

Konservative Behandlung hat Vorrang

Therapieoptionen bei Harninkontinenz der Frau

Harninkontinenz ist unter Frauen weitverbreitet. Die Therapie der beiden Hauptformen – Belastungsinkontinenz und überaktive Blase (ÜAB) – orientiert sich am Leidensdruck der Patientin. Für die hausärztliche Praxis sind insbesondere Kenntnisse zu konservativen Therapiemöglichkeiten, wie Verhaltens- und Physiotherapie sowie medikamentösen Optionen, bedeutsam. Anticholinergika gelten bei der ÜAB als Mittel der ersten Wahl.

Eva Schnabel

Die Belastungsinkontinenz ist mit einer Inzidenz von 49 Prozent die häufigere Erkrankung – gefolgt von der ÜAB mit 29 Prozent. Beide Inkontinenzarten treten auch als Mischinkontinenz (22%) auf.

Belastungsinkontinenz: konservative Therapie

Unter einer Belastungsinkontinenz ist ein Urinverlust bei Belastung des Bauchraums (Husten, Lachen, Heben usw.) zu verstehen. Die anatomische Unversehrtheit der Blasenhalregion und der proximalen Urethra ist für die Harnkontinenz bedeutsam. Durch Defekte des Halteapparats kommt es zur gestörten Unterstützung der Harnröhre und der urethralen Verschlussfunktion. Der erste Schritt in der Therapie der Belastungsinkontinenz einer postmenopausalen Patientin ist die lokale, vaginale Östrogenisierung. Sie ist inzwischen ein fester Bestandteil der urogynäkologischen Praxis. Eine intravaginale Östrogenapplikation verbessert bei postmenopausalen Patientinnen vaginale Beschwerden und Symptome des unteren Harntrakts – unabhängig davon, ob eine Atrophie der Vaginalhaut vorliegt. Intravaginal verabreichte Estriolpräparate, gewöhnlich 0,5 bis 1 mg vaginal täglich für 3 Wochen, danach 2-mal pro Woche, können eine Harninkontinenz bei postmenopausalen Frauen verbessern oder heilen (1).

Beckenbodentraining (BBT) sollte ebenfalls am Therapieanfang stehen. Bei einer Belastungsinkontinenz wird ein an-

geleitetes Training über mehr als 3 Monate, kombiniert mit einem Blasentraining, empfohlen. Um die korrekte Beckenbodenaktivität der Patientin zu demonstrieren, können ein apparatives Biofeedbackgerät, ein digitaler Tastbefund oder ein Vaginalgewicht (Vaginalkonen) sinnvoll sein. Ergänzend gibt es die elektromagnetische Stimulation des Beckenbodens durch einen Elektromagnetstuhl, die vor allem für Patientinnen, die ihren Beckenboden nicht spüren und kontrahieren können, vorteilhaft ist. Das Training sollte regelmässig und dauerhaft sein. Kleine Beckenbodentrainer mit Apps können hier unterstützen (vgl. *Abbildung 1*).

Eine weitere, wenn auch marginale Therapieoption ist die medikamentöse Therapie mit Duloxetin, einem selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI). In Studien liessen sich bei einer Tagesdosis von 80 mg Duloxetin positive Effekte in der Behandlung der Harninkontinenz nachweisen. Die Kombination von Duloxetin und Beckenbodengymnastik führt zu besseren Ergebnissen. Die Inkontinenzepisoden vermindern sich unter Duloxetin um 50 bis 60 Prozent gegenüber 20 bis 40 Prozent unter Placebo (3). Die häufigsten Nebenwirkungen einer Duloxetintherapie sind Übelkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen und Sehstörungen. Die Therapie sollte man einschleichend beginnen: 20 mg 1–0–1 p.o., nach 2 Wochen steigern auf 40 mg 1–0–1. Zum Absetzen muss man die Medikation über mindestens 2 Wochen ausschleichen. Zu den Kontraindikationen zählen Leber- und schwere Niereninsuffizienz, entgleister Hypertonus, Therapie mit Monoaminoxidase-(MAO-) oder selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI). Vorsicht ist bei Patientinnen mit Manie, bipolarer Störung, Epilepsie, Glaukom, Antikoagulation oder Thrombozytenfunktionsstörung geboten.

Das Pessar ist ein wichtiger Bestandteil der konservativen Therapie der Belastungsinkontinenz. Urethrapessare (*Abbildung 2a*) gibt es in vielen Designs. Das Wirkprinzip ist bei allen ähnlich: Durch das eingeführte Pessar verlagert sich der Blasenhal und verhindert in Belastungssituationen ein Öff-

MERKSÄTZE

- ▶ Bei Belastungsinkontinenz sind vor allem konservative Methoden gefragt, wie etwa Beckenbodentraining.
- ▶ Als Mittel der ersten Wahl bei ÜAB gelten Anticholinergika.
- ▶ Keines der auf dem Markt befindlichen Präparate ist dem anderen in der Wirkung überlegen.

nen der oberen Harnröhre. Die Verlagerung kann auch das Eindringen von Urin in die Harnröhre verhindern, was den Effekt auf eine Drang- oder eine Mischinkontinenz begünstigt. Es wird dringend empfohlen, das Pessar jeden Abend herauszunehmen und morgens wieder einzusetzen. Ein vaginales Stützpressar (Restifem®; *Abbildung 2b*) wurde vor allem für Frauen nach Entbindung entwickelt. Für die leichten Formen der Belastungsinkontinenz ist die vaginale Lasertherapie mit Yttrium-Aluminium-Granat-(YAG-)Laser günstig, die sich positiv auf eine vaginale Atrophie auswirkt (8).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Bei anhaltender Symptomatik und Erschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten oder bei Wunsch der Patientin nach einer dauerhaften Therapie ist eine operative Korrektur zu empfehlen (*Kasten 2*). Die Kolposuspension ist hier die

Kasten 1:

Kasuistik: Woher rührt die Dranginkontinenz?

Eine 72-jährige Patientin stellt sich wegen Harninkontinenz im Dezember 2019 in der Sprechstunde vor. Sie berichtet über einen imperativen Harndrang, vor allem beim Aufstehen, mit Dranginkontinenz. Die Blasenentleerung sei gut, erklärt sie, gibt aber eine leichte Belastungsinkontinenz (Grad I) beim Husten und Niesen an. Diese sei jedoch wenig störend. Das Miktionsintervall liegt bei 30 bis 60 Minuten, die Nykturie wird mit 3-mal pro Nacht angegeben. Bis jetzt wurden keine vaginale Östrogenisierung, kein Beckenbodentraining, keine gynäkologischen Voroperationen vorgenommen. Der Stuhlgang sei regelrecht, erklärt sie. Anamnestisch sind arterielle Hypertonie, Hypothyreose und Adipositas bekannt. Als Medikamente nimmt sie Euthyrox® (Levothyroxin) ein. Zustand nach Knieendoprotheseimplantation und Nabelhernienoperation.

Bei der gynäkologischen Untersuchung zeigen sich kein Descensus genitalis und ein Virgo intacta. Die rektale Palpation ergab keine Auffälligkeiten. Eine vaginale Sonografie ist nicht möglich. Die Sonografie des Vaginalintroitus zeigt eine orthotope Blase. Der Uterus ist ohne Befund, die Ovarien sind nicht darstellbar. Die urodynamische Untersuchung zeigt einen Restharn von 50 ml. Erster Harndrang bei 273 ml, maximales Blasenvolumen bei 456 ml. Die funktionelle Urethralänge liegt mit 35 mm wie der Urethraverschlussdruck mit 83 cm H₂O im Normbereich. Es zeigen sich keine pathologischen Detrusorkontraktionen. Klinischer Stresstest: Weder im Liegen noch im Stehen liess sich durch Husten bei voller Blase ein Urinabgang provozieren.

Diagnose: Urge-Inkontinenz.

Therapie: Toiletentraining, Miktionstagebuch, Beckenbodentraining. Verschreibung: Trosipiumchlorid, Estriol 0,5 mg Vaginalovula, Wiedervorstellung in 3 Monaten zur Erfolgskontrolle und Zystoskopie.

März 2020: Trosipiumchlorid wurde schlecht toleriert, die Patientin berichtet über Sehstörungen und Obstipation, deshalb Wechsel auf Mirabegron (Betmiga® 50, 1 × 1), Zystoskopie: ohne Befund.

Mai 2020: Die Patientin meldet sich erneut. Sie hat die Medikation nicht gut vertragen, die Drangsymptomatik wurde nur leicht gebessert. Eine Botulinumtoxininjektion wäre möglich. Die Botulinumtoxinaufklärung erfolgt, Nitrofurantoin 100 wurde als perioperative Prophylaxe rezeptiert.

Juni 2020: intravesikale Botulinumtoxininjektion.

September 2020: deutliche Besserung der Symptomatik.

älteste Operation und hat im Langzeitverlauf eine Erfolgsrate von 70 Prozent (2). Ziel ist die verbesserte Drucktransmission durch Kranioventralverlagerung des Blasenhalbes.

«Bulking agents» werden zur peri- und intraurethralen Injektion eingesetzt, um die Adhäsivkräfte der urethralen Mukosa zu verbessern. Die Erfolgsrate liegt zwischen 40 und 70 Prozent (1). Die Methode ist auch in Lokalanästhesie möglich. Auch alloplastische vordere Vaginalbänder werden vor allem bei Belastungsinkontinenz genutzt. Das Band wird um die Harnröhre gelegt und suprapubisch (TVT) oder transobturatorisch (TOT) ausgeleitet. Heute liegt die Langzeitheilungsrate nach TVT-Operation bei über 80 Prozent. Für minimalinvasive Alternativen (Minischlingen) fehlen bislang kontrollierte Studien.

Konservative Therapie der überaktiven Blase

Wichtige Bestandteile der Behandlung der ÜAB sind die Verhaltens- und die Physiotherapie, bei postmenopausalen Patientinnen zusätzlich die vaginale Östrogenisierung. Anhand des Miktionstagebuchs können sowohl die Trinkmenge als auch die Miktionsfrequenz optimiert werden. Bis zu einem gewissen Mass lässt sich durch das Unterdrücken des Drangs mittels Beckenbodenkontraktion (bladder drill), Druck auf den Vaginalintroitus oder Ablenkung die Miktions aufschieben und somit die funktionelle Harnblasenkapazität erhöhen. Eine systemische Hormonersatztherapie in der Peri- und Postmenopause ist keine Garantie für eine ausreichende vaginale Östrogenisierung. Häufig wird eine höhere Dosierung benötigt (4).

Falls keine onkologischen Kontraindikationen vorliegen, sollte jeder peri- und postmenopausalen Patientin eine vaginale Östrogenisierung dauerhaft empfohlen werden. Das BBT wird entweder klassisch (Gruppen-/Einzelsitzungen) oder intensiviert durch Elektrostimulations- und Biofeedbackgeräte angeboten. Im Vergleich zum BBT (allein vs. BBT mit Biofeedback vs. BBT mit Elektrostimulation) erzielt die Elek-



Abbildung 1: Beispiel für einen Beckenbodentrainer (Elvie Trainer; © Medizintechnik Kaasen GmbH, D-44532 Lünen)

trostimulation den grössten Erfolg bei ÜAB und Harninkontinenz. Für die kontinente Speicherphase und die Miktion sind nicht nur die anatomische Intaktheit der individuellen Organeinheiten (Blase, Urethra), sondern auch das Zusammenspiel als funktionelle Einheit wichtig. Durch die Elektro-

stimulation der afferenten Fasern des Nervus pudendus werden die sakralen Nervenwurzeln S2/S3 stimuliert; die weitergeleiteten Impulse aktivieren den Sympathikus, der die Speicherphase einleitet. Damit erhöht sich das Blasenvolumen, und die Miktionsfrequenz wird verlängert.

Bleiben alle Massnahmen erfolglos, sollte eine unterstützende Medikation beginnen. Wichtig bleibt aber die Fortführung von Verhaltenstherapie, BBT und vaginaler Östrogenisierung. Die Mittel der ersten Wahl bei ÜAB sind Anticholinergika (vgl. *Tabelle*). Es gibt keine Evidenz dafür, dass manche Anticholinergika den anderen in ihrer Wirkung überlegen sind. Die Blockade der Muskarinrezeptoren der Blase führt zum gewünschten Effekt dieser Wirkstoffe. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen unter anderem Mundtrockenheit, Obstipation und trockene Augen. Das Nebenwirkungsprofil kann durch retardierte (1-mal täglich) oder parenterale Darreichungsformen (Pflaster, z. B. Oxybutynin [Kentera®]) verbessert werden. Eine langfristige Behandlung (> 3 Monate) sollte nur bei eindeutiger Verbesserung der klinischen Symptomatik stattfinden. Eine Verstärkung der anticholinergen Wirkung durch Anti-Parkinson-Mittel, Antihistaminika, Neuroleptika und trizyklische Antidepressiva sollte beachtet werden. Zu den Kontraindikationen zählen unter anderem Engwinkelglaukom, Demenz und Leberfunktionsstörung. Bei Anticholinergika sollte man gerade bei älteren Menschen auf die Passage durch die Blut-Hirn-Schranke achten, um möglichst wenig zerebrale Nebenwirkungen zu verursachen. Tolterodin oder Trosipiumchlorid sollten bei älteren Patientinnen bevorzugt zum Einsatz kommen.

Mirabegron (Betmiga® 50 mg ret.) ist ein selektiver Agonist des β_3 -Adrenorezeptors und führt an der Blase zur Relaxation der glatten Muskulatur und zur Vergrösserung der funktionellen Harnblasenkapazität. Es gibt keine Evidenz für die

Tabelle:

Anticholinergika zur Behandlung der überaktiven Blase

Wirkstoff	Dosierung	Präparate
Trosipiumchlorid	5 mg 1-1-1 bis 15 mg 1-1-1, max. Tagesdosis: 20 mg bei Niereninsuffizienz	Spasmo-Urgenin® Neo, Spasmex®
Oxybutynin	einschleichende Dosisfindung, Beginn mit 2,5 mg 1-0-1; max. Dosierung: 5 mg 1-1-1	Ditropan®, Kentera®
Propiverin	15 mg 1-0-1, Steigerung auf 1-1-1	Mictonorm®, Mictonet®
Tolterodin	1-2 mg 1-0-1 zu Beginn, Dosissteigerung bis 2 mg 1-1-1 oder Retardpräparat: 4 mg 1-0-0	Detrusitol® SR
Fesoterodin	Anfangsdosis: 4 mg 1-0-0, Steigerung auf 8 mg 1-0-0 möglich; die volle Wirkung wird nach 2-8 Wochen Therapie erreicht	Toviaz® und Generika
Darifenacin	Initialdosis: 7,5 mg 1-0-0, bei Bedarf Steigerung nach 2 Wochen auf 15 mg 1-0-0; keine Dosissteigerung bei Leberinsuffizienz	Emselex®
Solifenacin	Initialdosis: 5 mg 1-0-0, bei Bedarf Steigerung nach 2 Wochen auf 10 mg 1-0-0; keine Dosissteigerung bei Leber-/Niereninsuffizienz	Vesicare® und Generika

Kasten 2:

Ansätze einer operativen Therapie bei Belastungsinkontinenz

- ▲ Verbesserung der Drucktransmission durch Kraniouventralverlagerung des Blasenhalsses
- ▲ Rekonstruktion der vaginalen Hängematte
- ▲ Ersatz der pubourethralen Fixierung der Urethra
- ▲ Verbesserung der Adhäsivkräfte der urethralen Mukosa

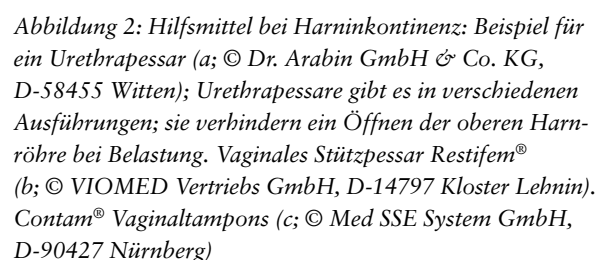
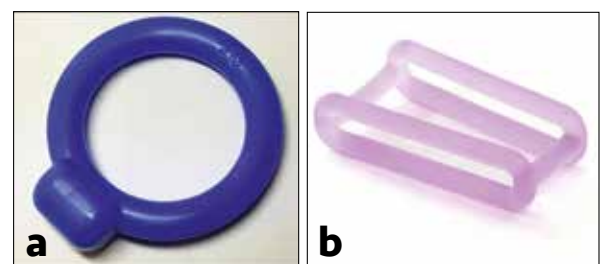


Abbildung 2: Hilfsmittel bei Harninkontinenz: Beispiel für ein Urethrapessar (a; © Dr. Arabin GmbH & Co. KG, D-58455 Witten); Urethrapessare gibt es in verschiedenen Ausführungen; sie verhindern ein Öffnen der oberen Harnröhre bei Belastung. Vaginales Stützgerät Restifem® (b; © VIOMED Vertriebs GmbH, D-14797 Kloster Lehnin). Contam® Vaginaltampons (c; © Med SSE System GmbH, D-90427 Nürnberg)

Überlegenheit von Mirabegron hinsichtlich Symptom- oder Lebensqualitätsverbesserung gegenüber Anticholinergika. Über Sicherheit und Wirksamkeit einer kombinierten Behandlung mit Mirabegron und einem Anticholinergikum liegen einzelne Studien mit gesteigerter Wirksamkeit und günstigem Nebenwirkungsprofil vor (5). Die Kombination wird jedoch in der Fachinformation nicht empfohlen. Langzeitdaten bezüglich der kardiovaskulären Sicherheit sind noch nicht vorhanden. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen Tachykardie und Harnwegsinfektionen. Vorsicht ist bei der Kombination mit CYP3A-Inhibitoren (CYP3A: Cytochrom P450, Familie 3, Unterfamilie A) geboten. Kontraindiziert ist Mirabegron bei entgleistem Hypertonus, bei Schwangerschaft und im Kindesalter.

Operative Therapie der überaktiven Blase

Botulinumtoxin hemmt lang anhaltend die Erregungsübertragung von Nerven auf die Muskelzelle (6). Botulinumtoxin A ist zugelassen zur Therapie der Detrusorüberaktivität bei unzureichendem medikamentösen Therapieerfolg mit Anticholinergika (7). Die mittlere Wirkdauer beträgt 9 Monate. Selten können Blasenentleerungsstörungen mit der Notwendigkeit eines intermittierenden Katheterismus auftreten. Kontraindiziert ist die Botulinumtoxininjektion bei Gerinnungsstörungen, Harnwegsinfektionen und bekannter Unverträglichkeit. Vorsicht ist bei Myasthenia gravis geboten. Eine Botulinumtoxininjektion in Lokalanästhesie ist gut möglich. Die sakrale Neuromodulation (SNS) ist bei neurogener Detrusorüberaktivität indiziert, die auf Medikamente nicht ausreichend anspricht. Eine Elektrode wird in die Nähe der sakralen Nervenwurzeln S2/S3 implantiert und mittels eines externen Stimulators 2 Wochen getestet. Bei Symptomlinderung ist ein subkutaner Impulsgeber zu implantieren. Zu den Indikationen zählen ÜAB, nicht obstruktiver Harnverhalt und Stuhlinkontinenz. Kontraindiziert ist die SNS bei anatomischen Veränderungen am Os sacrum, einer Blasenkapazität unter 150 ml, bei Schwangerschaft und im Kindesalter. Bei Therapieversagen und unverändert hohem Leidensdruck gelten Blasenaugmentation, Harnblasenersatz oder permanente Harnableitung als Ultima Ratio.

Fazit

Die Therapie der Harninkontinenz dient vor allem einer besseren Lebensqualität der Patientin. Bei der Therapiefindung sollte man alle Nebendiagnosen, medikamentösen Therapien und Eingriffe berücksichtigen. Nach wie vor gilt der Grundsatz «konservativ vor operativ». ▲

Dr. med. univ. Eva Schnabel
Klinik Tettngang, Beckenbodenzentrum
D-88069 Tettngang

Interessenlage: Die Autorin hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «doctors today» 4/2021. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.

Literatur:

1. Manski D: Urologielehrbuch.de, 15. Aufl. 2020, Stadtbergen (Selbstverlag), ISBN 978-3-946441-03-8, <https://www.urologielehrbuch.de>.
2. Hofmann R, Wagner U (Hrsg.): Inkontinenz- und Deszensus Chirurgie der Frau, 2. Aufl. 2015, Heidelberg: Springer.
3. Mariappan P et al.: Duloxetine, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol* 2007; 51(1): 67-74.
4. Sturdee DW, Panay N; International Menopause Society Writing Group: Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010; 13(6): 509-522.
5. Abrams P et al.: Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: efficacy and safety results from a randomised, double-blind, dose-ranging, phase 2 study (Symphony). *Eur Urol* 2015; 67(3): 577-588.
6. Karsenty G et al.: Botulinum toxin A (Botox) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor overactivity/neurogenic overactive bladder: a systematic literature review. *Eur Urol* 2008; 53(2): 275-287.
7. Cruz CD, Cruz F: Spinal cord injury and bladder dysfunction: new ideas about an old problem. *Scientific World Journal* 2011; 11: 214-234.
8. Pergialiotis V et al.: A systematic review on vaginal laser therapy for treating stress urinary incontinence: Do we have enough evidence? *Int Urogynecol J* 2017; 28(10): 1445-1451.