

Adjuvante Therapien bei Harninkontinenz

Lifestyle-Beratung bis komplementärmedizinische Massnahmen

Harninkontinenz und Blasenbeschwerden sind sehr häufig und lästig. Die Lebensqualität der betroffenen Frauen kann erheblich eingeschränkt sein. Mit der zunehmenden Überalterung unserer Gesellschaft nehmen diese Beschwerden zahlenmässig und an sozialer Bedeutung zu. Adjuvante respektive konservative Therapien nehmen eine zentrale Stellung in den Behandlungskonzepten dieser Beschwerden ein. Adjuvante Therapien sind einfach, verursachen geringe Kosten und wenig Nebenwirkungen. Eine liebevolle Begleitung und Betreuung der Patientin ist unabdingbar.

**VERENA GEISSBÜHLER, VOLKER VIERECK,
JAKOB EBERHARD**

Harninkontinenz und Blasenbeschwerden haben verschiedene Ursachen, weshalb mehrere Therapien nötig sind. Adjuvante respektive konservative Therapien sind die Grundlage jeder Harninkontinenztherapie. Neben den medikamentösen Therapien – welche im Beitrag von Dr. Perucchini et al. (Seite 6–12) behandelt werden – zählen zu den konservativen (bzw. adjuvanten) Behandlungen:

- Lifestyle-Beratung
- Physiotherapie, Trink- und Miktionstraining (Letztere drei werden gerne als «Behavioural Therapy» bezeichnet)
- Pessare
- Kontinenzhilfen/Intimpflege
- komplementärmedizinische Massnahmen.

Der Einsatz der verschiedenen adjuvanten Therapien richtet sich nach den Beschwerden und nach der Compliance der Patientin. Am erfolgversprechendsten sind die adjuvanten Behandlungen, wenn die Patientin konsequent begleitet, be-

Merksätze

Adjuvante Therapien:

- sind sinnvoll bei allen Formen der Harninkontinenz (Stressinkontinenz, hyperaktive Blase, gemischte Inkontinenz)
- sollen immer miteinander kombiniert werden
- verlangen eine gute Instruktion und Begleitung
- schliessen Lifestyle-Änderungen, Physiotherapie sowie Trink- und Miktionstraining als lebenslange Therapien ein
- beinhalten Pessare als Soforttherapie, z.B. bei Stressinkontinenz
- verursachen geringe Kosten und wenig Nebenwirkungen.

treut, instruiert und motiviert wird. Ideal ist ein Team, bestehend aus Ärzten/Ärztinnen, Inkontinenzschwestern und Physiotherapeutinnen.

Die Diagnostik ist meist einfach, und die Untersuchungen können in der gynäkologischen Praxis durchgeführt werden. Nach der Diagnosestellung erfolgt die Therapieplanung.

Lifestyle

Eine epidemiologische Studie an über 30 000 Frauen (The Norwegian EPINCONT Study) (1) zeigte positive Zusammenhänge von Lifestyle-Faktoren mit Harninkontinenz, und zwar bei Raucherinnen von über 20 Zigaretten pro Tag, Frauen mit Übergewicht und Frauen, die viel Tee trinken. Kein eindeutiger Zusammenhang wurde gefunden für starke körperliche Aktivität, Konsum von Alkohol oder Kaffee. Andere Studien zeigten bei Reduktion des Kaffeekonsums eine Reduktion von Harn-drangepisoden und eine geringere Miktionsfrequenz im 24-Stunden-Zeitraum. Ferner zeigte sich eine erhöhte Inzidenz der hyperaktiven Blase, wenn viel kohlenstoffhaltige Getränke getrunken wurden (2). Hingegen soll der Genuss von Gemüse, Brot und Huhn die Inzidenz der hyperaktiven Blase senken (3).

Hilfsmittel zur (Beckenboden-)Physiotherapie



Abbildung 1: Das «Epi-No» ist eine bewährte Biofeedback-Methode, welche mithilfe, die Beckenbodenmuskulatur bewusst zu kontrahieren.



Abbildung 2: Das Vibrationsgerät «Galileo» ergänzt die Physiotherapie durch entstehende niederfrequente, mechanische Schwingungen, die auf den ganzen Körper übertragen werden und zu reflektorischen Muskelkontraktionen und/oder zur Muskelrelaxation führen.

Hilfsmittel fürs Trink- und Miktionstraining



Abbildung 3: Miktionskalender



Abbildung 4: Grosse Trinkgläser, schon am Morgen bereitgestellt, sind eine wichtige Grundlage für das Trink- und Miktionstraining.

Physiotherapie

Die Physiotherapie gibt es als Gruppen- oder Einzeltherapie. Eine Auswertung der Cochrane Database (4) zeigt, dass das Beckenbodentraining sinnvoll ist bei Stressinkontinenz, hyperaktiver Blase und gemischter Inkontinenz. Vor allem junge (40- bis 50-jährige), prämenopausale Frauen profitieren davon, speziell bei Stressinkontinenz. Beckenbodentraining bewirkt eine Hypertrophie der Muskelfasern und damit eine vermehrte Kraft, erhöhten Tonus und mehr Ausdauer der Muskulatur. Es soll für mindestens drei Monate durchgeführt werden; eine gute Betreuung und Motivation durch spezialisierte Physiotherapeutinnen ist sehr wichtig. Die Wirkung des Beckenbodentrainings bei hyperaktiver Blase wird wie folgt erklärt: Die Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur führt reflexhaft zu einer Relaxation der Detrusormuskulatur (der Blasendruck sinkt, der Urethradruck steigt) (5).

Hilfreich beim Beckenbodentraining sind Biofeedback-Methoden, welche visuell oder akustisch mithelfen, die Beckenbodenmuskulatur bewusst zu kontrahieren. Hierbei stehen Hilfsmittel wie Kugeln oder das «Epi-No» zur Verfügung (Abbildung 1). Neu und sehr vielversprechend ist die Kombination der Physiotherapie mit einem Ganzkörpervibrationstraining mit dem «Galileo-Gerät» (Abbildung 2). Die entstehenden niederfrequenten, mechanischen Schwingungen werden auf den ganzen

Körper übertragen und führen zu reflektorischen Muskelkontraktionen und/oder zur Muskelrelaxation. Dieses Ganzkörpertraining mit dem «Galileo-Gerät» kann bei Stressinkontinenz, gemischter Inkontinenz und bei hyperaktiver Blase sowohl bei jungen, älteren als auch behinderten Patientinnen eingesetzt werden.

Trink- und Miktionstraining

Dieses Training wird am besten mithilfe eines Miktionskalenders durchgeführt (Abbildung 3).

Therapieziele sind:

- pro Tag mehr als 2 Liter trinken
- nicht weniger als 300 ml Harn pro Miktion
- etwa 5 bis 8 Miktionen pro Tag zu erreichen
- nachts nicht mehr durch Harndrang geweckt zu werden.

Mit dem Trink- und Miktionstraining können auch Miktions- beziehungsweise Entleerungsstrategien eingeübt werden (z.B. sich etwas vornüberbeugen, nicht pressen, sondern entspannen, sich Zeit lassen etc.).

Warum viel trinken? Grosse Trink- und Harnmengen senken die Osmolarität aggressiver Harnsubstanzen und schützen dadurch die endotheliale Schutzschicht, welche sich vor-

nehmlich aus Glykosaminoglykanen zusammensetzt. Fehlt die Schutzschicht (der Schleim) über dem Urothel, kommt es zu Urothelläsionen und Permeabilitätsstörungen mit folgenden Konsequenzen: erhöhte Bakterienadhärenz an der Blasenwand und Durchlässigkeit für Kaliumionen, was zu einer Depolarisation des Detrusors und konsekutiv zu Blasenschmerzen, imperativem Harndrang und auch zur Inkontinenz führen kann.

Grosse Harnmengen spülen rascher Bakterien und aggressive Harnsubstanzen aus der Blase, was vor Infekten und Urothelläsionen schützt. Harnwegsinfekten, aber auch einer hyperaktiven Blase kann vorgebeugt werden; bereits bestehende Beschwerden können gebessert werden. Ein konsequentes Trink- und Miktionstraining kann den imperativen Harndrang, die Pollakisurie und Nykturie reduzieren und die Lebensqualität verbessern. Ein Trink- und Miktionstraining muss aber lebenslang befolgt werden.

Praktische Tipps für das Trink- und Miktionstraining:

- aus grossen Gläsern (Abbildung 4) trinken
- Trinkmenge am Morgen für den ganzen Tag bereitstellen
- am Vormittag häufig und viel, abends wenig trinken
- Blase gut entleeren
- Harnstrahl nicht unterbrechen
- Trink- und Miktionsprotokoll (mindestens einen Tag pro Monat) führen, bis das Trainingsziel erreicht ist.

Verschiedene Pessarformen und ihre Anwendung

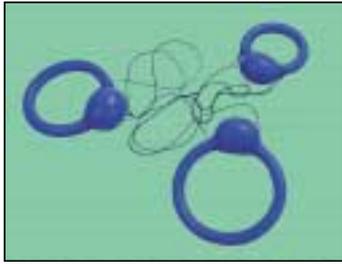


Abbildung 5: Ringpessare



Abbildung 6: Wegwerfpessare

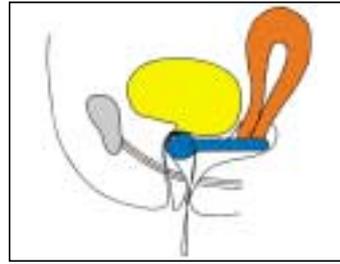


Abbildung 7: Eingelegtes Ringpessar

Pessare, täglich mit östrialhaltiger Creme eingelegt und abends entfernt, sind die effektivste Soforthilfe bei Stressinkontinenz und Deszensusbeschwerden. Sie sind ein wichtiger Bestandteil der adjuvanten Therapien und ergänzen diese.

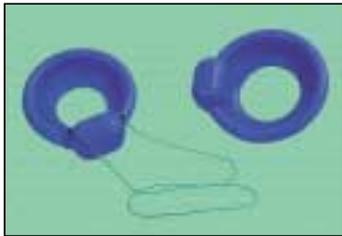


Abbildung 8: Schalenpessare

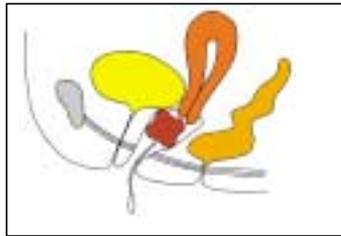


Abbildung 9: Würfelpessar, hier in situ bei Deszensus



Abbildung 10: Ringpessar, anzuwenden mit östrialhaltiger Creme

Pessare

Pessare sind die effektivste Soforthilfe bei Stressinkontinenz und Deszensusbeschwerden. Sie sind ein wichtiger Bestandteil der adjuvanten Therapien und ergänzen diese.

Vorzugsweise werden weiche, elastische, wiederverwendbare Silikonpessare, die sich zur Selbsteinlage eignen, verwendet. Ringpessare (Urethrapessare) (Abbildung 5) sowie Wegwerfpessare (Abbildung 6) werden bevorzugt bei Stressinkontinenz eingesetzt (Abbildung 7: eingelegtes Ringpessar). Finden Urethrapessare keinen Halt, so sind Wegwerfpessare oder gelegentlich Urethraschalenpessare (Abbildung 8) einzusetzen. Liegt zusätzlich eine hyperaktive Blase vor, so ist eine stärkere Kompression der Urethra erwünscht (d.h. auch in Ruhe); hierzu sind Wegwerfpessare besser geeignet als Urethrapessare. Würfelpessare werden bei Deszensusbeschwerden verwendet (Abbildung 9) und können unter Umständen eine larvierte Stressinkontinenz demaskieren. Da Wegwerfpessare nur ein- bis dreimal verwendet werden können, sind Langzeitbehandlungen mit Wegwerfpessaren teurer als Silikonpessare.

Der Wirkungsmechanismus der Pessare: Der benötigte sichere Halt wird erreicht durch Auflage des Pessars auf der Beckenbodenmuskulatur (das Ringpessar bei der Behandlung der Stressinkontinenz), durch Haftung am umliegenden Gewebe mittels saugnapfartigen Vertiefungen (Würfelpessar bei Deszensusbeschwerden), durch kombinierte Mechanismen (Haftung, Reibung, Einklemmung), besonders bei den Wegwerfpessaren (Contam, Recafem), oder auch durch Auflage und Haftung bei den Schalen- und Urethraschalenpessaren. Aus unserer Sicht haben sich zum Beispiel die Edwards-Klemme, aufblasbare Ballone oder Keulenpessare nicht bewährt.

Die Behandlungsdauer: Für Pessare empfiehlt sich eine Behandlungsdauer von drei Monaten. Bestehen dann ohne Pessar immer noch Inkontinenz- und/oder Deszensusbeschwerden, sollen diese Pessare bis zur operativen Therapie eingelegt werden. In manchen Fällen tragen die Patientinnen die Pessare

jahrelang, da sie sich einer Operation nicht unterziehen möchten. Nicht selten verwenden junge Frauen mit Stressinkontinenz nur bei sportlichen Aktivitäten das Ringpessar.

Pessare sollen täglich mit östrialhaltiger Creme (Abbildung 10) eingelegt und abends wieder entfernt werden. Dadurch können die früher häufig aufgetretenen Komplikationen wie Ulzera, Blutungen, übelriechender Ausfluss verhindert werden.

Pessare eignen sich auch zur Behandlung von Blasenentleerungsstörungen nach Inkontinenzoperationen und bei Miktionsbeschwerden infolge prolabierender Zystozele (Quetschhahnphänomen mit Abknicken der Urethra). Diese Beschwerden lassen sich durch Reposition des Blasenbodens und Streckung der Urethra durch das Würfelpessar oft gut beheben. Beim Urethrasyndrom und bei der hyperaktiven Blase konnten wir feststellen, dass Pessare die adjuvanten Therapien ergänzen und Schmerzen im Bereich der Urethra, aber auch Reizzustände günstig beeinflussen. Die Wirkungsweise wird folgendermassen erklärt: Durch die Einlage des Pessars werden die periurethralen, chronisch infizierten Skene'schen Drüsen ausmassiert. Besonders geeignet sind die Ringpessare und die weichen Wegwerfpessare.

Kontinenzhilfen und Intimpflege

Bezüglich Kontinenzhilfen wendet man sich am besten an eine spezialisierte Inkontinenzschwester; diese kennt die verschiedenen Angebote und kann entsprechend beraten.

Urogenitale Reizzustände mit trockener/ekzematöser Haut und/oder Atrophie treten heute gehäuft auf; die einfache Verabreichung einer Inkontinenzeinlage reicht in der Regel nicht. Bei einer Infektion helfen Antibiotika, sonst empfiehlt sich eine Information und Beratung bezüglich geeigneter Intimpflege. Austrocknende und stark reizende Substanzen sollen immer vermieden werden. Neben einer allfälligen Östrogensubstitution ist die Verabreichung von fettenden Cremes und Salben (u.a. auch Melkfett) zu empfehlen.

Komplementärmedizinische Therapien

Komplementärmedizinische Therapien und entsprechende Medikamente erfreuen sich grosser Beliebtheit, vor allem bei chronischen Beschwerden der hyperaktiven Blase. Die Initiative für diese Therapieformen kommt meist von den Patientinnen selbst, und sie kombinieren diese mit anderen Massnahmen, die oben beschrieben sind. Für die komplementärmedizinischen Therapien wenden sich die Patientinnen in der Regel an spezialisierte Therapeuten/Therapeutinnen. Einige Therapien haben sich durchgesetzt, darunter ist vor allem die Phytotherapie zu nennen (verschiedene Teesorten, Preiselbeersaft, Goldrutenkraut, amerikanische Sägepalme u.a.m.). Speziell erwähnt werden soll die Akupunktur; in Studien konnten damit eine Erhöhung der Blasenkapazität, seltenere Phasen von imperativem Harndrang und Inkontinenz, eine Reduktion der Miktionsfrequenz und eine bessere Lebensqualität gezeigt werden (6).

Zusammenfassung

Adjuvante Therapien sind einfach, verursachen geringe Kosten, wenig Nebenwirkungen und haben keinen negativen Einfluss auf ergänzende Therapien wie medikamentöse Behandlungen oder spätere Operationen. Die adjuvanten Therapien sollen immer miteinander kombiniert werden. Sollen adjuvante Therapien Erfolg haben, so erfordern sie viel Zeit, liebevolle Begleitung und Betreuung der Patientinnen. Dies ist um so wichtiger,

als ausser für die Stressinkontinenz für die meisten Inkontinenzformen/-beschwerden keine operativen Therapien zur Verfügung stehen. ■

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Verena Geissbühler

E-Mail: verena.geissbuehler@stgag.ch

PD Dr. med. Volker Viereck

Prof. Dr. med. Jakob Eberhard

Frauenklinik, Kantonsspital, 8501 Frauenfeld

Quellen:

1. Hannestad Y.S., Rortveit G. et al: Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110: 247-254.
2. Bryant C.M., Dowell C.J. et al: Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *Br J Nurs* 2002; 11(8): 560-565.
3. Dallosso H.M., McGrother C.W. et al: The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003; 92(1): 69-77.
4. Hay-Smith E.J., Dumoulin C.: Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatment, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD005654.
5. Shafik A, Shafik I.A.: Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol* 2003; 20(6): 374-377.
6. Emmons S.L., Otto L.: Acupuncture for Overactive Bladder. *Obstet Gynecol* 2005; 106(1): 138-143.

Erstpublikation in «Gynäkologie» 4/06.