

## Harninkontinenz bei Frauen

# Pharmakologische und nicht pharmakologische Therapieoptionen

**Harninkontinenz ist bei Frauen verbreitet und kann sich in ihrem Lebensalltag sehr negativ auswirken. Die Planung von Ausser-Haus-Routen entlang von öffentlich erreichbaren Toiletten bis hin zum sozialen Rückzug können Folgen dieser Störung sein. Medikamentöse wie auch nicht medikamentöse Therapien gibt es dafür einige. Welchen Stellenwert sie haben, analysierten ein systematischer Review und eine Netzwerkmetaanalyse.**

*Annals of Internal Medicine*

Urininkontinenz betrifft etwa 17 Prozent der nicht schwangeren Frauen, die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, vor allem nach der Menopause. Der ungewollte Harnabgang kann negative Auswirkungen auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Frauen haben und zu Einschränkungen im Lebensstil führen. Die häufigsten Typen der Urininkontinenz sind Stressinkontinenz, Dranginkontinenz oder gemischte Inkontinenz. Bei der Stressinkontinenz kommt es zu ungewolltem Harnabgang beispielsweise bei sportlicher Betätigung, Husten oder Schnäuzen. Eine Dranginkontinenz ist definiert durch einen plötzlichen und schwierig kontrollierbaren Harndrang. Die gemischte Inkontinenz vereint Züge von beiden Inkontinenztypen.

Als Therapie gibt es pharmakologische und nicht pharmakologische Möglichkeiten. Letztere bestehen meist aus Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur oder Verhaltensänderungen, die einen Einfluss auf die Blasenfunktion ausüben, wie beispielsweise das Blasentraining mit dem Ziel, den Harn länger halten zu können. Pharmakologische Therapien zielen meist auf Blase und urethrale Sphinkterfunktion ab. Welche Therapien sich wofür besser eignen, wurde in einem breit angelegten systematischen Review und einer Netzwerk-Metaanalyse erhoben. Die Analyse beschränkte sich auf nicht chirurgische Massnahmen bei nicht schwangeren Frauen mit Stress-, Drang- oder gemischter Inkontinenz. In die Analyse wurden 84 randomisierte Studien aufgenommen, die 14 Interventionskategorien testeten und deren End-

punkte jeweils als Heilung oder Symptomverbesserung definiert waren. 31 Studien befassten sich mit Stressinkontinenz, 16 mit Dranginkontinenz, 4 mit gemischter Inkontinenz und 32 mit allen Typen oder nicht spezifizierter Inkontinenz.

In der Analyse befanden sich Interventionen mit Verhaltenstraining, meist Blasentraining und Muskelstärkung, elektrische oder magnetische Neuromodulation, Hormone wie Östrogen und Raloxifen sowie Anticholinergika mit elf spezifischen Vertretern (Darifenacin, Fesoterodin, Flavoxat, Oxybutynin, Phenylpropanolamin, Pilocarpin, Propanthelin, Propiverin, Solifenacin, Tolterodin, Trosipiumchlorid).

### Wirkung auf Stressinkontinenz

In der Erst- und Zweitlinientherapie zeigte sich die Verhaltenstherapie allein oder kombiniert mit Hormonen einer Therapie mit  $\alpha$ -Agonisten (Duloxetin, Midodrin) oder Hormonen bei der Erreichung von Heilung oder Symptomlinderung überlegen.  $\alpha$ -Agonisten waren zur Symptomlinderung wirksamer als Hormone. Bei den Drittlinientherapien zeigten sich die intravesikale Druckverringering (IVPR) sowie die Neuromodulation, nicht aber «bulking agents», einer Therapie mit Hormonen oder keiner Therapie überlegen. Indirekte Evidenz gibt es für eine Überlegenheit der intravesikalen Druckverringering gegenüber der Neuromodulation kombiniert mit Verhaltens- oder Hormontherapie, doch eine Verhaltenstherapie könnte wirksamer sein als eine Therapie mit «bulking agents» oder eine Kombination von Neuromodulation und Verhaltenstherapie.

### Wirkung auf Dranginkontinenz

Unter den als Erst- und Zweitlinientherapien angewendeten Behandlungen der Dranginkontinenz war die Verhaltenstherapie signifikant wirksamer als Anticholinergika zum Erreichen einer Symptomlinderung oder Heilung. Bei den Drittlinientherapien waren Neuromodulation und Botox für eine Heilung wirksamer als keine Therapie, Botox schien jedoch wirksamer als eine Neuromodulation.

### Fazit

Die Autoren gelangen mit der gewonnenen Evidenz zu vier Schlussfolgerungen: 1. Die Evidenz unterstützt die meisten Therapieansätze bei der Behandlung der Urininkontinenz – pharmakologische, nicht pharmakologische oder Kombinationen –, mit Ausnahme von Hormonen und periurethralen «bulking agents». 2. Therapiestrategien, die eine Verhaltenstherapie umfassen, sind in der Behandlung von Stress- oder Dranginkontinenz in der Regel erfolgreicher als solche, die dies nicht tun. Die Ergebnisse decken sich mit den Guidelines von sechs internationalen Empfehlungen, wonach erst eine konservative Therapie versucht werden soll, bevor eine invasive Massnahme durchgeführt wird. 3. Pharmakologische Behandlungen induzieren bei alleiniger Anwendung nicht schwerwiegende, aber störende Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Nausea und Fatigue. 4. Drittlinieninterventionen wie Botox, Neuromodulation und intravesikale Druckverringering sind in der Regel wirksamer als andere Drittlinientherapieansätze. **VH ▲**

Referenz: Balk E et al.: Pharmacologic and nonpharmacologic treatments for urinary incontinence in women: a systematic review and network meta-analysis of clinical outcomes. *Ann Intern Med* 2019, Mar 19; Epub ahead of print.

Interessenlage: Alle Autoren erhielten zur Durchführung dieser Studie eine Unterstützung der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).