



Harninkontinenz bei Frauen – ein häufiges und oft schweres Lebensqualitätsproblem

Gabriel Schär

Frauenklinik, Kantonsspital Aarau

Quintessenz

- Die Belastungsinkontinenz tritt bei körperlicher Betätigung mit abdominalen Druckerhöhung auf.
- Die hyperaktive Blase ist eine Störung der Blasenfüllung (sensorisch oder motorisch).
- Anamnese, Hustentest und klinische Untersuchung sind die Eckpfeiler der Basisdiagnostik und genügen meist, um eine Basistherapie einzuleiten.
- Die Belastungsinkontinenz wird durch Beckenbodenrehabilitation behandelt; dazu gehören die Beckenbodengymnastik sowie die physiotherapeutische Instruktion mit Elektrostimulation und Biofeedback.
- Bei Versagen der konservativen Behandlung kann eine Schlingenoperation vorgenommen werden.
- Die Therapie der hyperaktiven Blase wird mit Verhaltenstraining und Anticholinergika durchgeführt.

Summary

Urinary incontinence in women – a common and often serious quality-of-life problem

- *Stress incontinence occurs during physical activity with increased abdominal pressure.*
- *Bladder overactivity is a problem of bladder filling (sensory and motor).*
- *Patient history, cough test, and physical exam are the basic diagnostic tests and usually serve to determine appropriate therapy.*
- *Patients with stress incontinence are treated by pelvic floor rehabilitation, such as pelvic floor training, electrical stimulation and biofeedback.*
- *If conservative treatment fails, surgery with a sling procedure is appropriate.*
- *Overactive bladder is treated by behavioural training and drug therapy with anticholinergics.*

Einführung

Harninkontinenz ist ein Symptom, das die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend beeinträchtigen kann. Die Inzidenz nimmt bei Frauen mit zunehmendem Alter zu. In der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren liegt sie bei 15% und steigt bei den 40- bis 50jährigen bis auf 25% an. Im geriatrischen Bereich leiden bis zu 60% der Frauen an dieser Krankheit. Nach wie vor wird das Thema Harninkontinenz tabuisiert. Auch wir Ärzte neigen dazu, es zu vernachlässigen. Aufgrund der Häufigkeit des Leidens und des damit verbundenen Leidensdrucks müssen wir aber diese Problematik kennen, die Basisdiagnostik und die Therapie beherrschen und vor allem Gesprächsbereitschaft zeigen.

Formen der Harninkontinenz

Harninkontinenz ist dann eine Krankheit, wenn der unwillkürliche Harnabgang ein soziales und hygienisches Problem für die Patientin darstellt. Wir unterscheiden vier Hauptformen:

- Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)
- Hyperaktive Blase (Dranginkontinenz)
- Reflexinkontinenz
- Überlaufinkontinenz

Die Belastungsinkontinenz ist mit etwa 60% aller Fälle die häufigste Form der weiblichen Inkontinenz, gefolgt von der hyperaktiven Blase (Dranginkontinenz), die bei ungefähr 10% auftritt. Mischformen der Belastungs- und der Dranginkontinenz zeigen sich bei ungefähr 20% der Fälle. Die Reflexinkontinenz und die Überlaufinkontinenz sowie noch seltenere Formen, zum Beispiel vesikovaginale Fisteln oder kongenitale Missbildungen, kommen nicht sehr häufig vor und machen zusammen die restlichen 10% aus. In diesem Beitrag sollen vor allem die Belastungs-(Stress-) sowie die Dranginkontinenz und deren Mischformen zur Sprache kommen, da diese für die tägliche Praxis am wichtigsten sind. Eine Belastungsinkontinenz liegt vor, wenn bei körperlicher Belastung der Blasendruck den Harnröhrendruck übersteigt und dadurch Urin abgeht. Unter einer hyperaktiven Blase (Drang-

inkontinenz) versteht man den unwillkürlichen Urinverlust bei gleichzeitigem Auftreten eines imperativen Harndrangs.

Belastungsinkontinenz

Typische Symptome der Belastungsinkontinenz sind:

Urinverlust beim Husten, Niesen und Lachen, beim Heben von schweren Lasten, Treppensteigen und Laufen. In diesen Situationen entsteht ein hoher Blasendruck, dem der Harnröhrenverschlussdruck nicht genügend Kraft entgegenbringen kann, wodurch Urin abgeht.

Die Ätiologie der Belastungsinkontinenz ist multifaktoriell. Die Geburt kann zur Zerstörung der periurethralen Aufhänge- und Muskelstrukturen führen. Durch hormonelle Veränderungen, beispielsweise in der Schwangerschaft, jedoch auch in der Peri- und Postmenopause, kann es zur Abnahme der periurethralen quergestreiften Muskelfasern kommen, was ebenfalls eine Belastungsinkontinenz begünstigt. Weitere prädisponierende Faktoren in der Entstehung der Belastungsinkontinenz sind körperliche Inaktivität, Übergewicht sowie chronische intraabdominale Drucksteigerungen wie Obstipation oder chronische Bronchitis.

Hyperaktive Blase (Dranginkontinenz)

Typische Symptome der Dranginkontinenz sind Pollakisurie (>7 Miktionen pro Tag) sowie Nykturie (>1 Miktion pro Nacht) und imperativer Harndrang. Die Symptomatik führt in ihrer schwersten Form zur Inkontinenz mit vollständiger unwillkürlicher Blasenentleerung. Frauen in jedem Lebensalter können betroffen sein, typisch ist aber die Häufung in der Postmenopause. Pathophysiologisch liegt der Dranginkontinenz ein gestörtes Gleichgewicht zwischen den Dehnungsafferenzen der Blase und der zerebralen Hemmung mit nachfolgender Detrusorinhibition zugrunde. Die betroffene Frau wird dann gezwungen, ihre Blase früher als normal zu entleeren, was als imperativer Harndrang empfunden wird. Bei der eigentlichen Dranginkontinenz kommt es zum unwillkürlichen Urinverlust, kombiniert mit einem nicht unterdrückbaren imperativen Harndrang. Besteht bei der Patientin


lediglich ein rezidivierend auftretender imperativer Harndrang ohne unwillkürlichen Urinverlust, so sprechen wir von einer Urgency (Harndrangsyndrom). Damit verbunden sind Pollakisurie und Nykturie, nicht jedoch Urininkontinenz.

Ätiologisch wichtig sind Harnwegsinfekte, die Genitalatrophie und der Deszensus, vor allem die grosse Zystozele. Weitere Ursachen sind die Kolpitis und zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Syringomyelie, senile Demenz, Alkoholismus sowie Medikamentenabusus. Lassen sich keine organischen Ursachen finden, dann handelt es sich um eine idiopathische Form. Dieser liegt meistens eine psychosomatische Störung zugrunde (Partnerschaftskonflikte, neurotische Störungen, Sexualstörungen, Stressüberlastung oder eine depressive Verstimmung).

Basisdiagnostik der weiblichen Harninkontinenz

Die Inkontinenzdiagnostik ist im wesentlichen eine anamnestisch-klinische Diagnostik. Die primäre Untersuchung kann deshalb ohne weiteres in der Praxis durchgeführt werden.

Anamnese

Die Anamnese mit Erfragung der typischen Symptome gibt schon klare Hinweise auf die bestehende Form der Inkontinenz (Tab. 1 ). Von grosser Bedeutung ist die Erfragung des Krankheitswertes, da sich sowohl die Diagnostik als auch die weitere Therapie nach diesem richten. Anamneseformulare und Lebensqualitätsfragebogen können über die Websites der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie (AUG) der gynécologie suisse (www.urogyn.ch) oder der Frauenklinik Aarau (www.frauenklinik.ksa.ch) heruntergeladen werden. Die Anamnese reicht heute nach internationalem Konsensus aus, um eine konservative Therapie einzuleiten. Trotzdem gilt es daran zu denken, dass überlappende Symptombilder vorliegen können, welche die Unterscheidung zwischen einer Belastungsinkontinenz und einer hyperaktiven Blase erschweren.

Miktionskalender


Mittels eines Miktionskalenders (Abb. 1 ) können über 24 Stunden die einzelnen Miktionsvolumina, die Trinkmenge sowie allfällige Inkontinenzereignisse notiert werden. Dadurch erhält der betreuende Arzt eine zuverlässige Information über das Trink- und Miktionsverhalten der Patientin und somit wichtige diagnostische Informationen.

Tabelle 1. Typische Symptombilder zur Differenzierung zwischen Belastungs- und Dranginkontinenz.

Symptome	Belastungsinkontinenz	Dranginkontinenz
Urinverlust bei körperlicher Belastung (Husten, Niesen, Lachen, Lasten heben, Aufstehen aus dem Sitzen)	Ja	Eher nicht, Gelegentlich
Rechtzeitiges Erreichen der Toilette bei Harndrang	Ja	Nein
Bei voller Blase und Harndrang plötzlicher Urinverlust	Selten	Häufig
Nächtliche Toilettengänge wegen Harndrangs	Möglich, selten mehr als ein Mal	Häufig
Häufiges Wasserlösen	Möglich	Ja

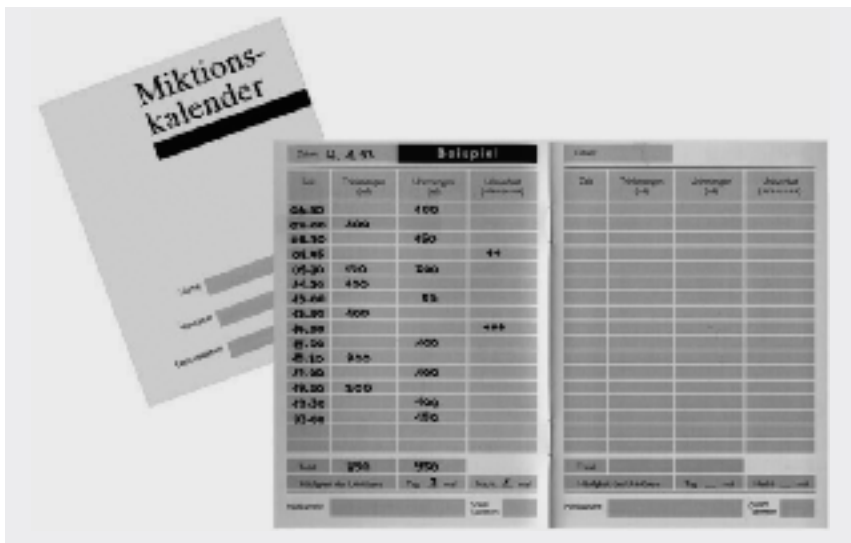


Abbildung 1
Miktionskalender, der einerseits zur Diagnostik von Blasenentleerungsstörungen (Dranginkontinenz), andererseits zur biofeedbackartigen Selbstkontrolle während der Therapie dient.

Infektabklärung

Zu jeder Inkontinenzdiagnostik gehört die Untersuchung des Urins mit Sediment und Urinkultur. Hierbei genügt generell die Abnahme eines Mittelstrahlurins.

Restharnbestimmung

Anamnestische Hinweise auf eine Blasenentleerungsstörung erfordern immer eine Bestimmung des Resturins. Die Kombination von Inkontinenz und Restharn deutet auf eine komplexe Störung hin. Es ist ratsam, die betreffenden Frauen einer spezialisierten urogynäkologischen Untersuchung zuzuführen.

Therapie der weiblichen Harninkontinenz

Die Therapie der Harninkontinenz richtet sich nach dem Beschwerdebild und dem Therapiewunsch der Patientin. Entsprechend der Pathophysiologie der verschiedenen Formen von Harninkontinenz drängt sich ein konzeptionelles Denken auf. Trotzdem sollte je nach Leidensdruck der Patientin in jedem einzelnen Fall ein auf die Patientin zugeschnittenes Therapiekonzept gewählt werden.

Als Grundlage dient die Überprüfung und Anpassung von individuellen Verhaltensmechanismen:


- Trinkgewohnheiten: erfragen der Trinkgewohnheiten und Hinweis auf ungünstige Einflüsse durch übermässigen Tee- und Kaffeegenuss sowie andere Noxen wie Alkohol und Nikotin.
- Trinkverhalten: Sowohl eine zu geringe als auch eine zu hohe Flüssigkeitszufuhr sind ungünstig. Ratsam ist ein Volumen von ungefähr zwei Litern pro Tag.

- Medikamente: Gewisse Medikamente können einen ungünstigen Einfluss auf die Kontinenz haben (Psychopharmaka, Diuretika, Antihypertensiva). Eine versuchsweise Umstellung der Medikation ist, wenn möglich, ratsam.
- Der Weg zur Toilette: Gerade bei der hyperaktiven Blase ist bei älteren, unter Umständen wenig mobilen Frauen der Weg zur Toilette entscheidend. Ein Nachtstuhl neben dem Bett kann helfen, das Problem zu mildern.
- Lokale Östrogenisierung: Heute wird die systemische Östrogentherapie immer restriktiver eingesetzt. Die Harninkontinenz ist keine ausreichende Indikation dazu. Trotzdem kann eine lokale Östrogenbehandlung vaginale Beschwerden (Atrophie, Brennen) und Blasenprobleme (Dysurie) lindern. Bei der lokalen Östrogenisierung empfiehlt es sich darauf zu achten, dass, vor allem bei atropher und entzündlicher Schleimhaut, mit Östrogencremes begonnen wird. Das Einführen von Ovula bei atrophischen Hautverhältnissen kann zu brennenden Beschwerden führen. In den ersten drei bis vier Behandlungswochen empfehlen wir die tägliche Anwendung einer Estriolsalbe. Nach einem Behandlungsmonat kann auf Vaginalovula, zum Teil auch in Depotform, umgestellt werden, so dass nur noch einmal wöchentlich ein Ovulum appliziert werden muss.

Therapie der Belastungsinkontinenz

In Absprache mit der Patientin werden zuerst konservative Therapieformen gewählt. Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der konservativen Therapie sind, neben einer gut ausgebildeten Physiotherapeutin, die aktive Teilnahme und Motivation der Patientin.

Das Ziel der Physiotherapie und des Beckenbodentrainings ist die Beseitigung der Inaktivitätshypotrophie der Beckenbodenmuskulatur sowie die Automatisierung eines Kontraktionsreflexes bei intraabdominaler Druckerhöhung.

Die Physiotherapie der Belastungsinkontinenz mit Biofeedback und Elektrostimulation ist eine intensive, qualitätskontrollierte Behandlungsform. Durch Biofeedback erhält die Patientin die Rückmeldung, ob die willkürliche Aktivierung die richtige Muskelgruppe erreicht hat. Das Beckenboden-EMG wird mit der vaginal eingelegten Sonde erfasst. Die Muskelaktivität wird dabei in ein sichtbares Signal transformiert, so dass die Patientin eine unmittelbare Erfolgsmeldung ihrer Willküraktivität erhält. Üblicherweise erscheint die Patientin zu neun Sitzungen. Zwischen den Therapien führt sie selbständig täglich Beckenbodenübungen durch (Abb. 2 )

Pessartherapie


Auf dem Markt sind diverse Pessare (Abb. 3 ) erhältlich, die, in die Vagina eingeführt, zu einer Verbesserung des Urethraverschlussdruckes



Abbildung 2

Physiotherapie mit Elektrostimulation und Biofeedback. Beim Biofeedback instruiert die Physiotherapeutin anhand der vom Beckenboden abgeleiteten EMG-Kurve die Patientin im korrekten Beckenbodentraining. Die Patientin führt die Sonde selbst vaginal ein und fixiert sie.



Abbildung 3

Vaginalpessare: Bei Belastungsinkontinenz werden Arabinpessare (1), Tampons (2) und Conveen-Pessare (3) eingesetzt. Würfelpessare (4) werden bei Deszenzproblemen verwendet.

und damit zu einer Verminderung der Belastungsinkontinenz führen können (Urethralpessare, Tampons, Conveen-Pessare). Vor allem bei Patientinnen mit Kontraindikationen für operative Eingriffe kann die Pessartherapie eine wertvolle Verbesserung der Belastungsinkontinenz bewirken. Gerade bei Frauen, die lediglich beim Sport inkontinent sind, lassen sich dank einem solchen Verfahren mit wenig Aufwand gute Erfolge erzielen.

Medikamentöse Therapie

Das Ziel einer medikamentösen Therapie ist die Tonisierung des Urethraverschlusses. Ein neues Medikament mit diesem Wirkprinzip wurde entwickelt. Duloxetine (Yentreve®) hemmt den Abbau der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin und wirkt somit agonistisch am Motorneuron des quergestreiften Urethrasphinkters. Duloxetine ist in grossen Studien vielfach überprüft worden und dürfte voraussichtlich in der Schweiz für die Indikation der Belastungsinkontinenz in nächster Zukunft zugelassen werden.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

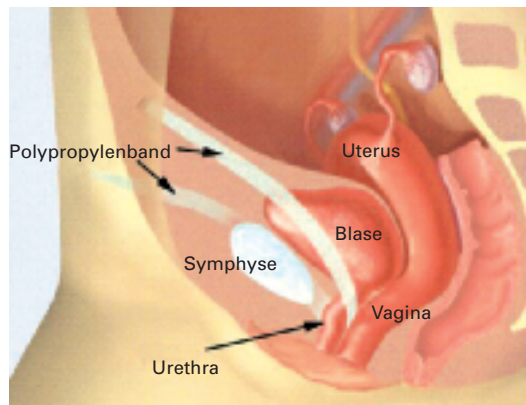
Können die Symptome der Belastungsinkontinenz mit konservativen Therapiemassnahmen nicht zufriedenstellend behandelt werden, so ist eine Inkontinenzoperation indiziert. Schlingenoperationen haben die bisherigen Kolposuspensionsverfahren abgelöst.TVT (tension-free vaginal tape, Abb. 4) führte diese Entwicklung an und stellt heute das bekannteste Schlingenverfahren dar. Mit dem TVT und den nachfolgenden Schlingenverfahren stehen minimal invasive, vaginale Inkontinenzoperationen zur Verfügung, welche bezüglich der Kontinenz sehr gute Resultate zeigen und sich durch eine minimale peri- und postoperative Morbidität auszeichnen. Aufgrund der bisherigen Datenlage ist die Erfolgsrate des TVT jener der offenen abdominalen Kolposuspension nach Burch mindestens gleichzusetzen, Operationsaufwand und postoperative Liegezeit sind jedoch deutlich kürzer. Ein anderer operativer Zugangsweg wird bei der Einlage des TVT-O (TVT-Obturator) verfolgt. Hierbei wird das Proleneband durch die Foramina obturatoria von innen nach aussen geführt (Abb. 5). Die Resultate nach einem Jahr zeigen eine hohe Erfolgsrate bei minimalen Komplikationen. Die Entscheidung über den Zugangsweg trifft der Operateur in Abhängigkeit von der Befunderhebung.

Therapie der hyperaktiven Blase (Dranginkontinenz)

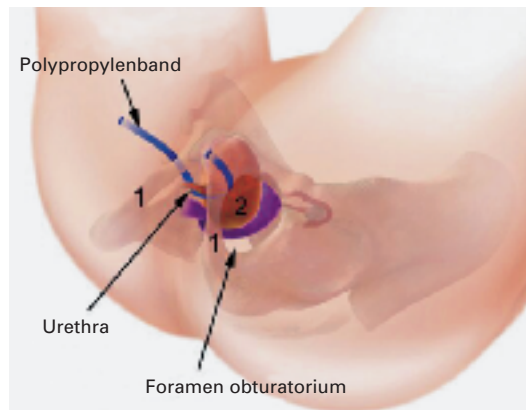
Die Therapie der Dranginkontinenz ist vorwiegend konservativ und erfordert von der Patientin Geduld. Dabei hängt viel vom Einsatz des Therapeuten ab. In den meisten Fällen reicht es nicht, ein Medikament abzugeben und die Patientin wieder nach Hause zu schicken. Die oftmals psychogenen Faktoren, die an der Urge-Symptomatik beteiligt sind, erfordern eine regelmässige ärztliche Führung und Beratung. Dabei geht es darum, der Patientin Sicherheit und Zuversicht zu vermitteln, mit ihr die Miktionskalender zu besprechen und auf die schon erzielten Therapieerfolge hinzuweisen. Bestehen Hinweise auf neurotische Probleme, kann die Zusammenarbeit mit einem Psychologen von grossem Nutzen sein.

Blasentraining

Trink- und Blasentraining sind die Grundlage der Therapie der Dranginkontinenz. Durch eine Umkonditionierung falscher Trink- und Miktionsgewohnheiten zu einem normalen Verhaltensmuster soll die Patientin die zerebrale Kontrolle des Miktionsreflexes wieder erhalten. Über die Selbstkontrolle mittels eines Miktionskalenders entsteht ein Biofeedbackmechanismus, welcher über Positiv- oder Negativmeldungen bewusste Verhaltensveränderungen bewirkt. Zuerst bespricht der Arzt mit der Patientin die Blasenfunktionsstörung und das falsche Miktionsverhalten anhand der ausgefüllten Miktions-

**Abbildung 4**

Schematische Darstellung desTVT-Prinzips. Das Polypropylenband wird unter die Urethra eingelegt, indem es retrosymphysär nach abdominal hochgeführt wird und damit eine U-förmige Schlinge entsteht, die ein Widerlager für die Urethra bildet.

**Abbildung 5**

Schematische Darstellung desTVT-O-Prinzips. Das Polypropylenband liegt wie beimTVT suburethral, wird aber durch die Foramina obturatoria hindurchgeführt: (1) unterer Symphysenast, (2) Blase.

kalender. Anschliessend wird ein Therapieziel festgelegt und besprochen, wie dieses erreicht werden kann. Die Patientin soll ihre Drangepisoden unterdrücken, um von Tag zu Tag die Miktionsintervalle um etwa 15 Minuten zu vergrössern. Damit sollen ideale Intervalle von drei bis vier Stunden erreicht werden, mit dem Ziel die Miktionsvolumina auf 300 ml zu steigern. Zusätzlich muss die Patientin aufgefordert werden, etwa 2000 ml Flüssigkeit (Tee, Mineralwasser usw.) zu sich zu nehmen. Zur Selbstkontrolle werden Miktionskalender zu Beginn des Trainings und dann in wöchentlichen Abständen geführt. Dabei werden die Trinkvolumina notiert, der Urin aufgefangen und die einzelnen Miktionsvolumina gemessen. Die Miktionskalender zeigen der Patientin, ob sie genügend trinkt und die Miktionsvolumina grösser werden und ermöglichen ihr, Korrekturmassnahmen anhand der Fehlermeldungen aus dem Kalender zu ergreifen. Die ausgefüllten Miktionskalender dienen zudem der Kontrolle des Therapieerfolgs durch den behandelnden Arzt.

Nach erfolgreichem Therapieabschluss soll die Patientin darauf hingewiesen werden, die erlernten Trink- und Miktionsgewohnheiten beizubehalten.

Medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz

Bei der medikamentösen Therapie der Dranginkontinenz werden vor allem Anticholinergika (Tolterodin, Oxybutinin, Trospiumchlorid), zum Teil auch Muskelrelaxantien (Flavoxat) eingesetzt. Die neuere Generation der Anticholinergika (Tolterodin) hat eine hohe Rezeptorselektivität mit günstigerem Nebenwirkungsspektrum zum Ziel. Die bei älteren Präparaten bestehende Mundtrockenheit tritt seltener auf. Gewöhnlich behandeln wir während sechs bis acht Wochen mit Tolterodin (Detrusitol® SR 4 mg), eine Tablette pro Tag. Bei der Therapie mit Oxybutinin (Ditropan®) wird empfohlen, einschleichend mit 3× 0,5 Tabletten morgens, mittags und abends zu beginnen. Die Dosierung kann auf bis zu 3× 5 mg pro Tag erhöht werden. Bei der anticholinergen Therapie müssen Kontraindikationen wie ein Engwinkelglaukom, eine Myasthenia gravis, eine schwere Obstipation und eine Refluxösophagitis beachtet werden.

Weitere Therapiemöglichkeiten der Dranginkontinenz

Könnte die Patientin mit Blasentraining und medikamentöser Therapie nicht zufriedenstellend behandelt werden, so indizieren wir meistens eine Elektrostimulation mit Biofeedback. Hierbei kommt es durch die Stimulation der Reflexbogen über den Nervus pelvicus zu einer Hemmung, respektive zu einer Relaxation und damit zu einer Tonusherabsetzung des Detrusors.

Führen weder die Änderung des Miktions- und Trinkverhaltens noch die medikamentöse Therapie noch die Elektrostimulation zum Erfolg, stehen die Optionen der Secondline-Therapie zur Diskussion. Diese sind: intravesikale Injektionen von Anticholinergika, intravesikale Botulinumtoxininjektion in den Detrusor, Elektroneuromodulation des Sakralnervs S3.

In letzter Zeit hat vor allem die Anwendung von Botulinumtoxin Furore gemacht. Sie besticht durch ihre hohe Wirksamkeit, ist aber mit dem Nachteil verbunden, dass Wiederholungen nötig sind, weil oft nach sechs bis acht Monaten die Wirkung nachlässt. Zudem ist die zystoskopische Botulinuminjektion nur unter Narkose anwendbar.

Nicht zuletzt soll gerade bei Frauen mit Dranginkontinenz die Komplementärmedizin erwähnt werden. Phytotherapie, Homöopathie und die traditionelle chinesische Medizin (TCM) wurden in den letzten Jahren wissenschaftlich untersucht und zeigten in verschiedenen Studien Effekte, die durch ihr günstiges Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil überzeugen.

Therapie der kombinierten Urge-Belastungsinkontinenz

Leidet die Patientin an einer kombinierten Urge-Belastungsinkontinenz gilt es herauszufinden, welches der beiden Symptome dominiert. Ist dies

die Belastungsinkontinenz, so wird primär diese behandelt. Ist eine operative Therapie geplant, so ist präoperativ die Durchführung einer urodynamischen Untersuchung notwendig.

Literatur

- 1 Gordon D, Groutz A. Evaluation of female lower urinary tract symptoms. Overview and update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13:521–7.
- 2 Weatherall M. Biofeedback in urinary incontinence. Past, present and future. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:411–3.
- 3 Tubaro A, Paleschi G. Overactive bladder. Epidemiology and social impact. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:507–11.
- 4 Le TH, Ostergard DR, Bhatia NN, Huggins ME. Newer pharmacologic options in management of overactive bladder syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:495–506.
- 5 Huggins ME, Bhatia NN, Ostergard DR. Urinary incontinence. Newer pharmacotherapeutic trends. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:419–27.
- 6 Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004;104:1259–62.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Gabriel Schär
Frauenklinik
Kantonsspital
CH-5001 Aarau
gabriel.schaer@ksa.ch