Urininkontinenz der Frau: Was ist sinnvoll in der hausärztlichen Praxis?

Jörg Humburg
Frauenklinik, Kantonsspital Bruderholz

Quintessenz

- Die Urininkontinenz der Frau ist eine häufige Erkrankung, die die Lebensqualität der betroffenen Frauen beeinträchtigt.
- Eine Basisabklärung besteht aus einer gezielten Anamnese, einem Infektausschluss, einer Resturinbestimmung und dem Führen eines Miktionskalenders.
- Die Erstlinientherapie einer Belastungsinkontinenz besteht aus einer möglichst intensiven physiotherapeutischen Behandlung. Nach Versagen konservativer Therapien kommen operative Massnahmen zum Zug. Als Goldstandard gilt heute die Einlage eine suburethralen Schlinge (*Tension-free Vaginal Tape:* TVT).
- In der Therapie der hyperaktiven Blase stehen Anpassungen des Lebensstils und Verhaltensänderungen im Vordergrund, kombiniert mit Anticholinergika.

Einleitung

Die ICS *(International Continence Society)* definiert eine Urininkontinenz als jeglichen unwillkürlichen und störenden Urinabgang. Dieser sehr allgemein gehaltenen und unspezifischen Definition folgt dann die Aufforderung, diese zu präzisieren durch Angabe des Typs der Inkontinenz, ihrer Häufigkeit, des Schweregrads, ihrer Auswirkung auf Hygiene und Lebensqualität, ihrer sozialen Folgen und ob und in welchem Ausmass Betroffene Hilfe suchen.

Übersetzt in den klinischen Alltag, wird damit klar, dass eine Urininkontinenz die betroffenen Frauen in vielen unterschiedlichen Bereichen ihres Lebens berührt, so in ihrer körperlichen und seelischen Befindlichkeit, ihrer Sexualität, ihren sozialen Beziehungen, dem häuslichen und beruflichen Umfeld. Dies sollte ihren Niederschlag finden in einer individualisierten Betreuung, die diese Faktoren bei der Wahl von Abklärung und Therapie berücksichtigt. Nicht alle betroffenen Frauen profitieren im gleichen Ausmass von den zahlreichen Therapieangeboten. Damit ist auch ersichtlich, dass eine optimale Therapie auch einer interdisziplinären Zusammenarbeit bedarf, wenn auch nicht immer durch entsprechende Zentren.

Trotzdem ist die Urininkontinenz ein Tabuthema, welches die betroffenen Frauen lieber verschweigen und durch Vermeidungsstrategien wie eine prophylaktische Miktion, oder Verhaltensanpassungen wie Flüssigkeitsrestriktion, eher kaschieren als durch wirksame Therapien wie Verhaltensänderungen oder Medikamenteneinnahme behandeln. Erstaunlicherweise wird die Urininkontinenz auch von ärztlicher Seite nicht genügend thematisiert. Berücksichtigt man die Prävalenz der Urininkontinenz von 37% in der gesamten weiblichen Bevölkerung und führt sich vor Augen, dass in Studien Grundversorger in 60–70% eine Verbesserung einer Urininkontinenz oder sogar eine Kontinenz erreichten, so wird klar, dass in der Optimierung der Betreuung inkontinenter Frauen ein erhebliches Sparpotential liegen könnte, denn eine Urininkontinenz verursacht nicht nur direkte Kosten durch Abklärungen, Medikamente oder Eingriffe, sondern auch, aufgrund ihrer ganz erheblichen Komorbidität wie Stürze und Frakturbehandlungen, indirekte Kosten. Geschätzte Kosten in anderen Ländern bewegen sich im Bereich dreistelliger Millionenbeträge (Spanien, Italien, Australien und USA). Leider liegen für die Schweiz keine solchen Zahlen vor.

Die folgende Übersichtsarbeit berücksichtigt bezogen auf die Häufigkeit des Auftretens im klinischen Alltag die Hauptformen der Urininkontinenz bei der Frau und richtet sich an Grundversorger. Berücksichtigt werden in erster Linie Abklärungen und Massnahmen, deren Einleitung oder Durchführung in der hausärztlichen Praxis sinnvoll und möglich sind.

Jörg Humburg

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Epidemiologie

Die Urininkontinenz ist bei Frauen weiter verbreitet als andere chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel ein Diabetes, eine Depression oder eine arterielle Hypertonie.

Die Prävalenz in der weiblichen Gesamtbevölkerung liegt gemäss der meisten Studien zwischen 25 und 45%, dabei unterscheiden sich die Prävalenzwerte in verschiedenen Lebensabschnitten oder -umständen erheblich. So liegt sie bei älteren Frauen zwischen 30 und 60% und nimmt im Alter zu. Die Prävalenz bei Altersheimbewohnerinnen schwankt zwischen 59 und 80%, in der Schwangerschaft sind zwischen 32 und 64% inkontinent, postpartal zwischen 15 und 30%, dabei zeigt sich eine abnehmende Tendenz, je länger die Geburt zurückliegt.

Da eine Urininkontinenz in ihrem Verlauf einerseits eine Besserung bis hin zur Kontinenz zeigen kann, andererseits auch als Rezidivinkontinenz auftreten kann, sind Daten zur Inzidenz, also zum Anteil der kontinenten Frauen, die inkontinent werden, schwierig zu erheben, da sie von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird. Gemäss den Angaben in der Literatur tritt pro

Jahr in 3–11% neu eine Urininkontinenz auf, zu einem Verschwinden der Inkontinenz kommt es zwischen 0 und 13%.
Ganz allgemein leiden 40–49% an einer Belastungsinkontinenz, ca. 29% an einer Mischinkontinenz, 20–22% an einer hyperaktiven Blase. Es gibt Unterschiede in der Altersverteilung. Frauen bis 50 Jahre leiden häufiger unter einer Belastungsinkontinenz, ältere Frauen eher an einer Mischinkontinenz oder einer hyperaktiven Blase.

Risikofaktoren

Eine Schwangerschaft mit vaginaler Geburt ist ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer Urininkontinenz, spezifische Faktoren wie Forceps- oder Vakuumgeburt und das Geburtsgewicht sind Risikofaktoren für das Auftreten einer unmittelbar postpartal auftretenden Urininkontinenz. Ein beeinflussbarer Faktor ist die Adipositas. Körperliche Belastung ist bei älteren Frauen ebenfalls ein Risikofaktor. Zwei randomisierte Studien deuten an, dass eine orale Hormonersatztherapie die Entwicklung einer Urininkontinenz bei Frauen über 55 Jahre begünstigt.
Viele Studien identifizieren Diabetes als einen Risikofaktor für eine Urininkontinenz, wobei unklar ist, was bei Diabetikerinnen genau zur Inkontinenz führt. Damit fehlt die Grundlage für eine gezielte Prävention oder Therapie. Historisch wurde die Menopause als Risikofaktor für eine Inkontinenz betrachtet. In vielen Studien zeigte sich aber, dass mit dem Eintritt der Menopause die Prävalenz der Urininkontinenz nicht zunimmt, wobei der Einfluss auf die Belastungs- und Dranginkontinenz unterschiedlich zu sein scheint. In einer Studie konnte das vermehrte Auftreten einer Detrusorhyperaktivität urodynamisch nachgewiesen werden. Eine Hysterektomie bleibt ein möglicher Risikofaktor, aber die Evidenz ist dazu nicht schlüssig. Im Gegensatz dazu ist eine leichte bis mittelschwere Demenz ein unabhängiger Risikofaktor bei älteren Frauen; inwieweit therapeutische Interventionen zu einer Verbesserung führen, ist unklar. Eine Abnahme der Kognition führt hingegen nur in geringem Ausmass zu einer Inkontinenz, jedoch scheint sie die negativen Auswirkungen zu verstärken. Zwillingsstudien deuten eine genetische Komponente an. Der Stellenwert anderer möglicher Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung, Obstipation, körperliche Belastung und Depression auf die Entwicklung einer Inkontinenz ist unklar.

Inkontinenztypen

Unter den verschiedenen Inkontinenzformen sind die **Belastungsinkontinenz**, die **überaktive Blase** und ihre Mischform am häufigsten.
Eine **Belastungsinkontinenz** (früher *Stressinkontinenz*) ist dadurch gekennzeichnet, dass es unter körperlicher Belastung wie Husten, Niesen, Heben von Lasten oder Abwärtsgehen zum Urinabgang kommt. Im klinischen Alltag hat sich diese Einteilung nach Ingelman-Sundberg eingebürgert:

Grad 1: Harnverlust durch Niesen, Husten;
Grad 2: Harnverlust durch Tragen oder Heben;
Grad 3: Harnverlust im Abwärtsgehen.

Pathophysiologisch betrachtet, kommt es dann zum Urinverlust, wenn der intravesikale Druck grösser ist als der Urethralverschlussdruck. Der intravesikale Druck entspricht dabei dem intraabdominellen. Erkrankungen wie Adipositas, COPD, chronischer Husten führen via intraabdominelle Druckerhöhung zu einem intravesikalen Druck, der den Verschlussapparat früher überfordert. Ein geschwächter Verschlussapparat fördert ebenfalls die Entwicklung einer Inkontinenz, da der intravesikale Druck früher als bei einem intakten Verschlussapparat den Urethralverschlussdruck übersteigt. Geburten können durch verschiedene Mechanismen, wie zum Beispiel durch eine lokale traumatische Schädigung mit Muskelfaserverlust an der Urethra – ebenso wie durch das Alter, wo es durch ein Östrogendefizit zu einem Verlust an Muskelfasern und damit Muskelkraft kommt – oder auch durch eine unspezifische Bindegewebsschwäche, zu einer Belastungsinkontinenz führen.
Die **hyperaktive Blase** mit und ohne Inkontinenz (früher *Dranginkontinenz*), auch **OAB** (*overactive bladder dry* oder *wet*) oder volkstümlich *Reizblase* genannt, ist ein Syndrom, das gekennzeichnet ist durch einen imperativen Harndrang, eine Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro 24 Stunden) und Nykturie (mehr als einmal pro Nacht); die Inkontinenz ist fakultativ.
Übernimmt man die Vorstellung einer «feuchten» und einer «trockenen» Form der **hyperaktiven Blase**, so liegt die Prävalenz der feuchten Form bei ca. 63%, die der trockenen Form bei ca. 37%.
Die negativen Auswirkungen der **hyperaktiven Blase** auf die Lebensqualität werden in ihrem Ausmass nur von denen einer Depression übertroffen. Die Diagnosestellung erfolgt symptombasiert, ursächlich ist eine Überregbarkeit des Detrusormuskels. Die Ätiologie ist überwiegend idiopathisch, teilweise liegen auch eine neurologische Grunderkrankung, Infekte, Steinleiden, Tumoren und anderes mehr vor. Pathogenetisch führen vermehrte sensorische Afferenzen und eine erniedrigte Reizschwelle zum klinischen Bild einer gestörten Blasenwahrnehmung sowie eine fortschreitende Detrusordegeneration mit gesteigerter Muskelaktivität zum Bild der hyperaktiven Blase.
Zu den selteneren Inkontinenzformen der Frau gehören die **neurogene hyperaktive Blase** (früher *Reflexinkontinenz, neurogene Inkontinenz*), die **Inkontinenz** bei **chronischer Restharnbildung** (früher *Überlaufinkontinenz*), die **extraurethrale Inkontinenz** und die **funktionale Inkontinenz**.
Eine neurologische Form einer Inkontinenz tritt auf, wenn Nervenbahnen und Nervenzentren, die für die Steuerung der Blase verantwortlich sind, geschädigt werden oder ausfallen, wie z.B. bei Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Schlaganfall oder Zustand nach Operationen im kleinen Becken. Die Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung. Bei einer **Inkontinenz** mit **chronischer Restharnbildung** liegt eine erhöhte Resturinmenge vor, bedingt durch eine infravesikale Abflussstörung oder eine chronisch überdehnte

Blasenwand, bei welcher der Detrusormuskel nicht mehr die für eine Blasenentleerung notwendige Kontraktionskraft aufbringt. Dabei werden zum Teil sehr unterschiedliche Normwerte verwendet. Im klinischen Alltag sind diese Werte zum Teil wenig hilfreich, da sie die funktionelle (individuelle) Blasenkapazität nicht berücksichtigen. Im Hinblick auf eine Therapie ist die Tatsache nicht unwichtig, dass bei einer Resturinmenge, die einen Drittel der funktionellen Kapazität der Blase überschreitet, eine vollständige Blasenentleerung nicht mehr möglich ist.
Die Therapie liegt in der Beseitigung der Abflussstörung oder einer Verbesserung der Kontraktilität. Die medikamentöse Therapie der Abflussstörung durch Alphablocker ist bei Frauen häufig wenig erfolgreich, auch eine operative Sanierung einer Zystozele oder die Lösung von Kolposuspensionsfäden kann, besonders falls schon eine chronisch überdehnte Blasenwand vorliegt, frustrierend sein. Erfolgversprechender ist sicherlich die Therapie durch Cholinergika.
Eine **extraurethrale Inkontinenz** liegt dann vor, wenn der Urinabgang nicht über die Harnröhre, sondern zum Beispiel über die Scheide erfolgt, Ursachen sind Fisteln nach radikalen Voroperationen im kleinen Becken, Bestrahlung, selten Geburten, Missbildungen oder Traumata.
Zwei weitere Inkontinenzformen gewinnen im Rahmen der demographischen Entwicklung zunehmend an Gewicht. Eine **funktionale Inkontinenz** liegt vor, wenn der Betroffene aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen den Toilettengang nicht mehr selbständig durchführen kann, aber keine urogenitalen Erkrankungen vorliegen, d.h. aufgrund fehlender Mobilität nicht in der Lage ist, zur Miktion zur Toilette zu gelangen, oder aufgrund einer Demenz diese nicht mehr findet.
Eine **passagere Inkontinenz** besteht nur zeitweilig und wird ausgelöst durch Medikamente, Harntraktinfektionen, psychische Beeinträchtigung, eingeschränkte Mobilität und Obstipation.

Diagnosestellung

Empfohlen wird durch die ICS *(International Continence Society)* eine recht zeit-, kosten- und teilweise infrastrukturell aufwendige Abklärung. Eine ausgedehnte Anamnese mit Erfassung der Schwere, des Ausmasses und den Auswirkungen der Urininkontinenz soll den Einfluss auf die Lebensqualität erfassen, ebenso sind die persönliche, die gynäkologisch-geburtshilfliche, die Sozialanamnese, die Medikation, Noxen etc. zu erfragen. Ein Körperstatus inklusive neurologischer und gynäkologischer Untersuchung rundet das Ganze ab. Ein Urinstatus dient dem Ausschluss eines Infektes.
Weiterführende Abklärungen wie der Ausschluss einer Niereninsuffizienz, eine Bildgebung, die Durchführung einer Zystoskopie oder eine urodynamische Abklärung sind bei entsprechendem klinischen Verdacht oder dem Vorliegen einer komplexen Inkontinenz mit Algurie und Hämaturie gerechtfertigt. Dann sollte die Überweisung an den Spezialisten respektive an ein entsprechendes Zentrum erfolgen.
Als kürzere Version bewährt sich im klinischen Alltag folgendes Vorgehen: gezielte Inkontinenzanamnese, Infektausschluss (Harnröhre und Blase), Restharnbestimmung und Führen eines Miktionskalenders.
Zum Führen eines Miktionskalenders gehört auch das Messen der Trinkmengen und der einzelnen Miktionsportionen. Er gibt Auskunft darüber wann, wie viel getrunken wird und wann wie viel ausgeschieden wird. Das ermöglicht eine gezielte Intervention durch Anpassung der Trinkmenge oder eine Anpassung des Trinkzeitpunktes.
Ziel dieser Basisdiagnostik ist es, das Ausmass der Harninkontinenz zu beurteilen und erste Hinweise für die dominierende Form der Harninkontinenz zu erheben.
Eine gezielte Inkontinenzanamnese kann aus sehr wenigen gezielten Fragen bestehen. Seit wann besteht der Urinverlust, bei welcher Gelegenheit tritt er auf, am Tag oder in der Nacht, wie stark ist der Urinverlust, müssen Einlagen oder Binden getragen werden, sind sie feucht, wie gross ist die Trinkmenge, besteht ein Harndrang?
Die ICS empfiehlt die Anwendung eines Fragebogens in der Inkontinenzabklärung. Leider sind die Fragebogen, die in deutscher Sprache erhältlich sind, umfangreich und damit für den Einsatz in einer allgemeinmedizinischen Praxis wenig geeignet.
Die anamnestische Zuordnung zu einer bestimmten Inkontinenzform kann im Einzelfall schwierig sein.
Da ein chronischer Harnwegsinfekt oder auch eine Urethritis dem klinischen Bild einer Inkontinenz ähneln können, sich jedoch in der Therapie unterscheiden, sollten sie durch eine Urinkultur oder einen Urethralabstrich ausgeschlossen werden.
Eine **chronische Harnretention mit Inkontinenz** kann klinisch sowohl als **Misch-** oder auch als **Belastungsinkontinenz** als auch als **hyperaktive Blase** imponieren. Ihre Therapie unterscheidet sich von derjenigen der Hauptformen der Urininkontinenz, weshalb sie ausgeschlossen werden sollte. Das ist durch eine Restharnbestimmung, sonographisch oder per Katheterisierung einfach möglich.
Ein Miktionskalender ist eine einfaches Instrument, einerseits die Diagnose einer **hyperaktiven Blase** zu untermauern, andererseits den Erfolg einer Therapie zu überwachen und für die Patientin sichtbar zu machen. Dabei sollte die Geduld der Patientin mit dem Führen des Kalenders nicht überstrapaziert werden. Ein Tag in der Woche zum Abschätzen des Therapieerfolgs ist meist ausreichend.

Therapie

Vor Therapiebeginn ist es sinnvoll, den Leidensdruck zu erfassen, mögliche therapeutische Massnahmen sowie deren Ausmass anzusprechen und ein realistisches Therapieziel mit der Patientin zu formulieren. Kontinenz kann zum Beispiel durch Medikamente, eine Operation oder ein Verhaltenstraining erreicht werden. Je nach Ausgangslage ist eine soziale Kontinenz durch Kontinenzhilfen ein realistisches Ziel oder auch eine betreute Kontinenz mit Unterstützung

Tabelle 1. Level of Evidence (nach ICS).

Level	Basis
Level 1 (Oxford 1a und 1b)	Metaanalysen bei randomisiert kontrollierten Studien (RCT), RCT von guter Qualität
Level 2 (Oxford 2a, 2b und 2c)	Metaanalysen mit geringerer Evidenz (sehr homogene RCT), RCT mit einem Follow-up <80%
Level 3 (Oxford 3a, 3b, und 3c)	Observationsstudien, Fall-Kontroll-Studien
Level 4 (Oxford 4)	Expertenmeinung

Tabelle 2. Grade of Recomendation (nach ICS).

Grad	Basis	Empfehlung
A	Level 1	Sehr empfohlen
B	Level 2	Empfohlen
C	Level 2/3	Bedingt empfohlen
D	Level 4	Nicht empfohlen

Tabelle 3. Therapieempfehlungen (zusammenfassende Zusammenstellung der wichtigsten Empfehlungen, nach ICS 2009).

Lifestyle	
– Gewichtsreduktion	A
– Kaffeekonsum	B
– Reduktion der Flüssigkeitszufuhr bei pathologischer Zufuhr	C
– Kreuzen der Beine zur Reduktion des Urinverlustes bei Husten und Niesen	C
Beckenbodentraining BBG	
– Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz	A
– BBG mit Supervision und hoher Übungsintensität	A
Übungen mit Vaginalkonen	B
Blasentraining bei Drang- und Mischinkontinenz	B

Tabelle 4. Level of Evidence und Grade of Recomendation für Substanzen in der Therapie der Belastungsinkontinenz (gemäss ICS 2009).

	Level of Evidence	Grade of Recomendation
Duloxetin (Cymbalta®)	1	B

durch Partner, Angehörige oder Pflegende. Die Vorstellungen über eine Kontinenz können sehr stark variieren.

Für die beiden Hauptformen, aber auch für ihre Mischform gibt es wirksame therapeutische Massnahmen, die in erster Linie ein konservatives Management beinhalten. Die ICS hat Evidenzlevels und sich daraus ergebende Therapieempfehlungen erarbeitet (Tab. 1 und 2).

Generelle Empfehlungen für die Therapie der **Belastungs- und Mischinkontinenz** sowie die **hyperaktive Blase** umfassen konservative Massnahmen wie Verhaltensänderungen, also Gewichtsreduktion, Rauchstopp, Stuhlregulation, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Miktions- und Trinktraining und bei entsprechender Indikation eine lokale Östrogenisierung (Tab. 3). Diese Massnahmen haben den Vorteil, dass durch sie ein nachhaltiger Therapieerfolg erzielt werden kann.

Therapie der Belastungsinkontinenz

Eine Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung ist Mittel der Wahl bei der Belastungsinkontinenz. Ziel ist einerseits die Verbesserung der Wahrnehmung und die Stärkung der Beckenbodenmuskulatur, andererseits soll deren gezielter reflexartiger Einsatz geschult werden. Nur ca. 50% der Frauen, die eine kurze Instruktion erhalten oder mit Hilfe von schriftlichen Anleitungen Übungen durchführen, aktivieren tatsächlich ihren Beckenboden. Unkorrekt durchgeführte Übungen können eine Inkontinenz durch Erhöhung des intraabdominellen Drucks sogar verstärken. Das Training mit einer Vaginalsonde mit Elektrostimulation und Biofeedback kann hilfreich sein. Schon aufgrund ihrer Ursachen ist eine vollständige Heilung häufig nicht möglich, was im Hinblick auf übersteigerte Erwartungen vorgängig mit der Patientin besprochen werden sollte. Bei vielen Frauen verbessert sich jedoch die Lebensqualität deutlich, und ein Eingriff kann zumindest vorübergehend vermieden werden.

Eine medikamentöse Therapie ist mit Duloxetin (Cymbalta®) möglich (Tab. 4). Dieser Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmer soll über eine gesteigerte Neurotransmitterkonzentration den Tonus und die Kontraktilität des Blasenverschlusses verbessern. Dabei stellt der Einsatz mit dieser Indikation einen «Off-Label-Use» dar.

Die Einlage von Vaginaltampons wie Contam® oder Contrelle® oder von Urethralpessaren kann insbesondere jungen Patientinnen, die nur unter bestimmten Umständen (z.B. beim Sport) Urin verlieren, angeboten werden. Als flankierende Massnahme zu einer Physiotherapie oder einer medikamentösen Therapie ist sie besonders geeignet und hat eher einen überbrückenden Charakter. Bei älteren, inoperablen Patientinnen kann diese Therapie jedoch auch längerfristig angewendet werden. Die Kontinenz wird durch Anheben der vorderen Scheidenwand zu einer Verbesserung des Urethralverschlussdrucks. Obwohl das Angebot dieser Therapie zum «Standard of care» gehört, ist ihr Evidenzlevel mit einem D (GPP, *Good practice point*) gemäss der NICE-Guideline *(National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006)* nur gering, sollte aber trotzdem angeboten werden.

Nach dem Versagen der konservativen Massnahmen sind Inkontinenzeingriffe indiziert. Dabei gilt heute eine suburethrale Schlingeneinlage (TVT: *Tension-free Vaginal Tape*) als Goldstandard. Dieser Eingriff ist komplikationsarm, einfach in der Durchführung und wenig belastend. Die Erfolgsraten sind auch bei Patientinnen mit einem höheren Operationsrisiko wie bei höherem Alter oder Adipositas gut. Periurethrale Unterspritzungen mit verschiedenen Substanzen können im Einzelfall eine wirksame Therapieoption darstellen, eine generelle Empfehlung ist aufgrund der aktuellen Datenlage nicht möglich.

Therapie der hyperaktiven Blase

Verhaltensmedizinische Massnahmen wie die Aufklärung über das richtige Trinkverhalten (richtige Menge

Tabelle 5. Level of Evidence und Grade of Recomendation von Antimuscarinica in der Therapie der hyperaktiven Blase (gemäss ICS 2009).

	Level of Evidence	Grade of Recomendation
Tolterodin (Detrusitol®)	1	A
Trospiumchlorid (Spasmo-Urgenin® Neo)	1	A
Solifenacin (Vesicare®)	1	A
Darifenacin (Emselex®)	1	A
Fesoterodin (Toviaz®)	1	A
Oxybutynin (Kentera®, Lyrinel® Oros®)	1	A

Tabelle 6. Nebenwirkungen der gängigsten Anticholinergika.

Nebenwirkung	Häufigkeit
Obstipation	2,5–27,6
Mundtrockenheit	2,6–34,1
Schwindel	1,4–11
Kopfschmerzen	1,5–12
Übelkeit	1–4,6
Akkomodationsstörungen	0,6–7,5
Durchfall	0–6,8
Dyspepsie	0–8,7

Tabelle 7. Von Patientinnen genannte Hauptgründe für die Beendigung einer Anticholinergikatherapie (Mehrfachnennung möglich), nach Benner et al. 2010.

Grund	%
Funktionierte nicht wie erwartet	46,2
Wechsel auf ein anderes Präparat	25,1
Ging auch ohne Medikament	23,3
Nebenwirkungen	21,1

Tabelle 8. Mögliche Ursachen für das Versagen der Anticholinergikatherapie.

Andere gynäkologische Pathologien des unteren Harntraktes (z.B. Zystitis, Urethritiden etc.)
Frühere Eingriffe, die die Anatomie verändert haben (z.B. Bänder, Kolposuspension etc.)
Anatomie: Rektozele ± Obstipation
Psychiatrische Erkrankungen
Exazerbation vorbestehender Leiden unter Anticholinergika: Obstipation
Verschiedene Erkrankungen: Diabetes mellitus und insipidus, (psychogene) Polydipsie, Parkinson, MS

Tabelle 9. Begleitende Massnahmen bei einer Anticholinergikatherapie.

Basisverständnis, wie die Blase funktioniert
Verständnis für das richtige Trink- und Miktionsverhalten
Motivation (Adhärenz)
Realistische Ziele formulieren
Empowerment (variables Einnahmeschema/2 Dosierungen verwenden)
Aufklärung über Nebenwirkungen
Management von Nebenwirkungen

zur rechten Zeit), die Vermeidung von Reizstoffen (Koffein u.a.), ein Blasentraining (Blasenentleerung alle 1–3 Stunden, Intervall langsam in Schritten von 15 bis 30 Minuten verlängern) sowie Techniken zur Drangunterdrückung («Panikgefühl» unterdrücken, Beckenboden anspannen, ruhiges Atmen, langsam auf die Toilette gehen) sind erwiesenermassen wirksam in der Behandlung der **hyperaktiven Blase** und zeigen Erfolgsraten von bis 80%. Diese Massnahmen können eine Anticholinergikatherapie unterstützen, deren Erfolgsrate bei bis zu 68% liegt. Wichtiger ist jedoch, dass verhaltenstherapeutische Massnahmen zu einem längerfristigen und nachhaltigen Erfolg führen; die Wirkung der Anticholinergika sistiert nach deren Beendigung. Diverse Anticholinergika stehen zur Verfügung (Detrusitol®, Emselex®, Kentera®, Lyrinel® Oros®, Spasmo-Urgenin® Neo, Toviaz® und Vesicare®). Es gibt bis anhin keinen Algorithmus zu ihrer Applikation. Trotz ihrer unterschiedlichen Rezeptorselektivität und unterschiedlichen Wirkmechanismen sind sich diese Präparate in ihrer Wirksamkeit und in ihrem Nebenwirkungsprofil ähnlich (Tab. 5 und 6).

Es gibt zahlreiche Gründe, warum eine anticholinerge Therapie von den betroffenen Frauen abgebrochen wird (Tab. 7). In einer kürzlich publizierten Studie wird unter anderem fehlender Erfolg genannt.

Viele Ursachen können objektive Gründe für das Versagen der Therapie sein. Es können andere gynäkologische Pathologien des unteren Harntraktes oder andere systemische Erkrankungen vorliegen, deren Ausschluss respektive Behandlung zum Therapieerfolg führen können (Tab. 8).

Verschiedene Massnahmen können begleitend zur Therapieoptimierung eingesetzt werden (Tab. 9). So kann das Wissen darüber vermittelt werden, wie die Blase funktioniert, um so das richtige Trink- und Miktionsverhalten zu fördern. Weiterhin ist es wichtig, die Motivation (Adhärenz) zu stärken. Es sind realistische Ziele anzustreben, deren Erreichen anhand des Miktionskalenders sichtbar wird. Erwünschte Wirkungen wie auch Nebenwirkungen sind unter anderem dosisabhängig und können durch variable Einnahmeschemata oder die Anwendung zweier Dosierungen gesteuert werden. Wichtig ist die offene Aufklärung über Nebenwirkungen, dabei sollte unbedingt der Hinweis erfolgen, dass Nebenwirkungen wie Obstipation und Mundtrockenheit nach drei Monaten abnehmen. Das Management der Nebenwirkungen ist manchmal eine Herausforderung, kann aber entscheidend zur Adhärenz beitragen (Tab. 10).

Bei postmenopausalen Frauen kann eine lokale Therapie mit einem östrogenhaltigen Präparat die Drangsymptomatik lindern. Bei der Verschreibung sollte darauf hingewiesen werden, dass die lokale Anwendung in der Regel nicht zu einer relevanten systemischen Wirkung führt. Eine Endometriumhyperplasie tritt selten auf, weshalb eine sequentielle Gabe von Gestagenen unnötig ist. In der Regel sollte während 3–4 Wochen einmal täglich (am besten vor dem Schlafen) die Crème mittels eines Applikators oder ein Zäpfchen eingeführt werden. Dies verhindert ein Herauslaufen und ein unangenehmes Verschmieren. Anschliessend kann eine Erhal-

tungstherapie mit einer Applikation zweimal pro Woche erfolgen. Die Wahl zwischen Zäpfchen und Crème mit Applikator sollte am besten der Patientin überlassen werden, da dies für die Adhärenz entscheidend ist.
Bei Versagen der konservativen Therapie der **hyperaktiven Blase** können eine Botoxinjektion, eine Neurostimulation oder auch chirurgische Eingriffe wie eine Blasenaugmentation diskutiert werden (Tab. 11).

Tabelle 10. Vorschläge zum Management von Anticholinergikanebenwirkungen.

Einnahme am Abend versuchen
Präparatewechsel
Wechsel der Applikationsform
Dosisanpassung (in der Regel Reduktion)
Grosszügige Laxantienverordnung
Trinkmenge erhöhen

Tabelle 11. Level of Evidence and Recomendation invasiver Therapien in der Behandlung der hyperaktiven Blase (gemäss ICS 2009).

	Level of Evidence	Grade of Recomendation
Botulinumtoxin	2	A
Sakrale Neuromodulation	1	A
Chirurgische Methoden, z.B. Blasenaugmentation	3	C

Auch alternativmedizinische Ansätze wie Akupunktur, Homöopathie, Kinesiologie etc. können hilfreich sein, sollten angesprochen und bei entsprechendem Wunsch vermittelt werden.
Die Therapie von Frauen, die unter einer Urininkontinenz leiden, sollte aufgrund ihrer multifaktoriellen Ursachen ganzheitlich und individualisiert, aber auch interdisziplinär und evidenzbasiert erfolgen. Die Betreuung der betroffenen Frauen ist anspruchsvoll, manchmal gar für alle Beteiligten frustrierend. Da sich jedoch häufig mit wenig Aufwand schon eine deutlichen Verbesserung der Lebensqualität erreichen lässt, lohnt sich die Anstrengung.

Korrespondenz:
Dr. med. Jörg Humburg
Chefarzt-Stellvertreter
Frauenklinik
Kantonsspital Bruderholz
CH-4101 Bruderholz BL
joerg.humburg@ksbh.ch

Empfohlene Literatur

– Abrams P, CardozzoL, Khoury S, Wein A. 4th Consultation on Incontinence, ICI Book 2009. Health Publication Ltd. 2009.
– Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. Maturitas. 2011;68(2):137–42.
– Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. N Engl J Med. 2010;363(12):1156–62.
– Murray S, Lemack GE. Overactive bladder and mixed incontinence. Curr Urol Rep. 2010;11(6):385–92.
– Fong E, Nitti VW.Urinary incontinence. Prim Care. 2010;37(3):599–612.
– Khullar V, Cardozo L, Dmochowski R. Mixed incontinence: current evidence and future perspectives. Neurourol Urodyn. 2010;29(4):618–22.

CME www.smf-cme.ch

1. Eine 52-jährige Patientin sucht Sie in der Sprechstunde auf. Seit sie ihren kleinen Enkel hütet und mit ihm auf den Spielplatz geht, verliert sie beim Spielen mit ihm grössere Mengen Urin und muss Binden tragen. Sie gibt an, schon länger bei Husten und Niesen tropfenweise Urin zu verlieren, bis jetzt hat sie das nicht so gestört. Früher hätte sie Beckenbodengymnastik gemacht, was etwas geholfen hätte, die Übungen hat sie in letzter Zeit selbständig durchgeführt, was jedoch wirkungslos geblieben sei. Seit sie weniger trinke, sei es auch schon besser geworden. Welche Massnahme leiten Sie ein?

A Sie lassen eine Zytoskopie durchführen.
B Sie verschreiben eine Beckenbodengynmastik mit Vaginalsonde mit Elektrostimulation und Biofeedback.
C Sie verordnen Anticholinergika.
D Sie verschreiben eine hormonhaltige Crème.
E Sie empfehlen, vor dem Gang zum Spielplatz jeweils die Blase zu entleeren.

2. Eine 75-jährige Patientin sucht ihre Sprechstunde auf, sie schlafe schlecht. Auf Ihr Nachfragen hin erklärt sie, dass sie in der Nacht mehrmals wach werde und auf die Toilette gehen müsse, wo sie kleine Urinmengen löse. Beim Einkaufen in der Stadt habe sie schon mehrmals plötzlich und unerwartet Urin verloren. Zudem könne sie kaum noch Carreisen unternehmen, da der Abstand der WC-Pausen zu lang sei. Welche nächsten Schritte sind sinnvoll, *ausser*?

A Sie vervollständigen die Anamnese.
B Sie schliessen einen Infekt aus.
C Sie bestimmen den Resturin.
D Sie geben einen Miktionskalender mit Messbecher ab.
E Sie empfehlen eine Reduktion der Trinkmenge, um die Episoden von Urinverlust zu reduzieren.