

Harninkontinenz der Frau: Anamnese, Diagnostik, Therapie

Die Behandlung von inkontinenten Patientinnen stellt eine grosse Herausforderung dar. Zumal es sich nach wie vor um ein Tabuthema handelt, und zwar nicht nur aufseiten der Frauen. Ziel ist es, während der Anamnese Blasenprobleme herauszuhören oder die Frauen in der Praxis aktiv darauf anzusprechen.

Ist das Thema erst einmal aufgedeckt, liegt bei der harninkontinenten Frau meist entweder eine Belastungsinkontinenz oder eine überaktive Blase vor. Das Symptom Harninkontinenz kann zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zum Rückzug aus dem sozialen Leben führen. Die Basisdiagnostik hilft, die Diagnose zu stellen und darauf basierend die Behandlung einzuleiten. Die Belastungsinkontinenz wird durch Beckenbodenphysiotherapie, Pessartherapie oder eine Operation behandelt, während die hyperaktive Blase durch Verhaltenstraining und Medikamente angegangen wird. Die Harninkontinenz der Frau gehört zu einer der häufigsten Erkrankungen. Die Inzidenz in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren liegt bei 15 Prozent und steigt bis zu 60 Prozent im geriatrischen Krankengut an. Die Harninkontinenz zeichnet sich vor allem durch hohen Leidensdruck aus und führt nicht selten zur psychosozialen Dekompensation. In 60 Prozent der Fälle liegt eine Belastungsinkontinenz und in etwa 10 Prozent eine hyperaktive Blase vor. In etwa 20 Prozent finden wir Mischformen von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase (Tabelle 1). In Tabelle 1 werden auch die selteneren Formen aufgelistet, welche meist schon primär an urogynäkologischen Zentren behandelt werden.

Belastungsinkontinenz

Die typischen Symptome der Belastungsinkontinenz sind Urinverlust beim Husten,

Tabelle 1: Formen der Harninkontinenz

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

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 zugrunde, welcher den intravesikalen Druck nicht antizipieren kann.

Hyperaktive Blase (Dranginkontinenz)

Der typische Symptomkomplex der hyperaktiven Blase besteht aus Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro Tag) Nykturie (mehr als 1 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 fehlende Nachtruhe und das Gefühl der Unsicherheit ausser Haus.

Basisdiagnostik

Hauptbestandteile der Basisdiagnostik sind Anamnese, klinische Untersuchung und Urindiagnostik (Tabelle 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 des Hustentests 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 Belastungsinkontinenz.

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 wie 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 (www.urogyn.ch) können Miktionskalender, Anamneseblätter und Lebensqualitätsfragebögen heruntergeladen werden.

Deutet die Anamnese auf eine Blasenentleerungsstörung hin, so ist eine sonografische Restharnmessung zu empfehlen. Bei Kombinationen von Inkontinenz mit Restharnbildung besteht meist eine komplexe Störung,

Tabelle 2: Diagnose und Therapie von Belastungsinkontinenz und hyperaktiver Blase

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 300 ml	nein	meist grösser
Pollakisurie > 7x, Nykturie > 1x	nein	ja
Klinische Untersuchung		
Hustentest bei voller Blase	Urinverlust	kein Urinverlust
Therapie		
Erstlinientherapie	Beckenboden-Physiotherapie	Verhaltensanpassung mit Trink- und Miktions-training, Medikamente (Anticholinergika)
Zweitlinientherapie	Schlingenoperation	Botulinumtoxin-A-Injektion in Detrusor, Neuromodulation S3
Alternative	Pessare	Beckenboden-Physiotherapie
Palliativ	Inkontinenzbinden	Inkontinenzbinden

welche von urogynäkologisch spezialisierten Zentren betreut werden sollte.

Therapie

Unbesehen von der Harninkontinenzdiagnose gibt es für alle betroffenen Frauen Basisempfehlungen:

Trinkgewohnheiten: Trinken von mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag. Tee- und Kaffee-konsum, 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 (Creme oder Ovula) kann vaginale Atrophiebeschwerden wie Jucken, Brennen, Dysurie lindern.

Behandlung der Belastungsinkontinenz

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 Muskelkontraktion bei intraabdominaler Druckerhöhung wie zum Beispiel 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.

Pessartherapie

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, Controlle-Pessare etc.). Die Pessartherapie ist vor allem bei Frauen beliebt, welche beim Sport Urin verlieren.

Operative Therapien

Beim Versagen der konservativen Behandlung der Belastungskontinenz kann als nächster Schritt eine Operation durchgeführt werden. Als Goldstandard gilt heute die vaginale Schlingenoperation, bei welcher ein Polypropylenband eingelegt wird, das den Urethraverschlussdruck zum Beispiel beim Sport oder beim Husten erhöht. Es gibt heute eine Vielzahl von Schlingenprodukten. Dabei unterscheiden sich vor allem die Einlagetechniken, während die Resultate für alle Techniken 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.

Behandlung der hyperaktiven Blase (OAB = overactive bladder)

Verhaltensänderungen mit Trink- und Blasentraining sind die Grundlage der Behandlung. 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 Litern, Nykturie nicht mehr als einmal, Inkontinenzereignisse verhindern. Während dieser Umkonditionierung sollen die Patientinnen einmal pro Woche den 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 (Tabelle 3).

Die Problematik der Anticholinergika liegt bei deren Nebenwirkungen. Dazu gehören zum Beispiel Mundtrockenheit, Obstipation, Sehstörungen und bei älteren Menschen allenfalls eine Verschlechterung der kognitiven Leistungen. Die Weiterentwicklung der Medikamente ortete folgende Probleme: intensiver First-Pass-Effekt, geringe Bioverfügbarkeit und hoher Plasmaspiegel aktiver Metaboliten, wodurch das Potenzial für Nebenwirkungen der oralen Medikamente ansteigt. Lösungsansätze wurden zum Beispiel in der Retardform bekannter Wirkstoffe gesehen. Durch eine verzögerte Freigabe des Wirkstoffs lassen sich die Spitzenwerte der Serumspiegel und somit auch das Auftreten von Nebenwirkungen insbesondere der Mundtrockenheit verringern. Ein interessanter Ansatz ist die transdermale Verabreichung. Damit können der First-Pass-Effekt umgangen und hohe Plasmaspitzenwerte vermieden werden (Kentera® als Hautpflaster erhältlich).

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.

Die heutige Vielfalt der medikamentösen Therapie bietet den Vorteil, verschiedene Wirkstoffe zur Hand zu haben, die zudem

Tabelle 3: Aktuelle Liste der heute erhältlichen Anticholinergika

Name	Wirkstoff	Dosierung
Detrusitol® SR	Tolterodin	1 × 4 mg abends
Lyrinel Oros®	Oxybutynin	1 × 5 mg / 1 × 10 mg / 1 × 15 mg
Kentera® Hautpflaster	Oxybutynin	2 × / Woche
Ditropan®	Oxybutynin	3 × 5 mg
Spasmo Urgenin Neo®	Trospiumchlorid	2 × 20 mg
Emselex®	Darifenacin	1 × 7,5 mg oder 1 × 15 mg
Vesicare®	Solifenacin	1 × 5 mg oder 1 × 10 mg
Toviaz®	Fesoterodin	1 × 4 mg oder 1 × 8 mg

pharmakologische Unterschiede aufweisen. Es ist zu empfehlen, mit zwei oralen Wirkstoffen sowie der transdermalen Anwendung zu arbeiten (Tabelle 3). Dies trägt auch der Tatsache Rechnung, dass die Akzeptanz und damit Compliance der Betroffenen entweder gegenüber der oralen oder transdermalen Anwendungsform besser ist. Es wird mit einer Variante (Tablette oder Pflaster) gestartet und nach zwei bis drei Monaten eine Bilanz gezogen. Bei unbefriedigendem Erfolg wird auf einen anderen Wirkstoff oder eine andere Applikationsform (Tablette auf Pflaster oder umgekehrt) umgestellt. Mehr als drei Versuche über zwei bis drei Monate sind nicht zu empfehlen.

Zweitlinienbehandlung der hyperaktiven Blase

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

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 bis 8 Monate) und kann dann wiederholt werden.

Die Elektroneuromodulation durch implantierte Stimulationsnadeln des Sakralnervs S3 gilt ebenfalls als Zweitlinienbehandlung.

Behandlung der Mischinkontinenz

Bei Frauen, die Kombinationssymptome von hyperaktiver Blase und Belastungsinconti-

nenz 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 behandelbar und sollten keiner Frau vorenthalten werden. Die kurze Nachfrage «und wie geht es mit der Blase» kann der betroffenen Frau die Tür 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. ■

Prof. Dr. med. Gabriel Schär
Chefarzt Frauenklinik, Kantonsspital Aarau
5001 Aarau
Tel. 062-838 50 72, Fax 062-838 50 91
E-Mail: gabriel.schaer@ksa.ch
Internet: www.frauenklinik.ksa.ch