

Harninkontinenz bei der Frau

Therapeutische Möglichkeiten

JAMA

Recht viele Frauen, nicht nur ältere, leiden unter Blasen-schwäche. In einem Beitrag für JAMA haben Jayna Holroyd-Leduc und Sharon E. Straus die Grundzüge der Behandlung der Harninkontinenz vorgestellt.

Vertraut man einschlägigen Studien, dann erzählt nur eine Minderheit der inkontinenten Frauen ihrem Hausarzt von ihrer Blasenschwäche. Oft geschieht es in einem Nebensatz, kaum je begeben sich die Frauen eigens aus diesem Grund in ärztliche Behandlung. Wenn der Arzt nicht gleich auf das Problem eingeht, traut sich die Patientin meist nicht, es noch einmal anzusprechen – oft wohl aus Scham oder aus Angst vor zu erwartenden Untersuchungen oder bevorstehenden operativen Eingriffen. Es kommt für den Arzt folglich darauf an, dem Thema nicht auszuweichen, sondern die Beschwerden ernst zu nehmen und mit der Patientin zu besprechen.

Grundsätzlich sollte es nach Auffassung der Autorinnen dabei zunächst darum gehen herauszufinden, welche Bedeutung die Blasenschwäche für die Frau hat, ob sie darunter wirklich leidet und ob eine Motivation zur Behandlung besteht. Denn

diese ist unbedingt erforderlich und die Mitarbeit der Patientin unabdingbar, ist es doch mit der Einnahme eines Medikaments in der Regel nicht getan. Das gilt für beide Inkontinenzformen, die Stressinkontinenz und die Urgeinkontinenz, die im Folgenden dargestellt werden.

Stressinkontinenz

Eine Stressinkontinenz liegt vor, wenn bei körperlicher Belastung der Blasendruck den Harnröhrendruck übersteigt und in der Folge Urin abgeht. Die Stressinkontinenz wird in drei Schweregrade unterteilt:

- Grad 1: Urinverlust beim Husten, Niesen und Lachen
- Grad 2: Urinverlust beim Heben von Lasten, beim Treppensteigen und Laufen
- Grad 3: Urinverlust beim Stehen, nicht jedoch beim Liegen.

Stressinkontinenz kann sich auch bei jüngeren Frauen einstellen, vor allem, wenn in Folge einer Geburt Bandapparat, Beckenboden- oder Urethralmuskulatur geschädigt wurden. Andere Auslöser sind hormonelle Umstellungen in der Postmenopause, aber auch körperliche Inaktivität und chronische abdominelle Drucksteigerung durch Obstipation oder Husten (bei chronischer Bronchitis).

Therapie

Die Behandlungsindikation erfolgt immer nach den individuellen Umständen. In manchen Fällen kann eine Grad-1-Inkontinenz durchaus behandlungsbedürftig sein, in anderen einer höhergradige nicht unbedingt.

Die konservativen Massnahmen bei Stressinkontinenz sind grundsätzlich längerfristig angelegt. Hierzu gehören das Becken-

Merk-sätze

- Bei der Harninkontinenz müssen Urgeinkontinenz und Stressinkontinenz unterschieden werden.
- Konservative Massnahmen setzen Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin voraus. Beckenbodentraining, Physiotherapie mit Biofeedback und Blasen-training haben sich bewährt.
- Medikamente können bei der Urgeinkontinenz unterstützend eingesetzt werden.
- Inkontinenzoperationen sind bei Versagen der konservativen Massnahmen indiziert.

bodentraining und die Physiotherapie mit Biofeedback. Ziel dieser Therapien ist eine Automatisierung des Beckenboden-Kontraktionsreflexes bei intraabdomineller Druckerhöhung.

Ist die Beckenbodenmuskulatur der betroffenen Frau gut kontraktionsfähig, ist das Beckenbodentraining eine sinnvolle Massnahme. Die Patientin lernt dabei, die Beckenbodenmuskulatur für wenige Sekunden gezielt anzuspannen. Die Übung muss mehrmals am Tag erfolgen. Wichtig ist, dass sich der Arzt vergewissert, dass die Patientin wirklich die Beckenbodenmuskulatur, und nicht die abdominelle oder die Glutealmuskulatur kontrahiert.

Ist die Frau nur mit fremder Unterstützung in der Lage zur Muskelkontraktion, hat das Beckenbodentraining wenig Sinn. Bei diesen Patientinnen kann die Physio-

Harninkontinenz bei der Frau

therapie mit Elektrostimulation und Biofeedback helfen. Im Rahmen des Biofeedbacks lernt die Patientin, die Funktion ihres Beckenbodens wahrzunehmen und die richtigen Muskelgruppen zu aktivieren.

Eine medikamentöse Therapie ist bei Stressinkontinenz schwierig. Die Autoren halten einen Versuch mit Duloxetine (Cymbalta®), einem Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer für gerechtfertigt. Sie weisen aber auf mögliche Nebenwirkungen hin, etwa Übelkeit, Schwindel, trockener Mund und Obstipation.

Führen die bisher genannten Massnahmen nicht zum Erfolg, kann ein operativer Eingriff mit der Patientin diskutiert werden. Nach Evidenzkriterien sind, den Angaben der Autoren zufolge, die offene retropubische Kolposuspension und minimalinvasive Eingriffe mit Schlingen und Tapes am besten geeignet.

Urgeinkontinenz

Die Urgeinkontinenz bezeichnet den unwillkürlichen Harnverlust bei imperativem Harndrang. Bei der motorischen Urgeinkontinenz treten Detrusorkontraktionen auf, die den Blasendruck ansteigen lassen und damit zum Urinabgang führen. Bei der sensorischen Urgeinkontinenz fehlen Muskelkontraktionen, stattdessen kommt es zu einer ungewollten Urethrelaxation. Die Urgeinkontinenz geht mit Pollakisurie und Nykturie einher, patho-

physiologisch liegt wohl ein Ungleichgewicht zwischen Dehnungsafferenzen der Blase und zerebraler Hemmung mit Detrusorinhibition vor. Ursachen können sein: Harnwegsinfekte, Genitalatrophie und Deszensus. Sind keine Organschäden vorhanden, wird die Inkontinenz idiopathisch genannt. Oft liegt bei den Betroffenen ein Trinkfehlverhalten vor – will heissen, die Frauen trinken zu wenig. Nicht wenige Patientinnen weisen neurotische Störungen auf, befinden sich in Konfliktsituationen oder in depressiver Stimmungslage.

Therapie

Die Behandlung richtet sich nach der zugrunde liegenden Ursache. Bei der idiopathischen Form ist eine gute ärztliche Zuwendung und gelegentlich auch eine psychologische Betreuung von besonderer Bedeutung.

Im Übrigen sind eine Veränderung des Trinkverhaltens und Blasentraining die wichtigsten therapeutischen Pfeiler. Dabei ist das Führen eines Miktionskalenders vorteilhaft, anhand dessen Arzt und Patientin das irreguläre Trink- und Miktionsverhalten besprechen und korrigieren können. Eine Flüssigkeitsaufnahme von 2 Litern pro Tag sollte angestrebt werden. Im Rahmen des Blasentrainings versucht die Patientin, die Harndrangepisoden zu unterdrücken und allmählich die Miktionsintervalle zu verlängern – um etwa eine Viertelstunde pro Tag –, bis eine reguläre Entleerung alle zwei bis drei Stunden erzielt ist.

Diese Therapie kann zudem medikamentös gut unterstützt werden. Hierbei kommen nach Angaben der Autoren vor allem die Anticholinergika Tolterodin (Detrusol®) und Oxbutinin (Ditropan®) in Frage. Tolterodin hat ein günstigeres Nebenwirkungsprofil, vor allem Mundtrockenheit kommt bei diesem Präparat nur selten vor. Allerdings ist die Substanz

teurer. Trosipiumchlorid (Spasmo-Urgenin®), ein weiteres gebräuchliches Anticholinergikum, wird im Artikel nicht erwähnt. In der Praxis kann die anticholinerge Therapie vom Hausarzt probatorisch eingesetzt werden, wenn kein Restharn oder Harninfekt besteht.

Bei ausbleibendem Erfolg von Blasentraining und Pharmakotherapie können auch bei Urgeinkontinenz die Elektrostimulation (mit anderer Stromfrequenz und Impulsbreite als bei Stressinkontinenz) und Biofeedback versucht werden. Auf diesem Weg werden die Reflexbögen über den N. pelvicus stimuliert, um eine Tonusminderung des Detrusors zu erreichen.

Wann an den Spezialisten überweisen?

Inkontinenzpatientinnen können oft vom Hausarzt betreut werden. Eine Überweisung zum Spezialisten ist aber in der Regel unumgänglich wenn

- die Diagnose unsicher bleibt
- eine Hämaturie besteht
- der Therapieplan nicht eingehalten wird
- Harnwegsinfekte auftreten
- Schwierigkeiten bei der Harnblasenentleerung bestehen
- bereits Beckenoperationen durchgeführt wurden oder
- neurologische Erkrankungen wie etwa Multiple Sklerose bestehen.

Jayna M. Holroyd-Leduc, Sharon E. Strauss: *Management of urinary incontinence in women. Clinical application. JAMA 2004; 291: 996–999.*

Uwe Beise

Interessenkonflikte: keine

In der Schweiz gibt die Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie Auskünfte zu Fragen rund um die Harninkontinenz. Die Internetadresse lautet: www.urogyn.ch