

Eine häufige, aber selten angesprochene Erkrankung

Konservative Therapie der Harninkontinenz

Die Folgen von Harninkontinenz sind die Beeinträchtigung der Lebensqualität, des Sexuallebens, der Verzicht auf Freizeitaktivitäten und Sport, und der Verlust von sozialen Kontakten. Solche Einschränkungen sind belastend und eigentlich nicht nötig. Schon mit relativ einfachen, konservativen Methoden kann Abhilfe geschaffen werden. Wichtig ist, dass Betroffene durch Öffentlichkeitsarbeit aufgeklärt werden und sich bei Fachpersonen melden, um eine geeignete Therapie zu finden.



Prof. Dr. med.
Volker Viereck
Frauenfeld

Marlies
von Siebenthal
Frauenfeld

Dr. sc. nat.
Marianne Gamper
Frauenfeld

+ Les conséquences d'une incontinence urinaire sont une détérioration de la qualité de vie, de la sexualité, avec l'abandon d'activités récréatives et sportives et la perte des contacts sociaux. De telles restrictions sont lourdes et ne devraient pas se produire. Déjà des mesures conservatrices simples peuvent aider. Il est important que les personnes souffrant de ce genre de problèmes aient accès aux informations grand public et osent s'adresser aux professionnels dans ce domaine pour pouvoir profiter des thérapies adéquates.

Harninkontinenz ist eine der häufigsten Erkrankungen der Frau mit einer Prävalenz von 16%. Das Risiko für Inkontinenz ist altersabhängig. Während 7% der 20–39-Jährigen daran leiden, sind es bei den 40–59-Jährigen über 17%, bei den 60–79-Jährigen 23% und bei den über 80-Jährigen 32% (1). Die drei häufigsten Inkontinenzformen sind die Belastungsinkontinenz (48%), die Dranginkontinenz (17%), und die Mischharninkontinenz (34%) mit gleichzeitiger Belastungs- und Drangsymptomatik (2). Die Belastungsinkontinenz kommt bei unter 55-Jährigen am häufigsten vor, ab 55 Jahren wird die Mischharninkontinenz dominant (3). Laut einer Umfrage der Deutschen Kontinenzgesellschaft ist die Dunkelziffer der an Inkontinenz Erkrankten aber noch deutlich höher, denn 60% der Betroffenen gehen erst gar nicht zum Arzt. Nicht nur die Patientin sondern auch der Arzt haben oft Hemmungen, über Inkontinenz zu sprechen; es handelt sich also um ein «doppeltes Tabuthema». Dazu kommt, dass eine Patientin, die ihre Inkontinenz einmal thematisiert hat, dann aber vom Arzt nicht ernst genommen worden ist, es zu 50% nicht nochmals versuchen wird. Deshalb ist es besonders wichtig, dass der Arzt bei der Anamnese das Thema Harninkontinenz gezielt anspricht (4, 5).

Definition und Ursache der Belastungsinkontinenz

Unter Belastungsinkontinenz versteht man den Urinverlust bei körperlichen Anstrengungen. Dabei werden verschiedene Schweregrade unterschieden (nach Stamey): Grad I beim Husten, Niesen,

Lachen; Grad II bei abrupten Körperbewegungen, beim Aufstehen, Hinsetzen, beim Aufheben schwerer Lasten; Grad III bei minimalen Bewegungen, im Liegen und sogar im Schlaf (6). Ursachen für die Belastungsinkontinenz sind eine Schwächung der Beckenbodenmuskulatur oder ein ungenügender Harnröhrenverschlussmechanismus, der dem höheren intravesikalen Druck nicht standhalten kann. Das kann schon bei jungen Frauen vorkommen, z.B. als Folge von Schwangerschaft und Geburt. Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko für Inkontinenz zu, z.B. weil Anzahl und Dichte der Muskelfasern um die Harnröhre kontinuierlich abnehmen (7). Zudem führen tiefe Östrogenkonzentrationen im Blut, während und nach den Wechseljahren, zum Gewebeabbau und dünnen Schleimhäuten und dadurch zu einer verminderten Unterstützung der Harnröhre. Weitere Risikofaktoren für Belastungsinkontinenz sind Adipositas, Rauchen, chronischer Husten oder Obstipation (8).

Konservative Behandlung der Belastungsinkontinenz

Eine Belastungsinkontinenz sollte zuerst immer konservativ behandelt werden. Schon eine Gewichtsreduktion bei einem erhöhten Body-Mass-Index oder der Verzicht auf Zigaretten können helfen.



Abb. 1: Galileo®-Vibrationsgerät

Unter Anleitung einer ausgebildeten Physiotherapeutin werden auf dem Galileo®-Vibrationsgerät individuelle Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur durchgeführt.

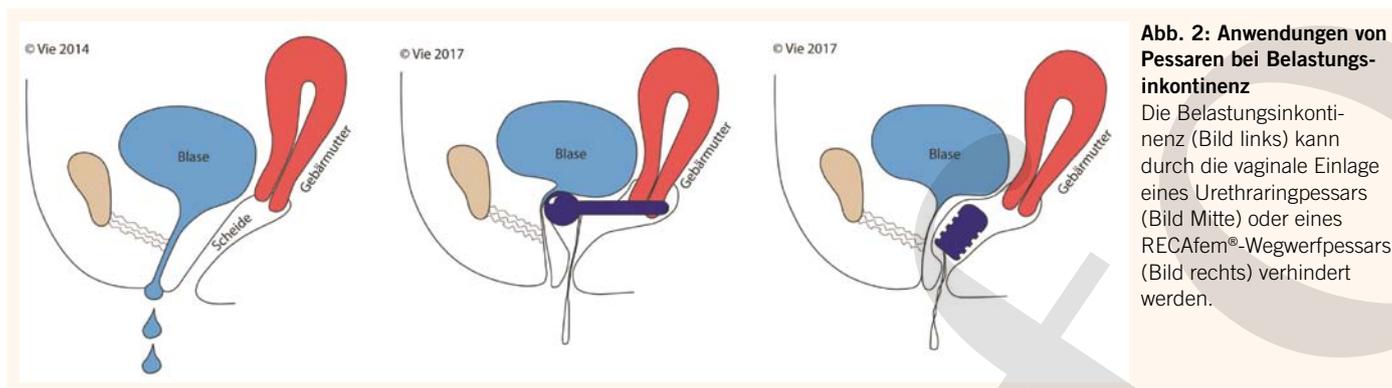


Abb. 2: Anwendungen von Pessaren bei Belastungsinkontinenz

Die Belastungsinkontinenz (Bild links) kann durch die vaginale Einlage eines Urethringpessars (Bild Mitte) oder eines RECAfem®-Wegwerfpessars (Bild rechts) verhindert werden.

Die erfolgreichste Therapie ist die Beckenbodenphysiotherapie (9). Speziell geschulte Physiotherapeutinnen zeigen, wie die Beckenbodenmuskeln wieder aufgebaut und bei Belastungen reflexartig angespannt werden können. Eine moderne Therapieform stellt die Kombination von Physiotherapie mit Vibrationstherapie dar. Dabei steht die Patientin auf einer vibrierenden Plattform (Abb. 1). Die mechanischen Schwingungen lösen reflektorische Muskelkontraktionen aus. Das führt zu einer Erhöhung der Ruhespannung im kleinen Becken, einer Verbesserung der Kontraktionsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur und somit zur Kontinenz (10). Auch Elektrostimulation und Biofeedback können die Physiotherapie ergänzen, um die Beckenbodenmuskulatur besser wahrzunehmen und gezielt zu stärken (11, 12).

Die Pessartherapie behebt die Inkontinenzbeschwerden sofort und effektiv. Pessare werden in die Scheide eingelegt und bieten ein Widerlager unter der Harnröhre. So kann sich bei körperlicher Belastung die Harnröhre nicht unkontrolliert öffnen und ein Harnverlust wird verhindert (Abb. 2). Pessare können entweder nur beim Sport oder aber den ganzen Tag getragen werden. Meist werden sie über einige Monate angewendet, bis sich, unterstützt durch andere Therapien, wie Beckenbodentraining oder Hormonbehandlung, die Beschwerden gebessert haben. Pessare unterscheiden sich in Material, Form und Grösse (Abb. 3). Wichtig für den Erfolg sind die individuelle Wahl des geeigneten Pessarmodells und eine kompetente Beratung mit Instruktion zur Anwendung (13). Zum Einführen von Pessaren sollten niedrig dosierte Hormoncremen verwendet werden.

Hormonmangel-bedingte Beschwerden, wie eine dünne, empfindliche Haut im Urogenitalbereich (vaginale und vulväre Atrophie) und der Abbau von Bindegewebe, sprechen sehr rasch auf eine Hormonbehandlung an (14). Die Östrogene können vaginal als Creme, Ovula, Tabletten oder systemisch oral oder transdermal angewendet werden. Systemische Hormongaben nach den Wechseljahren beheben oder verbessern auch andere Beschwerden, wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, sexuelle Dysfunktionen, Leistungs- und Gedächtnisverminderung, Knochen- und Gelenksymptome, Osteoporose, trockene Schleimhäute in den Augen, Kopfhaarverlust, Faltenbildung.

Wenn nach drei Monaten trotz der konservativen Massnahmen keine Heilung oder Besse-

rung festgestellt werden kann und wenn das Gewebe mit lokalen Östrogenen gut aufgebaut ist, wird in der Regel eine Operation empfohlen.

Definition und Ursache der Dranginkontinenz

Beim imperativen Harndrang mit unkontrollierbarer Blasenkontraktion und einem unwillkürlichen Urinverlust spricht man von einer Dranginkontinenz («OAB wet»). Die Patientinnen haben eine sogenannte «hyperaktive Blase» (overactive bladder, OAB) oder «Reizblase». Per Definition ist die OAB charakterisiert durch einen persistierenden Harndrang, in der Regel begleitet von einer erhöhten Miktionsfrequenz (≥ 8 Mal während der Wachphase) und Nykturie (≥ 1 Mal pro Nacht), mit oder ohne Dranginkontinenz, in der Abwesenheit eines Harnwegsinfekts, und ohne eine offensichtliche andere Pathologie (15). Da bei der Dranginkontinenz imperativ meist grosse Urinmengen verlorengehen, ist der Leidensdruck meist grösser als bei der Belastungsinkontinenz.

Die Dranginkontinenz tritt oft als Begleitsymptom anderer Erkrankungen auf. Diese müssen identifiziert und adäquat behandelt werden. Beispiele solcher Erkrankungen sind: rezidivierender Harnwegsinfekt, urogenitale Atrophie, Deszensus, Fremdkörper in der Blase, Blasentumor oder -steine, Urethraobstruktion, Strahlenzystitis, Interstitielle Zystitis, Kolpitis, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Adipositas, medikamentöse oder psychogene Ursachen, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, zerebrovaskuläre Erkrankung, Querschnittsyndrom, senile Demenz, Alkoholismus. Falls keine Ursache gefunden wird, spricht man von «idiopathischer» Dranginkontinenz.



Abb. 3: Pessarmodelle

Verschiedene Grössen von wiederverwendbaren Urethringpessaren aus Silikon (links) und verschiedene Formen und Grössen von Wegwerfpessaren aus Polyvinylalkohol (rechts).

Konservative Behandlung der Dranginkontinenz

Bei der Behandlung der idiopathischen Dranginkontinenz werden multimodale Therapien empfohlen. Wie bei der Belastungsinkontinenz helfen auch hier Gewichtsreduktion, gesunder Lebensstil («Lifestyle-Faktoren») (16, 17), die Anwendung von Pessaren oder eine lokale Östrogenisierung. Ebenfalls hilft Beckenbodenrelaxation durch individuelle Physiotherapie (17). Durch Trink- und Miktionstraining können die funktionelle Blasenkapazität gesteigert und die Miktionsintervalle verlängert werden. Pro Tag sollten über zwei Liter getrunken werden, um Miktionsvolumina von über 300 ml zu erreichen. Reiz auslösende Nahrungsmittel und Getränke, wie Kaffee, Alkohol, Scharfes oder Saures sollten vermieden werden (17). Um die optimale Diät individuell herauszufinden, empfiehlt es sich, ein Ernährungstagebuch zu führen. Mechanische Reizauslöser, wie zu enge Kleidung, irritierende Duschmittel oder raues Toilettenpapier sollten vermieden werden. Beachtung sollte der Intimpflege gegeben werden: Waschen mit einer pH-neutralen, rückfettenden Waschlotion, Anwendung einer Fettcreme, Aufbau der Schleimhaut mit einer Hormoncreme oder Unterstützung zum Aufbau einer gesunden Scheidenflora mit Milchsäurebakterien-Produkten. Blasenentspannend und entzündungshemmend wirken Phytotherapeutika (Abb. 4), zum Beispiel Nieren- und Blasendragées oder Preiselbeersaft.

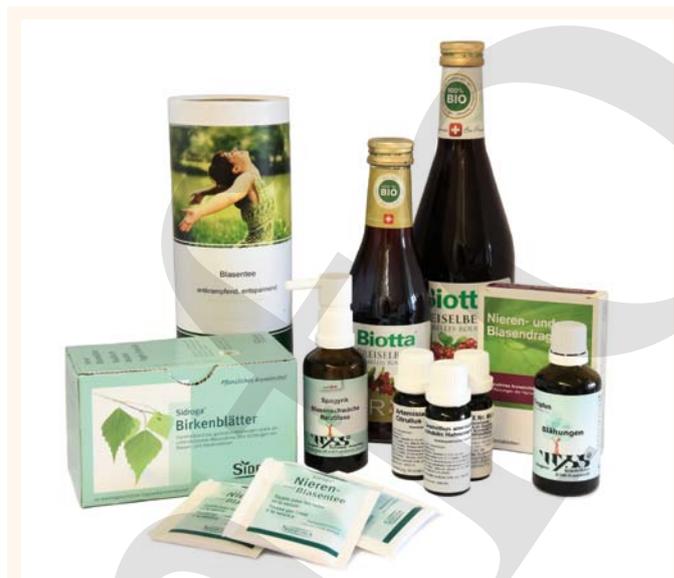


Abb. 4: Phytotherapeutika für die Behandlung von Blasenbeschwerden. Pflanzliche Arzneimittel wirken blasenentspannend, reizmildernd, antibakteriell und wassertreibend.

Sollten obige Massnahmen zu keinem befriedigenden Resultat führen, kann eine Dranginkontinenz auch medikamentös therapiert werden (8). Die sogenannten «Anticholinergika» hemmen die Kontraktion des Detrusormuskels und entspannen somit die Blase. Die Substanzklasse der «Beta-3-Adrenozeptor-Agonisten» wirkt ebenfalls blasenentspannend, aber indem die Muskelspannung direkt aktiviert wird. Mit diesen beiden Substanzklassen können sowohl Inkontinenz- und Drangepisoden als auch die Miktionshäufigkeit reduziert werden. Dabei wird das Miktionsvolumen gesteigert.

Fazit

Harninkontinenz ist belastend und einschränkend. Betroffene sollen diesen Zustand aber nicht einfach so akzeptieren, sondern müssen wissen, dass etwas dagegen getan werden kann. Schon einfache, konservative Massnahmen können die Beschwerden rasch lindern und die Lebensqualität wieder verbessern. Die Behandlungsmöglichkeiten sind multimodal und vielfältig, die geeignete Therapie muss individuell auf die Patientin abgestimmt werden. Wichtig ist, dass sich die Patientinnen zur Abklärung und Behandlung an einen Spezialisten wenden. Hierfür braucht es eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit und gut ausgebildete Fachkräfte.

Prof. Dr. med. Volker Viereck, volker.viereck@stgag.ch
Co-Chefarzt Frauenklinik, Chefarzt Urogynäkologie

Marlies von Siebenthal, marlies.von-siebenthal@stgag.ch
Leitende Fachfrau für Blasen- und Intimbeschwerden

Dr. sc. nat. Marianne Gamper, marianne.gamper@stgag.ch
Wissenschaftliche Projektleiterin
Kantonsspital Frauenfeld
Frauenklinik, Blasen- und Beckenbodenzentrum
8501 Frauenfeld

Interessenkonflikt: Die Autoren haben keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Die häufigsten Inkontinenzformen sind die Belastungs- und die Dranginkontinenz.
- ◆ Zur Therapie sollen zuerst konservative Massnahmen angewendet werden, schon eine Lifestyle-Änderung kann helfen.
- ◆ Wichtig ist die sorgfältige Abklärung beim Spezialisten.
- ◆ Bei der Belastungsinkontinenz hilft Beckenbodenphysiotherapie, oft in Kombination mit Elektrostimulation und Vibrationstherapie. Die Pessartherapie mit lokaler Hormonapplikation stellt eine gute Soforthilfe dar.
- ◆ Kann bei der Dranginkontinenz keine spezifische Ursache gefunden werden, helfen Trink- und Miktionstraining, Änderung der Ernährungsgewohnheiten, schonende Intimpflege, die medikamentöse Therapie mit Anticholinergika oder Beta-3-Adrenozeptor-Agonisten, sowie Phytotherapeutika und individuelle Physiotherapie.

Messages à retenir

- ◆ Les formes d'incontinence les plus fréquentes sont l'incontinence de stress et l'incontinence d'urgence.
- ◆ Les mesures conservatrices sont à mettre en première ligne des interventions thérapeutiques. Déjà un changement de style de vie peut s'avérer profitable.
- ◆ Les investigations adéquates, effectuées par le spécialiste sont de première importance.
- ◆ En cas d'incontinence de stress, la physiothérapie du plancher pelvien est utile. Elle est souvent associée à l'électrostimulation et à un entraînement musculaire sur la plateforme vibrante «Galileo». La pose d'un pessaire (avec application locale d'hormones) représente une bonne mesure immédiate.
- ◆ En cas d'incontinence d'urgence, si une maladie sous-jacente l'expliquant ne peut pas être trouvée, les mesures thérapeutiques suivantes peuvent aider: entraîner et régulariser l'apport de liquides et les mictions, changement des habitudes alimentaires, soins intimes avec des produits/savons non irritants, thérapie médicamenteuse (anticholinergiques, agonistes des récepteurs Beta 3-adrénérgiques ou phytothérapeutiques) ainsi que la physiothérapie individualisée.

Literatur:

1. Nygaard I et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300:1311-6
2. Nitti VW. The prevalence of urinary incontinence. *Rev Urol* 2001;3 Suppl 1:S2-6
3. Minassian VA et al. Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1429-40
4. Viereck V, von Siebenthal M. Harninkontinenz und Blasenbeschwerden. *Leading Opinions Medizin für die Frau* 2010;2:14-6
5. Viereck V et al. Urogenitales Altern. *Reproduktionsmedizin* 2000;16:90-102
6. Ghoniem G et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:5-33
7. Perucchini D et al. Age effects on urethral striated muscle. I. Changes in number and diameter of striated muscle fibers in the ventral urethra. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:351-5
8. Lukacz ES et al. Urinary incontinence in women: A review. *JAMA* 2017;318:1592-1604
9. Dumoulin C et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD005654
10. von der Heide S, Viereck V. Vibrationstherapie. In: *Beckenboden*. Edited by B. Carrière. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 2012, pp. 254-261
11. Ghaderi F, Oskouei AE. Physiotherapy for women with stress urinary incontinence: a review article. *J Phys Ther Sci* 2014;26:1493-9
12. Herderschee R et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD009252
13. von Siebenthal M. Pessartherapie in der Urogynäkologie. *Leading Opinions Gynäkologie & Geburtshilfe* 2017;3:6-10
14. Rahn DD et al. Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2014;124:1147-56
15. Haylen BT et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4-20
16. Ernst M et al. Diet modification for overactive bladder: an evidence-based review. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2015;10:25-30
17. Willis-Gray MG et al. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Res Rep Urol* 2016;8:113-22