

Medikamentöse, nicht-medikamentöse und operative Behandlungsmöglichkeiten

Harninkontinenz der Frau

Die Harninkontinenz bei der Frau ist ein häufiges Krankheitsbild mit einer meist schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität. Am häufigsten liegt eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor. Die Basisdiagnostik kann einfach und schnell durchgeführt werden und kann bereits zu einer Diagnosestellung mit der Einleitung der Therapie führen. Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Behandlung oder Schlingenoperationen werden bei der Belastungsinkontinenz angewendet. Die Durchführung eines Blasentrainings mit Wahrnehmungsschulung sowie Medikamente stehen bei der Behandlung der überaktiven Blase im Vordergrund.



L'incontinence urinaire est une affection féminine fréquente qui détériore en plus très souvent la qualité de vie. Pour la plupart il s'agit de l'incontinence d'effort ou d'une vessie hyperactive. Les mesures diagnostiques de base sont faciles à réaliser et permettent déjà d'établir un premier diagnostic et d'instaurer une thérapie. En cas d'incontinence d'effort celle-ci englobe la physiothérapie du plancher pelvien, la pose de pessaire ou l'opération par bandelette. En cas de vessie hyperactive on recommandera l'entraînement vésical et l'enseignement du comportement vésical ainsi que le traitement par médicaments.

Als Harninkontinenz wird der unfreiwillige Verlust von Urin bezeichnet. Sie ist eine der häufigsten Erkrankungen bei der Frau. Die Häufigkeit ist altersabhängig unterschiedlich, durchschnittlich sind ca. 30% der Bevölkerung betroffen (1, 2). Die Harninkontinenz zeichnet sich vor allem durch hohen Leidensdruck und Beeinträchtigung der Lebensqualität aus.

Es werden verschiedene Formen der Urininkontinenz unterschieden (Tab. 1). Die Belastungsinkontinenz kommt mit 50% der Fälle am häufigsten vor, in etwa 15% finden wir eine überaktive Blase. Mischformen von Belastungsinkontinenz und überaktiver Blase liegen bei 30% der Frauen vor. Die selteneren Formen sind in der Tabelle 1 aufgelistet.



**Prof. Dr. med.
Gabriel Schär**
Aarau



**Dr. med.
Gloria Ryu**
Aarau

Belastungsinkontinenz

Von einer Belastungsinkontinenz spricht man, wenn es bei Belastung wie Husten, Niesen, Lachen, sportlicher Tätigkeit, Bergablaufen oder auch beim Geschlechtsverkehr zu Harnverlust kommt. Eine Druckerhöhung im Bauch bei Belastung führt bei Vorliegen einer schwachen Beckenbodenmuskulatur und zu tiefem Harnröhrenverschluss zu tropfen- bis schwallweisem Urinabgang aus der Harnröhre.

Überaktive Blase (Dranginkontinenz)

Diese Form der Blasenschwäche ist vor allem durch unkontrollierbaren Harndrang gekennzeichnet. Aufgrund einer gestörten Wahrnehmung der Blasenfüllung oder durch autonome Destruktorkontraktionen wird das WC häufig (mehr als 7 Miktionen pro Tag) tagsüber aber auch nachts (mehr als 1 Miktion pro Nacht) aufgesucht, obwohl die Blase nur wenig gefüllt ist. Eine Dranginkontinenz liegt dann vor, wenn aufgrund von starkem Harndrang Urin verloren geht, noch bevor die Toilette erreicht werden kann. Die Patientinnen sind sehr stark in der Lebensqualität beeinträchtigt, oftmals liegt auch eine seelische Belastung vor.

Basisdiagnostik

Mit der Anamnese werden die typischen Beschwerden (Tab. 2) erfragt, aber auch relevante Nebendiagnosen und die Medikamenteneinnahme erfasst. Ein Hustentest bei gut gefüllter Blase ist ein wichtiger klinischer Test, der sowohl im Liegen als auch im Stehen durchgeführt werden kann. Durch den sichtbaren Urinverlust beim Husten kann eine Belastungsinkontinenz bestätigt werden. Ein Miktionskalender kann vor allem Symptome einer überaktiven Blase wie häufige Miktionen oder kleine Miktionsvolumina aufdecken. Zum Ausschluss eines Harnwegsinfektes sollte eine Urindiagnostik

TAB. 1	Formen der Harninkontinenz
	• Belastungsinkontinenz
	• Überaktive Blase (Dranginkontinenz, Reizblase)
	• Mischinkontinenz
	• Reflexinkontinenz
	• Überlaufinkontinenz
	• extraurethrale Inkontinenz (Fisteln, Fehlbildungen)

tik durchgeführt werden. Sowohl ein Infekt als auch Genitalatrophie oder Senkungszustände können Ursachen einer überaktiven Blase sein. Des weiteren treten Symptome der überaktiven Blase als Nebenwirkung von vielen Medikamenten auf. Viele neurologische Erkrankungen – zum Beispiel Multiple Sklerose, Bandscheibenvorfälle, Querschnittslähmungen oder Demenz – können zur Form der Inkontinenz mit häufigem, plötzlichem Harndrang und unfreiwilligem Urinverlust führen.

Wichtig ist auch eine Einschätzung bezüglich des individuellen Leidensdrucks. Lebensqualitätsfragebögen helfen die Auswirkung der Beschwerden auf die Lebensqualität zu beurteilen (verfügbar unter: www.frauenklinik.ksa.ch).

Eine sonographische Restharnmessung ist bei Verdacht auf Blasenentleerungsstörung empfohlen. Bei Verdacht auf eine komplexe Inkontinenzsituation, ist eine Betreuung an einem urogynäkologisch spezialisierten Zentrum empfehlenswert.

Generelle Therapie der Harninkontinenz

Unabhängig von der jeweiligen Inkontinenzform gibt es allgemeine Empfehlungen:

- ▶ **Trinkgewohnheiten:** Pro Tag Trinken von mindestens 1.5 Liter Flüssigkeit. Koffeinhaltige Teegetränke, Kaffee, Alkohol und Nikotin sollten nur in geringem Masse konsumiert werden.
- ▶ **Medikamente:** Da einige Medikamente einen negativen Einfluss auf eine Inkontinenz haben, sollte das Nebenwirkungsprofil eingenommener Medikamente kontrolliert werden.

TAB. 2 Diagnose von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase		
Diagnostik		
Aus der Anamnese	Belastungsinkontinenz	Überaktive Blase
Urinverlust bei körperlicher Aktivität (Sport, Husten, Niesen, Lasten heben, etc.)	Ja	Nein
Häufige Toilettengänge tagsüber/Pollakisurie (>7x)	Nein	Ja
Nächtliche Toilettengänge/Nykturie (>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

- ▶ **Hilfsmittel:** Bei mittelschwerer bis schwerer Inkontinenz werden Inkontinenzvorlagen von der Krankenkasse übernommen. Diese werden in Form von Binden oder Windelhosen in Apotheken, Drogerien oder Warenhäusern angeboten.

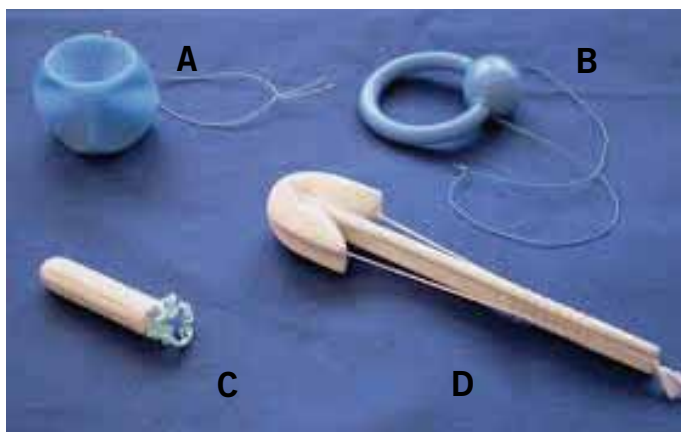


Abb. 1: Verschiedene Pessare mit (A) Würfelpessar, (B) Arabinpessar, (C) Tampon und (D) Contrelle-Pessar. Das Würfelpessar wird vor allem zur Deszensusbehandlung eingesetzt. Bildquelle Schär

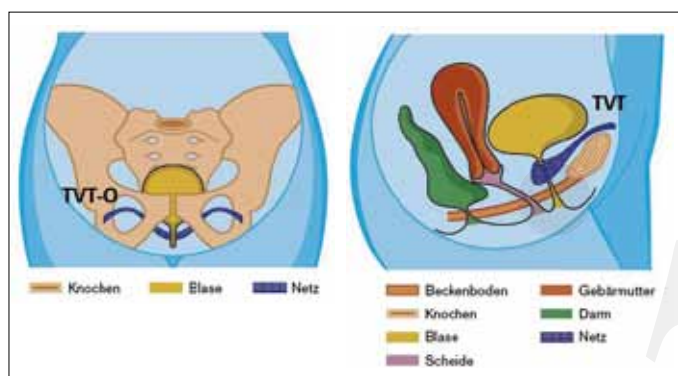


Abb. 2: Schematische Darstellung des Schlingenprinzips. Oben transobturatorische, unten retrosymphysäre Schlinge. Bildquelle Schär

- Atrophiebehandlung: Beschwerden wie vaginales Brennen, Juckreiz oder Brennen beim Wasserlassen werden durch eine lokale Östrogenbehandlung verbessert.

Behandlung der Belastungsinkontinenz

Bei einer Belastungsinkontinenz kann am Anfang ein gezieltes Beckenbodentraining helfen (3). Hier werden durch geschulte Physiotherapeuten gymnastische Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur und in Folge auch des Blasenschliessmuskels durchgeführt. Oft kommt eine Kombination mit Bio-Feedback zum Einsatz. Grundlage ist die Schulung der Wahrnehmung des Beckenbodens und der korrekten Aktivierung der Muskulatur. Eine Elektrostimulation kann mit schwachen Stromimpulsen ein passives Training unterstützen. Die Patienten werden aufgefordert die erlernten Übungen fortzuführen um einen möglichst nachhaltigen Effekt zu erreichen.

Es können speziell geformte Pessare oder Tampons vaginal zum Einsatz kommen (Abb.1). Hierbei liegt der Effekt in der Unterstützung der Blasenhalshalsregion durch Druckübertragung über die Scheide. Für Frauen, die vor allem beim Sport Urin verlieren, stellt ein Pessar eine gute Behandlungsalternative dar.

Wenn weder Beckenbodentherapie oder Pessare ausreichend helfen, kann die Belastungsinkontinenz meist durch einen kleinen operativen Eingriff behoben werden. Am häufigsten wird eine TVT- Band-Operation angewendet (TVT: Tension-free Vaginal Tape oder TVT-O=Tension-free Vaginal Tape Obturator) (4,5). Dabei unterscheiden sich vor allem die Einlagetechniken (retrosymphysär oder transobturatorisch; Abb. 2). Diese Bandoperatio-

nen haben eine längerfristige Erfolgsrate von 90 % und gelten als aktueller Operationsstandard.

Eine Alternative kann die Injektion von Bulkamid (bulking agent) sein. Dieses wird ambulant unter die Harnröhrenschleimhaut gespritzt, sodass durch die Unterpolsterung der Auslasswiderstand erhöht wird. Die Erfolgsraten sind mit 70 % niedriger als die der Bandoperationen (6). Es handelt sich um eine nicht kassenpflichtige Leistung, die bei Rezidivsituationen oder komplexen Fällen zum Einsatz kommt.

Behandlung der überaktiven Blase

An erster Stelle steht meistens ein Trink- und Blasentraining (7,8). Eine ausreichende Trinkmenge sorgt für eine genügende Spülung der Blase, damit Reizsubstanzen oder Bakterien ausgeschwemmt werden können. Es sollte eine tägliche Urinmenge zwischen 2–3 Litern erreicht werden. Daneben wird mit einer Wahrnehmungs- und Verhaltensschulung versucht, den Drang länger hinauszuzögern und im optimalen Fall die verlorene Kontrolle über die eigene Blase wieder zu erlangen und ihr Fassungsvermögen allmählich wieder zu erhöhen. Oft wird in Kombination ein Beckenbodentraining zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur durchgeführt.

Erfolgreich ist in der Regel die medikamentöse Therapie. Es gibt heute eine Vielzahl von anticholinerg wirksamen Medikamenten (Tab.3). Seit August 2014 ist in der Schweiz ein Beta-3-Adrenorezeptoragonist erhältlich mit vergleichbarer Wirksamkeit wie die bisherigen Anticholinergika (9). Vor allem bei älteren Menschen ist die Indikation sorgfältig zu treffen und sind die Kontraindikationen zu beachten (Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwere Obstipation, Refluxösophagitis). Bezüglich Nebenwirkungen soll vor allem auf eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen geachtet werden.

Zweitlinienbehandlung der hyperaktiven Blase

Eine neuere Behandlungsmethode stellt die sogenannte perkutane Tibial-Nerv-Stimulation (PTNS) dar. Bei dieser Methode wird mittels einer Akupunkturnadel eine periphere Punktion des N. tibialis posterior im Bereich des Innenknöchels durchgeführt.

Als operative Therapie bietet sich die Botulinumtoxin-Injektion in die Blase an. Insgesamt 100 Einheiten des Wirkstoffs werden mittels einer Blasenspiegelung in Kurznarkose direkt in 20 verschiedene Stellen des Detrusormuskels eingespritzt. Hierdurch kommt es zu einer Abnahme der Muskelaktivität und in der Folge zur Reduktion der Dranginkontinenzepisoden, der Häufigkeit der Toiletten-

Tab. 3 medikamentöse Therapie bei überaktiver Blase

Name	Wirkstoff	Dosierung
Anticholinergika		
Detrusitol® SR	Tolterodin	2x2mg oder 1x4 mg
Kentera® Matrixpflaster 3.9 mg	Oxybutinin	2xWoche
Ditropan®	Oxybutinin	3-4x5 mg
Spasmo Urogenin Neo®/ Spasmex®	Tropiumcholid	2x20mg
Emselex®	Darifenacin	1x7.5 mg oder 1x15 mg
Vesicare®	Solifenacin	1x5 mg oder 1x10 mg
Toviaz®	Fesoterodin	1x4 mg oder 1x8 mg
Beta-3-Adrenorezeptoragonist		
Betmiga®	Mirabegron	1x25 mg oder 1x50 mg

gänge und zur Zunahme der Blasenkapazität. Die Wirkung ist aber leider oft nur vorübergehend (ca. 6-9 Monate).

Bei der sakralen Neuromodulation werden eine oder zwei Elektroden im Bereich der Sakralnerven S3 oder S4 platziert und mit einem externen Schrittmacher verbunden. Dieser gibt schwache elektrische Impulse an jene Nerven ab, welche die Muskeln der Blase steuern.

Behandlung der Mischinkontinenz

Bei Frauen mit kombiniertem Beschwerdebild von überaktiver Blase und Belastungsinkontinenz sollte das dominierende Problem als Erstes in Angriff genommen werden. Meistens sind es die Symptome der überaktiven Blase, die stärker stören und zuerst behandelt werden.

Schlussbemerkungen

Die Harninkontinenz bei der Frau ist ein häufiges Krankheitsbild mit einer meist schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität. Am häufigsten liegt eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor. Die Basisdiagnostik kann einfach und schnell durchgeführt werden und kann bereits zu einer Diagnosestellung mit der Einleitung der Therapie führen. Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Behandlung oder Schlingenoperationen werden bei der

Belastungsinkontinenz angewendet. Die Durchführung eines Blasentrainings mit Wahrnehmungsschulung sowie Medikamente stehen bei der Behandlung der überaktiven Blase im Vordergrund. Beim Versagen einer Basisbehandlung, vor einer operativen Therapie und vor allem bei komplexen Beschwerdebildern der Harninkontinenz ist die Konsultation bei urogynäkologisch erfahrenen Ärzten oder Beckenbodenzentren empfehlenswert.

Prof. Dr. med. Gabriel Schär, Chefarzt

Zertifiziertes Beckenbodenzentrum

Frauenklinik Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau

gabriel.schaer@ksa.ch

Dr. med. Gloria Ryu, Oberärztin

Zertifiziertes Beckenbodenzentrum

Frauenklinik Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau

gloria.ryu@ksa.ch

+ Interessenkonflikt: Die Autoren haben keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

+ 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 wird durch Beckenbodenphysiotherapie, Pessar-Therapie oder Schlingenoperation behandelt
- ◆ Die Therapie der überaktiven Blase besteht aus Verhaltenstraining und Medikamenten

Messages à retenir

- ◆ L'incontinence urinaire est une des affections les plus fréquentes de la femme qui, en plus, est grevée d'une souffrance et d'une pression sociale importante
- ◆ Pour la plupart il s'agit d'une incontinence d'effort ou d'une vessie hyperactive
- ◆ Le diagnostic de base est simple et rapide
- ◆ Le traitement de l'incontinence d'effort est réalisable par la physiothérapie du plancher pelvien, la pose de pessaire ou l'opération à l'aide d'une bandelette
- ◆ Lors de vessie hyperactive on connaît des thérapies comportementales et des traitements médicamenteux