

Symptome, Abklärung und Therapie

Harninkontinenz und Deszensus bei betagten Patientinnen

Urogynäkologische Probleme sind eines der häufigsten Gesundheitsprobleme im Alter. Die Prävalenz von Harninkontinenz liegt bei der betagten Frau zum Beispiel höher als jene des Diabetes mellitus oder der Hypertonie. Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden sind die typischen urogynäkologischen Symptombilder. Mit den folgenden Ausführungen werden diese Symptombilder kurz erklärt sowie Abklärung und Therapie aufgezeigt.

Les problèmes urogynécologiques sont l'un des problèmes de santé les plus communs dans la vieillesse. La prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées est plus élevée que celle par exemple, du diabète ou de l'hypertension. L'incontinence urinaire et le prolapsus sont les expressions de symptômes urogynécologiques typiques. La discussion qui suit explique brièvement ces expressions de symptômes et soulignent le diagnostic et la thérapie.

Mit zunehmendem Alter erhöht sich aus verschiedenen Gründen die Gefahr für urogynäkologische Probleme. Im Beckenboden und Harntrakt zeigt sich wie in der gesamten Körpermuskulatur eine Reduktion der Muskelfasern und der Muskelkraft. Durch den physiologischen Östrogenmangel entstehen die Atrophie der Vaginalhaut und eine veränderte vaginale Bakterienflora. Typische Erkrankungen im höheren Alter wie Demenz, Parkinson, Alzheimer, Hirnschlag und Depressionen aber auch Sehstörungen und Schwerhörigkeit können eine direkte Auswirkung auf die Kontinenz haben. Medikamente welche sich direkt oder indirekt auf den Harntrakt aber auch auf kognitive Funktionen auswirken, können die Kontinenz verschlechtern. Die Stabilität des Beckenbodens wird durch verschiedene Risikofaktoren negativ beeinflusst: Traumatische Geburten, Östrogenmangel, Adipositas, chronische Bronchitis und Obstipation. Hinzu kommen Veränderungen im Bindegewebe mit Abnahme des Typ III Kollagen und Zunahme von Typ I und II Kollagen, welche ebenfalls eine höhere Instabilität verursachen können.

Es liegt auf der Hand, dass diese Veränderungen multiple Auswirkungen auf die urogynäkologische Gesundheit haben können. Kontinenz und Miktions sind auf eine intakte Funktion der Urethramuskulatur und eine intakte zentrale Wahrnehmung, Steuerung und Reizübermittlung angewiesen. Der Beckenboden benötigt sowohl dynamische Muskel- und passive Bindegewebsstabilität damit die Genitalorgane und die Vagina keinen Deszensus entwickeln.

Belastungsinkontinenz

Das typische Symptom der Belastungsinkontinenz ist der Urinverlust bei körperlicher Belastung im Rahmen einer abdominalen Druckerhöhung. Husten, Niesen, Lachen, Lasten Heben, Turnen aber auch Treppensteigen können ungewollten Urinabgang provozieren.



Prof. Dr. med. Gabriel Schär
Aarau

Bei höherem Schweregrad kann es bereits im Liegen ohne körperliche Anstrengung zum Urinverlust kommen. Pathophysiologisch liegt dem Problem ein zu tiefer Harnröhrenverschluss zu Grunde, welcher den intravesikalen Druck nicht antizipieren kann. Die Diagnose wird einerseits durch die Anamnese der typischen, oben aufgelisteten Symptome aber auch durch die gynäkologische Untersuchung mit Hustentest bei voller Blase gestellt. Dieser kann liegend, aber auch stehend durchgeführt werden und liefert durch den visuell erfassten Urinabgang beim kräftigen Husten die Diagnose der Belastungsinkontinenz.

Hyperaktive Blase (Dranginkontinenz)

Der typische Symptomkomplex der hyperaktiven Blase besteht aus Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro Tag) Nykturie (mehr als eine Miktions 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.

Beckenbodendeszensus

Typische Symptome des Genitaldeszensus sind: Senkungsgefühl der deszendierenden Vaginalhaut bis zu Schmerzen. Diese Beschwerden verstärken sich in typischer Weise bei längerem Stehen und Gehen. Die beteiligten Organe können Funktionsstörungen aufweisen. Eine Zystozele zeigt häufig Miktionsprobleme mit Restharn, selten aber auch eine Harninkontinenz. Die Rectocele ist oftmals mit einer Darmentleerungsstörung verbunden welche dazu führt, dass die betroffene Frau die Darmsenkung nach vaginal innen zurückschieben muss um das Rektum gut entleeren zu können. Beim Geschlechtsverkehr können Schmerzen auftreten und die betroffenen Frauen fühlen sich durch die heraustretende Vaginalhaut oft geniert.

Die gynäkologische Untersuchung ist natürlich das Hauptdiagnostikum des Deszensus. Dabei werden die Weite des Introitus und die Höhe des Dammes beurteilt sowie unter Pressen die Vaginal-

wände bezüglich Zysto-, Recto- und Enterozele und apikalem Deszensus (Portio oder Scheidengrund nach Hysterektomie) inspiziert. Auch die Vaginaltrophik muss beurteilt sowie allfällige Druckulzerationen müssen gesucht werden. Eine Mikroskopie des Vaginalsekretes gehört zur Deszensusdiagnostik.

Zusatzdiagnostik

Gerade bei der Seniorin gewinnt die Zusatzdiagnostik an Bedeutung. Neben der Anamnese typischer Inkontinenzsymptome müssen Komorbiditäten und Medikamenteneinnahme erfragt werden. Dem Leidensdruck kommt eine zentrale Bedeutung zu, beeinflusst er doch die Therapieakzeptanz und -adhärenz der Patientin. 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. Mit der Urindiagnostik kann ein möglicher Harnwegsinfekt als Verursacher einer hyperaktiven Blase diagnostiziert werden. Als Basisdiagnostik genügt meist ein Streifenfest. Zeigt dieser Auffälligkeiten, werden darauf basierend weitere Tests wie Urinkultur oder eine Urinchemie durchgeführt.

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.



Abb. 1: Verschiedene Pessare zur Deszensustherapie (Würfelpessar – links oben) und Inkontinenzbehandlung (Arabinpessar – rechts oben, Tampon – links unten und Contrellepessar – rechts unten).

TAB. 1 Aktuelle Liste der heute erhältlichen Anticholinergica		
Name	Wirkstoff	Dosierung
Detrusitol® SR 4mg	Tolterodin	1 x 4 mg abends
Lyrinel Oros®	Oxybutinin	1 x 5 mg / 1 x 10 mg / 1 x 15 mg
Kentera® Hautpflaster	Oxybutinin	2 x / Woche
Ditropan®	Oxybutinin	3 x 5 mg
Spasmo Urgenin Neo®	Tropiumchlorid	2 x 20 mg
Emselex®	Darifenacin	1 x 7,5 mg oder 1 x 15 mg
Vesicare®	Solifenacin	1 x 5 mg oder 1 x 10 mg
Toviaz®	Fesoterodin	1 x 4 mg oder 1 x 8 mg

Therapie

Unbesehen der Harninkontinenzdiagnose gibt es für alle betroffenen Frauen Basisempfehlungen:

- ▶ **Trinkgewohnheiten:** Trinken von mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag. 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. Sie ist bei Frauen mit Druckulzerationen bei Deszensus zwingend notwendig
- ▶ **Training:** Gerade bei den Senioren kommt dem Körper- und Hirntraining eine grosse Bedeutung zu. Auch im höheren Alter ist es möglich, durch Körper- und Hirntraining eine verbesserte Fitness und damit auch eine Prophylaxe von verschiedensten Gesundheitsstörungen zu erreichen.

Behandlung der Belastungsincontinenz

Physiotherapie mit Wahrnehmungsverbesserung und Stärkung der Beckenbodenmuskulatur ist die Grundlage der Therapie. Zuerst geht es darum, die Funktion der Beckenbodenorgane bezüglich Kontinenz und Miktion besser zu verstehen und danach die Aktivierung der Muskulatur von Blase und Urethra wieder zu erlernen sowie die Kraft aufzubauen und schliesslich eine reflektorische Beckenbodenmuskulaturkontraktion bei intraabdominaler Druckerhöhung wie z.B. Husten oder Niesen zu ermöglichen. Speziell ausgebildete Physiotherapeutinnen instruieren und führen die betroffenen Frauen für 9, allenfalls 18 Sitzungen zum erhofften Therapieerfolg.

Als eine weitere konservative Massnahme kann eine Pessartherapie durchgeführt werden. 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 Kontinenzpessare erhältlich (Urethralpessare, Tampons, Contrelle-Pessare etc.) (Abb. 1).

Beim Versagen der konservativen Behandlung der Belastungsincontinenz kann als nächster Schritt eine Operation durchgeführt werden. Als Goldstandard gilt heute die vaginale suburethrale Schlingenoperation mit Erfolgsraten um 80 bis 90%. Die Operation gilt als minimal invasiv und überzeugt zudem durch geringe Komplikationsraten.

Behandlung der hyperaktiven Blase

Auch hier gilt die Physiotherapie als Therapiegrundlage. Neben den oben schon erwähnten Massnahmen geht es hier darum, wieder die zerebrale Kontrolle über den Miktionsreflex zu erhalten. Die betroffene Frau soll die einzelnen Miktionsvolumina und die Miktionsintervalle erhöhen. Die Ziele der Behandlung sollen folgende sein: Trinkvolumen von 1,5 bis 2 Liter, Nykturie nicht mehr als 1x, Inkontinenzereignisse verhindern. Während dieser Umkonditionie-

TAB. 2 Indikation verschiedener Deszensusoperationen basierend auf Anatomie, Alter, Funktion und Risikokonstellation						
Prolaps Apex		Zystozele		Rektozele		Zusätzliche Risiken im Primärfall
Lange Lebenserwartung Aktive Lebensführung Sexuelle Aktivität Rezidiv Kurze Vagina	Kurze Lebenserwartung Niedrige Aktivität Keine sexuelle Aktivität Primäre Situation Normale Vaginallänge Komorbiditäten (keine Allgemeinnarkose möglich)	Zentraler Defekt im Primärfall	Paravaginaler Defekt und/oder Rezidiv	Primäre Situation	Rezidiv	Chron. Bronchitis Adipositas Obstipation Hohe körperliche Belastung
Abdominale Chirurgie Laparoskopische oder offene Sakrokolpopexie	vag. Chirurgie Sakrospinale Fixation	Diaphragmaplastik	Netz mit lateraler Fixation („Netzkit“)	Kolpoperineoplastik	Kolpoperineoplastik inkl. Netz oder „Netzkit“	Laparoskopische oder offene Sakro-kolpopexie oder vaginale Operation mit Netz

Die Patientinnen sollen die Miktionskalender führen um den Behandlungserfolg selbst monitorisieren zu können. Zur Unterstützung des Verhaltenstrainings kann eine medikamentöse Behandlung durchgeführt werden. Es gibt heute eine Vielzahl von anticholinerg wirksamen Medikamenten (Tab. 1). 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 diese anticholinergen Medikamente kognitive Nebenwirkungen auslösen können. Vor allem bei älteren Menschen ist sorgfältig darauf zu achten.

Bei Versagen der primären Behandlung der hyperaktiven Blase kann eine Botulinumtoxininjektion in den Detrusormuskel erfolgen. Botulinumtoxin besticht durch eine hohe Wirksamkeit, hat aber leider eine oft nur vorübergehende Wirkung (ca. 6–8 Monate) und muss dann wiederholt werden. Die Elektroneuromodulation des Sakralnervs S3 gilt ebenfalls als second line Behandlung. Sie ist aufwändig und teuer, wird aber von den Krankenkassen im Gegensatz zur Anwendung von Botulinumtoxin bezahlt.

Behandlung des Genitaldeszensus

Zur Behandlung des Deszensus werden Würfel- oder Schalenpessare angewendet. Diese halten die deszendierende Vaginalhaut zurück. Sie sollten wenn möglich zusammen mit einer östrogenisierenden Vaginalcreme eingeführt werden. Diese behebt die oft bestehende Atrophie und verhindert die Entstehung von durch das Pessar verursachten Druckulzerationen. Die Pessartherapie ist vor allem bei betagten Frauen zu erwägen, welche keine Operation wünschen oder inoperabel sind.

Deszensusoperationen werden dann durchgeführt, wenn der Leidensdruck hoch ist und die konservative Therapie nicht erwünscht ist oder nicht effektiv war. Es gibt eine Mehrzahl an Operationstechniken. Sie werden hauptsächlich auf der Basis des anatomischen Defektes, der Funktionsstörung und der erwünschten weiteren Aktivitäten wie der körperlichen Aktivität und der Sexualität gewählt (Tab. 2).

Prof. Dr. med. Gabriel Schär

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

Take-Home Message

- ◆ Deszensus und Harninkontinenz haben im hohen Alter eine hohe Prävalenz und werden auch in der heutigen Zeit leider noch tabuisiert
- ◆ Die Auswirkungen auf die Lebensqualität können enorm sein
- ◆ Diagnosestellung und Einleitung einer konservativen Basistherapie sind in der Praxis machbar
- ◆ Bei Versagen der Basisbehandlung, vor einer operativen Therapie und vor allem bei komplexen Beschwerdebildern der Harninkontinenz ist die Konsultation urogynäkologisch erfahrener Ärzte oder Zentren zu empfehlen

Message à retenir

- ◆ Le prolapsus et l'incontinence urinaire ont une prévalence élevée chez les personnes âgées et malheureusement même dans les temps modernes restent un sujet tabou
- ◆ L'impact sur la qualité de vie peut être énorme
- ◆ Le diagnostic et l'initiation d'un traitement conservateur de base sont réalisables dans la pratique
- ◆ En cas d'échec de la thérapie de base, avant le traitement chirurgical et en particulier pour les images complexes de l'incontinence urinaire la consultation d'un médecin expérimenté en urogynécologie ou d'un centre est recommandée

Literatur:

1. Hunnskaar 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. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunnskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000 Nov;53(11):1150-7.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
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.
8. Hall SA, Maserejian NN, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Are commonly used psychoactive medications associated with lower urinary tract symptoms? *Eur J Clin Pharmacol.* 2011 Dec 4.
9. Liu RT, Chung MS, Lee WC, Chang SW, Huang ST, Yang KD, Chancellor MB, Chuang YC. Prevalence of overactive bladder and associated risk factors in 1359 patients with type 2 diabetes. *Urology.* 2011 Nov;78(5):1040-5.
10. Elenskaia K, Haidvogel K, Heidinger C, Doerfler D, Umek W, Hanzal E. The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wien Klin Wochenschr.* 2011 Oct;123(19-20):607-10.
11. Griebing TL. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence, and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011 Oct;108(7):1138-9.
12. Lee AH, Hirayama F. Physical activity and urinary incontinence in older adults: a community-based study. *Curr Aging Sci.* 2012 Feb 1;5(1):35-40.
13. Price H. Incontinence in patients with dementia. *Br J Nurs.* 2011 Jun 24-Jul
14. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J Urol.* 2011
15. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Int Neurourol J.* 2010 Oct;14(3):133-8.
16. Hatta T, Iwahara A, Ito E, Hatta T, Hamajima N. The relation between cognitive function and UI in healthy, community-dwelling, middle-aged and elderly people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011 Sep-Oct;53(2):220-4.
17. Leong RK, de Wachter SG, Joore MA, van Kerrebroeck PE. Cost-effectiveness analysis of sacral neuromodulation and botulinum toxin A treatment for patients with idiopathic overactive bladder. *BJU Int.* 2011 Aug;108(4):558-64.
18. Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB, Kuzu MA. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Dis Colon Rectum.* 2011 Jan;54(1):85-94.
19. Lammers K, Lince SL, Spath MA, van Kempen LC, Hendriks JC, Vierhout ME, Kluivers KB. Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. *Int Urogynecol J.* 2012 Mar;23(3):313-9.
20. Toozs-Hobson P, Freeman R, Barber M, Maher C, Haylen B, Athanasiou S, Swift S, Whitmore K, Ghoniem G, de Ridder D. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2012 Apr 5.
21. Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011 Nov;22(11):1445-57.