



Wege aus der Peinlichkeit

Harninkontinenz ist in der Praxis gut behandelbar

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Drang- und Belastungsinkontinenz sowie Mischformen aus beiden machen den Löwenanteil der Harninkontinenz aus. Beide lassen sich in der Hausarztpraxis in der Regel gut diagnostizieren und behandeln. Da die Blaseschwäche für die Patienten ein Tabu mit immenser sozialer Stigmatisierung darstellt, bedeutet eine adäquate Therapie für sie einen immensen Zugewinn an Lebensqualität. Schlägt die Behandlung nicht an oder liegen andere Erkrankungen zugrunde, sollte ein Urologe hinzugezogen werden.



© photos.com

von Helmut Gallistl, Ulrike Hohenfellner, Joan Nyarangi-Dix und Markus Hohenfellner

Die Harninkontinenz ist eine auch heute noch häufig aus Scham verschwiegene Erkrankung, deren Prävalenz daher wahrscheinlich immer noch unterschätzt wird. Mindestens jede vierte Frau und jeder zehnte Mann sind im Laufe ihres Lebens mit dieser belastenden Problematik konfrontiert, die durch ihre typischen psychosozialen Folgen die Lebensqualität erheblich einschränkt und sogar zu sozialer Isolation führen kann. Nach Therapie der Harninkontinenz sind meist ein wiederhergestelltes Wohlbefinden und auch die Rückkehr in das gewohnte soziale Umfeld festzustellen (Kontaktpflege, körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion, Sistieren der „reaktiven Depression“).

Die engagierte interdisziplinäre Aufklärungsarbeit der letzten Jahre erleichtert es den Betroffenen, frühzeitig Zugang zu ärztlicher Hilfe zu finden. Die vielfältigen konservativen und operativen Optionen ermöglichen jedem Patienten eine individuell optimierte Behandlung.

Klassifikation

Man unterscheidet verschiedenen Typen der Harninkontinenz:

- Dranginkontinenz
- Belastungsinkontinenz

- neurogene Inkontinenz
- Überlaufinkontinenz.

Häufig tritt die sog. Mischharninkontinenz als Kombination aus Drang- und Belastungsinkontinenz auf.

Dranginkontinenz

Die Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch einen ununterdrückbaren, imperativen Harndrang, der zu nicht verhinderbarem Harmlverlust führt. Ihr liegt eine Hyperaktivität des Detrusors zugrunde, d.h. die Erkrankung betrifft ausschließlich die Blase; die Funktion des Schließmuskels und Beckenbodens ist völlig intakt. Als Ursachen kommen infrage:

- Entzündungen: bakteriell (z. B. Harnwegsinfekte) oder abakteriell (interstitielle Zystitis)
- Blasensteine
- Tumor
- anatomische infravesikale Obstruktion (Prostatahyperplasie, Blasenhalssenge, Meatusstenose der Urethra)
- infravesikale funktionelle Obstruktion (erworbene Detrusor-/Sphinkter-externus-Dyskoordination im Sinne einer falsch angewöhnten Miktion)
- idiopathisch (sog. überaktive Blase; häufig)
- psychosomatische Faktoren.

Belastungsinkontinenz

Bei der Belastungsinkontinenz kommt es durch Erhöhung des intraabdominellen Drucks oder durch körperliche Aktivität (z. B. beim Husten, Niesen, Laufen) zum Harmlverlust. Dies bedeutet, dass der insuffiziente urethrale Verschlussmechanismus dem erhöhten intraabdominellen Druck nicht mehr standhalten kann. Es handelt sich also um eine isolierte Erkrankung des muskulären Verschlussapparates der Urethra; die Funktion der Blase selbst ist völlig unbeeinträchtigt.

Mögliche Ursachen einer Belastungsinkontinenz bei Frauen sind:

- Schwangerschaften und Geburten
- anatomische Veränderungen im kleinen Becken, z. B. nach Operationen oder bei Deszensus, durch die sich Blase und Harnröhre so verlagern, dass eine regelrechte Schließmuskelfunktion unmöglich wird
- persistierende Belastungen des Beckenbodens (z. B. chronischer Husten, Obstipation, schweres Heben, Reiten)
- idiopathische Gewebeschwäche.

Bei Männern ist als Ursache einer Belastungsinkontinenz vor allem die karzinombedingte radikale Prostatektomie (RPx) oder radikale Zystoprostatektomie zu berücksichtigen. Zwar können opti-



Operationstechnik und Patientenselektion dieses Risiko auf unter 10% reduzieren. Doch die manchmal unausweichliche chirurgische Schädigung des inneren autonomen glattmuskulären Sphinkters kann zur postoperativen Belastungs-Harninkontinenz beitragen. Der durch den N. pudendus versorgte willkürliche externe quergestreifte Sphinkter bleibt bei regelrechter Operationstechnik hingegen intakt und gewährleistet nach entsprechendem Training die Kontinenz.

Neurogene Harninkontinenz

Die neurogene Harninkontinenz resultiert aus einer gestörten Innervation des unteren Harntrakts als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems oder des Rückenmarks, wie sie z. B. bei Morbus Parkinson, Multipler Sklerose, Demenz, Querschnittverletzung, Bandscheibenprolaps oder Spinalkanalstenose auftreten kann.

Überlaufinkontinenz

Die Überlaufinkontinenz ist Folge einer infravesikalen Obstruktion, z. B. bei Prostatahyperplasie. Die zugrundeliegende dekompensierte Blasenentleerungsstörung bleibt oft bis zum Auftreten der Inkontinenz subjektiv unbemerkt und führt bei längerem Bestehen zur Schädigung des oberen Harntraktes.

So formal einfach und logisch diese Einteilung erscheint, ergeben sich dennoch diagnostische Probleme daraus, dass sich die Symptomatik für die Betroffenen meist durchaus ähnlich darstellt. Entsprechend wird anhand der Anamnese tatsächlich in nur 30% der Fällen die richtige Verdachtsdiagnose gestellt.

Diagnostik

Basisdiagnostik

Die **Anamnese** gibt erste Hinweise auf potenzielle Ursachen und auf evtl. erforderliche weiterführende Untersuchungen. Wichtig ist, nicht nur die Beschwerden exakt zu erfragen, sondern auch die praktizierte Blasenentleerung (z. B. Spontanmiktion oder durch Valsalva oder Credé-Manöver unterstützte Miktion). Eruiert werden sollten ferner:

- Vorerkrankungen und Operationen
- Anzahl und Art der Entbindungen

- vorangegangene Harnwegsinfektionen
- evtl. vorliegende neurologische Symptomatik.

Ein **Miktionsprotokoll** dokumentiert Frequenz und Volumen der Miktion über mehrere Tage und ergänzt die Anamnese.

Die Basisdiagnostik beinhaltet ferner die **körperliche Untersuchung** mit orientierendem neurologischen Status, **Urinuntersuchung, Routinelabor** und **Sonografie** der Nieren und der Blase.

Lässt die Basisdiagnostik – insbesondere nach Ausschluss eines Harnwegsinfekts und einer Hämaturie – das Vorliegen einer Dranginkontinenz vermuten, kann der Hausarzt ohne weiterführende Diagnostik einen konservativ-medikamentösen Therapieversuch (s. u.) einleiten. Führt dies nicht zu einer Befundbesserung, ist die differenzialdiagnostische fachurologische Abklärung sinnvoll.

Fachurologische Diagnostik

Die Zystoskopie ermöglicht die Untersuchung der Blaseschleimhaut, des Detrusors und der funktionellen Blasenkapazität und lässt einen möglichen Deszensus erkennen. Auch Blasenhalssphinkterschluss und die prostatistische Harnröhre sowie die Anspannungsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur und die Kontinenz beim Husten (sog. Bonney-Tests) lassen sich beurteilen.

Bei der **Urodynamik** wird über einen Messkatheter der mit zunehmender Füllung steigende Druck in der Blase gemessen. Dabei werden auch eventuelle spontane Kontraktionen des Detrusors erfasst und die Funktionstüchtigkeit des urethralen Verschlussmechanismus überprüft. So kann exakt unterschieden werden, ob die ursächliche Störung die Blasenfunktion oder den Schließmuskel betrifft oder ob eine neurogene Harninkontinenz oder eine Mischinkontinenz vorliegt.

Therapie

Dranginkontinenz

Mit der Basisdiagnostik, die in jeder hausärztlichen Praxis durchgeführt werden kann, lässt sich die Verdachtsdiagnose einer unkomplizierten Dranginkontinenz stellen. Daraufhin kann direkt eine medikamentöse Therapie mit einem **Anticholinergikum** begonnen werden,

das entweder oral oder transdermal appliziert wird. Sämtlichen Anticholinergika sind prinzipiell die typischen potenziellen Nebenwirkungen gemeinsam:

- Mundtrockenheit
- Obstipation
- Einschränkung der kognitiven Leistung.

Ebenso gelten für alle die gleichen relativen Kontraindikationen:

- nicht therapiertes Engwinkelglaukom
- Nieren- und Leberinsuffizienz
- symptomatische Hiatushernie mit Reflux.

Die unterschiedliche Pharmakokinetik der Präparate bedingt allerdings doch erhebliche Unterschiede in Wirkung, Verträglichkeit und optimaler Indikation, so dass hier sehr differenzierte Einsatzmöglichkeiten und ein breites und individualisierbares Therapiespektrum genutzt werden kann. Daher ist es möglich, dass sich der Therapieerfolg erst nach Verordnung bzw. Ausprobieren mehrerer Präparate einstellt.

Zusätzlich zu der rein symptomatischen, medikamentösen Therapie ist meist auch ein professionell angeleiteten **Blasentraining** durch speziell ausgebildete Physiotherapeuten sinnvoll. Viele Patienten erlernen dabei wieder, ihre Blase zu kontrollieren, so dass die Medikation oft nach 3–6 Monaten beendet werden kann. Andernfalls lässt sich die Medikation bei guter Verträglichkeit selbstverständlich auch dauerhaft fortsetzen.

Persistieren die Beschwerden unter anticholinergischer Therapie, sollte zunächst die Diagnose fachurologisch gesichert werden. Therapieoptionen bei einer nachgewiesenen Anticholinergika-resistenten Dranginkontinenz sind die elektromagnetische Behandlung der Blase und die intravesikale Botulinumtoxin-Injektion.

Die **elektromagnetische Behandlung** kann entweder über in Blasen-Nähe angebrachte Klebeelektroden oder extrakorporal mit dem sog. Magnetstuhl erfolgen. Sie führt völlig schmerzfrei zur Neuromodulation der Blase mit Dämpfung der Detrusor-Überaktivität. Die Intensität und Eindringtiefe der Impulse sind bei der Magnetstuhl-Therapie höher als bei der über Klebeelektroden vermittelten Elektrostimulation.

Die **intravesikale Botulinumtoxin-Injektion** erfolgt in kurzer Maskennarkose oder unter Lokalanästhesie als kurz-stationärer Eingriff. Über ein Zystoskop wird an diversen Stellen das Botulinumtoxin über eine feine Nadel unter Sicht in die Blasenmuskulatur injiziert. Die Dosierung ist individuell festzulegen und wird im Rahmen der kompletten urologischen Funktionsdiagnostik ermittelt. Mit Erfahrung durchgeführt, ist dieser kleine Eingriff praktisch nebenwirkungsfrei und reduziert die Blasenaktivität nur in sehr seltenen Fällen stärker als gewünscht. Die Wirkung erstreckt sich über durchschnittlich 9–12 Monate, anschließend kann problemlos eine Re-Injektion erfolgen. Bei 30% der so behandelten Patienten normalisiert sich die Blasenaktivität nach der Erstinjektion dauerhaft, so dass keine weitere Botulinumtoxin-Gabe mehr erforderlich ist.

Neurogene Harninkontinenz

Die neurogene Harninkontinenz, von der ein Großteil der Patienten mit Erkrankungen des ZNS und des Rückenmarks betroffen ist, bedarf einer sehr spezialisierten neurourologischen Diagnostik und Behandlung. Nur so lässt sich für diese Patienten einerseits Lebensqualität mit kontrollierter, kontinenter Blasenentleerung und andererseits ein dauerhafter Schutz des oberen Hamtrakts erreichen.

Überlaufinkontinenz

Auch die Überlaufinkontinenz als Ausdruck einer dekompensierten Blasenentleerungsstörung bedarf der fachurologischen Diagnostik und einer speziellen Therapie der zugrundeliegenden Ursache.

Belastungsinkontinenz

Die Behandlung erfolgt primär konservativ. Durch ein professionell angeleitetes **phy-**

siotherapeutisches Training lässt sich der Beckenboden effizient kräftigen; die Patienten erlernen die Kontrolle über den Verschlussapparat mit Möglichkeit der willkürlichen und gezielten Anspannung. Dieses Training lässt sich durch die über Elektroden vermittelte Elektrostimulation oder die extrakorporale Magnetstuhl-Therapie unterstützen (s. o.). Dies erleichtert den Patienten, die zu trainierende Muskulatur überhaupt erst richtig wahrzunehmen und kräftigt außerdem den Schließmuskel.

Zur Schulung der Wahrnehmung für den Beckenboden und zur gleichzeitigen Kontrolle der Beckenboden-Eduktion dient auch das **Biofeedback-Training**. Dabei wird erhält der Patient eine visuelle Rückmeldung der versuchten Beckenboden-Kontraktion, so dass ihm Körperfunktionen bewusst gemacht werden, die normalerweise auf unbewusster Ebene ablaufen.

Zur medikamentösen Unterstützung steht seit 2004 das Präparat **Duloxetin** zur Verfügung, das den Tonus des äußeren Hamröhrenschließmuskels während der Speicherphase der Blase gezielt verstärkt.

Durch **lokale Östrogenisierung** lässt sich bei Frauen die Behandlung oft erfolgreich ergänzen. Die Östrogene verbessern die Trophik der urethralen Schleimhaut und damit den Verschlussmechanismus.

Mit diesem multimodalen Therapieansatz ist bei einem Großteil der Patienten ein gutes Kontinenzergebnis erreichbar. Nur wenn sich damit keine zufriedenstellende Besserung erzielen lässt, ist ein operativer Eingriff zu erwägen, wobei inzwischen ein umfangreiches Spektrum unterschiedlicher Eingriffe möglich ist, so dass für jeden das individuell optimale Verfahren gesucht werden kann. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Ana-

tomie unterscheiden sich die Operationstechniken für Frauen und Männer.

Operationstechniken der weiblichen

Belastungsinkontinenz: Neben Techniken ohne Fremdmaterial, die oft auch minimal invasiv durchführbar sind (Faszienzügelplastiken, Kolposuspension nach Burch; Erfolgsraten 70–90%; sehr gute Langzeitergebnisse), hat sich in den letzten Jahren die minimal invasive Implantation eines spannungsfrei gelegten Bändchens um die Urethra etabliert. Dabei geht die Entwicklung aufgrund des Risikos der Blasenperforation weg von suprasymphysär ausgeleiteten Bändern (**klassisches TVT®**) in Richtung **transobturatorisches TVTO®** (**Abb. 1**). Die Erfolgsrate liegt bei 85–95% mit sehr guten Langzeitergebnissen (bis zu 20 Jahre). Ebenso werden mittlerweile auch **adjustierbare Schlingen** eingesetzt, die an funktionelle und anatomische Veränderungen adaptierbar sind (Safyre®).

Eine weitere minimal invasive Therapieoption stellen die **ACT Ballons®** dar (**Abb. 2**). Die befüllbaren Ballons werden durchleuchtungsgezielt von perineal aus am Blasenhals positioniert. Die dazugehörigen Ventile werden labial unter die Haut verlagert. So sind die Ballons jederzeit in der Praxis mit einer feinen Nadel nachadjustierbar. Die Eingriffsdauer beträgt 15–20 Minuten; die Erfolgsrate liegt bei 80%.

Liegt eine Zystozele in Kombination mit einer Belastungsinkontinenz vor, stehen heute, neben der klassischen Korrektur durch vordere Kolporrhaphie, auch **implantierbare Netze** zur Verfügung. Dabei sollte jedoch stets die Großflächigkeit des alloplastischen Materials im Auge behalten werden.

Risiken nach Implantation eines spannungsfreien Bandes oder Netzes sind In-



Abb. 1: Klassisches TVT® (Mitte) und TVTO® (rechts)



Abb. 2: Adjustierbare ACT Ballons®

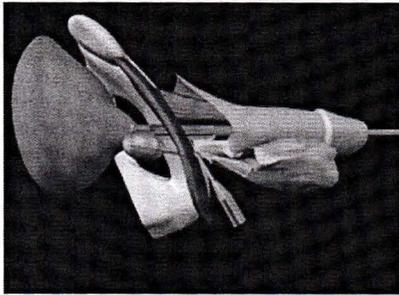


Abb. 3: Pro ACT® Ballons

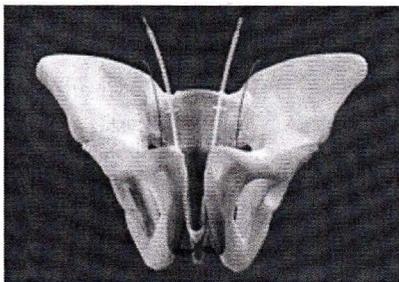


Abb. 4: Argus® Schlinge

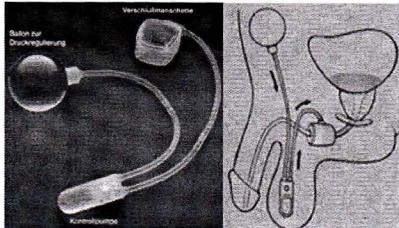


Abb. 5: Klassischer Sphinkter AMS 800®

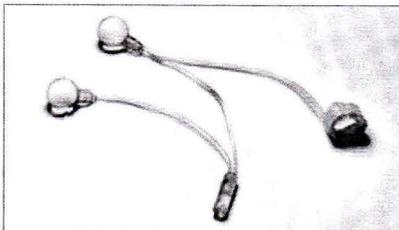


Abb. 6: Flow Secure®

fektion, Arrosion in die Harnröhre, neu auftretende Drangkomponente, Restharnbildung, die Banddurchtrennung in einem zweiten Eingriff oder die Notwendigkeit der intermittierenden Selbstkatheterisation (ISK).

Operationstechniken der männlichen Belastunginkontinenz: Auch bei der männlichen Belastunginkontinenz haben in den letzten Jahren neue Erkenntnisse und daraus resultierende neue Produkte und Operationsmethoden das therapeutische Spektrum erweitert. Allerdings haben sie

den bereits seit 25 Jahren erfolgreich implantierten klassischen Sphinkter nicht ersetzt. Unterspritzungen im Bereich des Sphinkters bzw. der proximalen Harnröhre sind heute obsolet.

Als minimal invasive Methode stehen die adjustierbaren **Pro ACT® Ballons** zur Verfügung (Abb. 3). Diese vom Damm befüllbaren Ballons werden durchleuchtungsgezielt zwischen Blasenhalshals und Beckenboden positioniert, die Ventile in das Skrotum unter die Haut verlagert. Über die Silikonventile sind die Ballons jederzeit in der Praxis mit einer feinen Nadel nachadjustierbar. Die Eingriffsdauer beträgt 15 Minuten; die Erfolgsrate liegt bei 80–85 %.

Falls der primäre Einsatz der Pro ACT® Ballons nicht zum gewünschten Erfolg führt, kann eins der folgenden Systeme eingesetzt werden.

Die **Argus® Schlinge** (Abb. 4) stellt eine gering invasive Option dar und ist besonders geeignet nach Bestrahlung oder nach wiederholten Eingriffen am Blasenhalshals oder an der Harnröhre aufgrund von Narbenbildung. Die adjustierbare Schlinge besitzt ein Silikonposter, das um die Urethra zu liegen kommt, während die Schlinge vom Damm nach suprasymphysial platziert wird. Die Silikonschläuche werden dann mittels „Fixierungsscheiben“ (washer) nach exakter Adjustierung fixiert. In lokaler Vereisung lässt sich das System nachspannen. Die Operation dauert im Schnitt 35 Minuten; die Erfolgsrate liegt bei 80–87 %.

Der **klassische Sphinkter AMS 800®** (Abb. 5) besteht aus einer Manschette, die um die bulbäre Harnröhre gelegt wird, einem intra oder extraperitoneal gelegten Reservoir-Ballon, der für die Füllung der Manschette verantwortlich ist, sowie einer skrotal platzierten Pumpe. Mit Hilfe dieser

Pumpe wird die Manschette während des Harnlassens vorübergehend entleert; der Reservoir-Ballon sorgt anschließend für die neuerliche Füllung der Manschette. Der hydraulische Sphinkter ist nicht adjustierbar. Die Operation dauert im Schnitt 100 Minuten; die Erfolgsrate ist wie bei den anderen Systemen mit 85–95 % sehr hoch. Erwähnt sei, dass dieses System durch die Notwendigkeit des Betätigens der Pumpe manuelles Geschick und mentale Fähigkeit verlangt. Aufgrund von möglichen anatomischen und funktionellen Veränderung wird in 10–30% der Fälle nach Jahren eine Re-Operationen notwendig.

Der „druckadaptierende“ **Sphinkter Flow Secure®** (Abb. 8) ist ganz ähnlich aufgebaut wie der AMS 800®, hat jedoch zusätzlich einen zwischengeschalteten „Stressballon“, der in besonderen Belastungssituationen (Husten, Niesen, schweres Heben) zusätzlich für Millisekunden den Druck auf die Harnröhre erhöht. Der Ruhedruck bleibt so gering, um eine Harnröhrenatrophie bzw. Harnröhrenarrosion zu verhindern. Auch dieses System ist durch Punction der Pumpe adjustierbar. Langzeitdaten liegen noch keine vor.

Allen genannten Systemen ist gemeinsam, dass aufgrund von Infektion oder Arrosion in 10–13 % eine Explantation notwendig werden kann.

Literatur bei den Verfassern

*Dr. med. Helmut Gallistl,
Urologische Universitätsklinik Heidelberg, Im
Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg*

Korrespondierende Autorin:

*Dr. med. Ulrike Hohenfellner
Urologische Facharztpraxis Heidelberg, Friedrich-
Ebert-Anlage 1, 69117 Heidelberg
E-Mail: Dr.Ulrike@Hohenfellner.de*

Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Heute kann bei jeder Form einer Harninkontinenz eine meist effektive Therapie angeboten werden. Entscheidende Voraussetzung ist die genaue Anamnese und die sorgfältige, stufenschematische Diagnostik.
- Eine Urge-Inkontinenz wird in der Regel entweder durch orale Anticholinergika oder durch intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin behandelt.
- Eine Belastunginkontinenz ist häufig schon mit einer Physiotherapie gut angebar. Ggf. ist eine operative – vorzugsweise minimal invasive – Therapie indiziert.