

Umgang mit Harninkontinenz gemäss NICE-Richtlinien

Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hat neue Empfehlungen zum Management der Harninkontinenz bei Frauen herausgegeben. Die überarbeitete Leitlinie von 2013 ersetzt die Fassung aus dem Jahr 2006.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Die International Continence Society definiert die Harninkontinenz als jeglichen unfreiwilligen Harnverlust. Eine Harninkontinenz kann als Folge verschiedener Anomalitäten des unteren Harntrakts oder im Rahmen von Erkrankungen auftreten.

Die Belastungsinkontinenz ist durch einen unfreiwilligen Harnverlust bei körperlicher Kraftanstrengung sowie beim Niesen oder Husten charakterisiert.

Bei der Dranginkontinenz ist der unfreiwillige Harnverlust von Harndrang begleitet, oder der Drang tritt unmittelbar vor dem Harnverlust auf. Der Patient verspürt einen plötzlichen Harndrang, der nur schwer zu unterdrücken ist.

Zum Erscheinungsbild einer gemischten Harninkontinenz können Symptome der Belastungs- und Dranginkontinenz in unterschiedlicher Gewichtung beitragen.

Das Syndrom der überaktiven Blase wird als Harndrang mit oder ohne Inkontinenz definiert, der meist mit erhöhter Miktionshäufigkeit und Nykturie verbunden ist. Die Symptome einer überaktiven Blase weisen häufig auf eine Detrusorüberaktivität hin, können aber auch die Folge anderer Formen urethrovessikaler Dysfunktionen sein.

Merksätze

- ❖ Die Behandlung der Harninkontinenz basiert auf dem Hauptsymptom.
- ❖ Bei Belastungsinkontinenz oder gemischter Inkontinenz gilt Beckenbodentraining als Option der ersten Wahl.
- ❖ First-Line-Medikamente zur Behandlung der überaktiven Blase sind Oxybutynin, Tolterodin und Darifenacin.
- ❖ Zu neueren invasiven Optionen bei überaktiver Blase gehören Botulinumtoxin-A-Injektionen, die perkutane Sakralnervstimulation und die perkutane Tibialnervstimulation.

In einem Übersichtsartikel haben Antony Smith von der Leitlinienentwicklungsgruppe und sein Team die neuesten Empfehlungen des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zum Management der Harninkontinenz bei Frauen zusammengefasst. Die neue Richtlinie ist auf der Website der NICE (www.nice.org.uk/CG171) in verschiedenen Versionen für Ärzte und Patienten abrufbar.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Im Rahmen der Anamnese werden die Symptome der Patientin zunächst der Belastungsinkontinenz oder der Dranginkontinenz zugeordnet. Auf dieser Basis wird mit der Behandlung begonnen. Bei gemischten Erscheinungsformen richtet sich die Behandlung nach dem vorherrschenden Symptom. Überwiegt die Belastungsinkontinenz in der gemischten Form, wird mit der Patientin zunächst der Nutzen des konservativen Managements inklusive medikamentöser Optionen abgewogen, bevor ein chirurgischer Eingriff in Betracht gezogen wird. Bei allen Frauen mit Harninkontinenz sollte routinemässig eine digitale Untersuchung zur Überprüfung der Beckenbodenkontraktion vorgenommen werden.

Miktionstagebuch

Bei der ersten Evaluierung einer Harninkontinenz oder einer überaktiven Blase ist ein Miktionstagebuch von Nutzen. Hier werden Flüssigkeitsaufnahme, Miktionszeiten und Harnmenge, Harnverlust, die Benutzung von Slipeinlagen/Inkontinenzhilfen und andere individuell bedeutsame Informationen dokumentiert. Das Tagebuch sollte mindestens über 3 Tage und im Rahmen einer unterschiedlichen Tagesgestaltung, etwa bei der Arbeit und in der Freizeit, geführt werden.

Inkontinenzprodukte

Absorbierende Inkontinenzprodukte, Nottoiletten und andere Toilettenhilfsmittel sind keine geeigneten Optionen zur Behandlung der Inkontinenz. Sie dienen lediglich als Hilfsmittel bis zur Wirksamkeit einer Behandlung oder zur Unterstützung der Therapie. Als langfristige Option werden sie nur empfohlen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Beckenbodentraining

Bei Stressinkontinenz oder gemischter Inkontinenz gilt ein mindestens 3 Monate lang andauerndes betreutes Beckenbodentraining als therapeutische Option der ersten Wahl. Das Trainingsprogramm beinhaltet 3-mal täglich mindestens 8 Kontraktionen. Ist das Training von Nutzen, sollte es fortgesetzt werden.

Medikamentöse Behandlung

Bei vorwiegender Belastungsinkontinenz sollte Duloxetin (Cymbalta®) nicht als First-Line-Medikament angeboten werden. Als Second-Line-Option kommt die Substanz nur bei Frauen infrage, die ausdrücklich eine medikamentöse Behandlung wünschen oder die nicht von einem chirurgischen Eingriff profitieren. Bei Verschreibung von Duloxetin sollte die Patientin auf dessen Nebenwirkungen wie Übelkeit oder Fatigue hingewiesen werden.

Werden zur Behandlung einer überaktiven Blase Antimuskarinika in Betracht gezogen, müssen Begleitfaktoren wie eine unzureichende Blasenentleerung, die Einnahme anderer, die anticholinerge Last ebenfalls beeinflussende Medikamente und das Risiko für unerwünschte Wirkungen berücksichtigt werden. Vor Behandlungsbeginn wird mit der Patientin über die Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolgs und über mögliche Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit und Verstopfung sowie über die Art und Häufigkeit der Einnahme gesprochen. Auch sollte die Patientin darüber informiert werden, dass Nebenwirkungen mitunter auf den Beginn eines Behandlungserfolgs hinweisen können und dass der Erfolg erst nach mindestens 4 Wochen abschliessend beurteilt werden kann (2013). Bei Beginn mit einem neuen Medikament wird mit der niedrigsten empfohlenen Dosis begonnen. Erweist sich diese Medikation als wirksam und gut verträglich, wird sie unverändert fortgesetzt.

Auswahl geeigneter Medikamente

Bei überaktiver Blase oder gemischter Harninkontinenz können grundsätzlich Oxybutynin (Ditropan®, Lyrinel OROS® [Retardtabletten], Kentera® [transdermales Pflaster]), Tolterodin (Detrusitol®) oder Darifenacin (Emselex®) angeboten werden. Gebrechliche ältere Frauen mit multiplen Komorbiditäten, funktioneller oder kognitiver Beeinträchtigung sollten jedoch kein schnell freisetzendes Oxybutynin erhalten, da die Substanz die Blut-Hirn-Schranke überwindet und somit die kognitive Funktion beeinträchtigen kann.

Bei unzureichender Wirksamkeit oder Verträglichkeit der genannten Substanzen können auch Fesoterodin (Toviaz®), Propiverin (in der Schweiz nicht im Handel), Solifenacin (Vesicare®) oder Trosipium (Spasmo-Urgenin® Neo, Spasmex®) verabreicht werden, wobei das NICE zur jeweils kostengünstigsten Variante rät. Für Frauen, bei denen keine orale Medikation angewendet werden kann, stehen transdermale Darreichungsformen zur Verfügung.

Überprüfung der Medikation

Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikation sowie die Zufriedenheit der Patientin sollten etwa 4 Wochen nach Beginn in einem Telefongespräch überprüft werden. Bei unzureichender Wirksamkeit oder schweren Nebenwirkungen kann die Dosierung verändert oder das Medikament gewechselt werden. Bei langfristiger Einnahme von Medikamenten gegen eine überaktive Blase oder gegen Harninkontinenz sollte die Medikation jährlich, bei Frauen über 75 Jahren alle 6 Monate überprüft werden.

Eine Überweisung zur Sekundärversorgung kann angeboten werden, wenn die Patientin nach einem Behandlungsmisserfolg oder bei Unverträglichkeit kein weiteres Medikament versuchen möchte, jedoch eine Beratung und Informationen

zu weiteren therapeutischen Optionen wünscht. Zur Erörterung des weiteren Managements der Inkontinenz kann sich die Patientin an ein multidisziplinäres Team wenden.

Mit Hilfe einer urodynamischen Untersuchung sollte geklärt werden, ob eine Detrusorüberaktivität für die Symptome der überaktiven Blase verantwortlich ist. Bei einer Detrusorüberaktivität als Ursache der Inkontinenzsymptome kann eine invasive Behandlung angeboten werden. Wünscht die Patientin dies nicht, wird an die Sekundärversorgung überwiesen. Liegt keine Detrusorüberaktivität vor, wird das weitere Management im interdisziplinären Team erörtert.

Interdisziplinäres Team

Eine invasive Therapie der Harninkontinenz sollte nur nach Erörterung des individuellen Falls in einem interdisziplinären Team angeboten werden. Idealerweise setzt sich das Team aus einem Urogynäkologen, einem Urologen mit Spezialisierung auf die weibliche Urologie, einer speziell ausgebildeten Krankenschwester, einem spezialisierten Physiotherapeuten, einem Kolorektalchirurgen mit entsprechender Spezialisierung und einem Mitglied eines Pflegedienstes zusammen. Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sollten innerhalb eines regionalen klinischen Netzwerkes kooperieren, um sicherzustellen, dass die Patientin eine geeignete Behandlung und eine qualitativ gute Versorgung erhält.

Invasive Optionen bei überaktiver Blase

Frauen mit Detrusorüberaktivität, die auf konservative Massnahmen nicht ansprechen, kann eine Injektion mit Botulinumtoxin A in die Blasenwand angeboten werden. Vor der Injektion werden mit der Patientin Nutzen und Risiken des Verfahrens erörtert. Sie sollte darauf hingewiesen werden, dass für einen unbestimmten Zeitraum eine Selbstkatheterisierung erforderlich sein könnte und dabei das Risiko für Harnwegsinfekte zunimmt. Die Behandlung mit Botulinumtoxin A wird möglichst nur begonnen, wenn die Patientin die Technik der Selbstkatheterisierung beherrscht.

Spricht eine Patientin mit überaktiver Blase nicht ausreichend auf das konservative Management oder auf Botulinumtoxin-A-Injektionen an, kann eine perkutane Stimulierung des Sakralnervs angeboten werden. Bei diesem Verfahren wird der Sakralnerv durch einen im Kreuzbeinbereich implantierten Schrittmacher stimuliert. Auch im Zusammenhang mit diesem Eingriff sollte die Patientin zuvor über Implikationen wie dem Risiko der Unwirksamkeit, der potenziellen Erfordernis einer chirurgischen Revision und auf mögliche Nebenwirkungen wie Schmerzen an der Implantationsstelle informiert werden. Als weitere Option steht bei unzureichendem Ansprechen auf alle anderen bislang genannten Massnahmen die perkutane Stimulierung des Nervus tibialis im Bereich des Fussgewölbes mittels wiederholter kurzer Stromimpulse zur Verfügung. Frauen, die einen chirurgischen Eingriff in Betracht ziehen, sollten über den Nutzen und die Risiken chirurgischer Optionen wie einer Kolposuspension informiert werden. ❖

Petra Stölting

Quelle: Tong L, Tan J et al: Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2013; 347: f5170.

Interessenkonflikte: keine deklariert