowohl bei der Belastungsinkontinenz als auch bei der überaktiven Blase (OAB) sollen primär die konservativen Therapien ausgeschöpft werden
- ◆ Das Tension-free Vaginal Tape hat sich bei der operativen Therapie der Belastungsinkontinenz bewährt
- ◆ Neu steht bei der OAB mit den β3-Adrenorezeptoragonisten eine medikamentöse Therapiealternative zur Verfügung
- ◆ Onabotulinumtoxin A ist seit 2015 auch bei der idiopathischen OAB kassenpflichtig