

Standardvorgehen in der Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz bei Frau und Mann

Titel



Dr. Monika Hagemann



Professor Dr. Theodor Klotz, MPH

Die Harninkontinenz gehört zweifellos zu den häufigsten urologischen Problemen, oft einhergehend mit einem hohen Leidensdruck der Betroffenen. Je nach epidemiologischer Studie wird eine Prävalenz von etwa 30 bis 60 Prozent in Abhängigkeit vom Alter beschrieben. Während in den jüngeren Altersklassen (40 bis 65 Jahre) Frauen deutlich häufiger betroffen sind, gleichen sich in höheren Altersklassen (65 bis 80 Jahre) die Inkontinenzraten der Geschlechter an. Eine differenzialdiagnostische Herausforderung stellt die Unterscheidung der einzelnen Inkontinenzformen dar, da diese einer grundlegend unterschiedlichen Therapie bedürfen. Durch eine differenzierte Therapie kann in ca. 60 bis 80 Prozent eine deutliche Symptombesserung erreicht werden.

Definition und Einteilung

Die International Continence Society (ICS) definiert Harninkontinenz als „Zustand mit jeglichem unwillkürlichem Urinverlust, der ein soziales oder hygienisches Problem darstellt“.

Bei der Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) kommt es zum unwillkürlichen Harnverlust bei körperlicher Belastung, Niesen oder Husten. Die Dranginkontinenz (Urge-Inkontinenz) ist gekennzeichnet durch unwillkürlichen Harnverlust assoziiert mit oder plötzlich vorausgegangenem Drangempfinden. Bei der häufigen Mischinkontinenz besteht eine Kombination der beiden erstgenannten Inkontinenzformen, wobei wesentlich ist, ob der Stress- oder der Dranganteil bezüglich der Symptomatik führt. Der Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher Überlaufinkontinenz) liegt eine Blasenauflastungsobstruktion oder eine Detrusorinsuffizienz zugrunde. Eine Reflexinkontinenz findet sich bei neurologischen Patienten mit Querschnittssymptomatik oder auch nach Apoplex (Tabelle 1).

Diagnostik

Im Rahmen der Basisdiagnostik sollte an erster Stelle die ausführliche Anamnese mit Medikamentenanamnese stehen. Bereits hier ist in vielen Fällen die Grobeinteilung in die obigen Inkontinenzformen möglich. Eine ausführliche

körperliche Untersuchung ist unerlässlich. Dies gilt selbstverständlich für beide Geschlechter. Der vaginale Untersuchungsbefund mit Meatuskalibrierung (Ausmessen des Durchmessers der Harnröhrenmündung) und Beurteilung bezüglich des Vorliegens einer Zysto- oder Rektozele und Hustentest sowie Inspektion des Genitale bzw. die Untersuchung von Prostata, Penis und Hoden gehören zum urologischen Mindeststandard. Eine Urinuntersuchung mit Sedimentanalyse und Bakteriologie komplettiert die basisdiagnostischen Maßnahmen.

Die spezielle urologische Diagnostik umfasst die Sonographie der Nieren und die sonographische mehrmalige Restharnbestimmung. Die Uroflowmetrie stellt die wichtigste nichtinvasive funktionelle Untersuchung für beide Geschlechter dar. Um das Ausmaß einer Belas-

tungsinkontinenz zu objektivieren hat sich der Pad-Test etabliert. Der Pad-Test misst die verlorene Urinmenge in einem definierten Zeitraum durch Vergleich des Trocken- und Nassgewichts der benutzten Vorlagen. Je nach Befundsituation ist ein Miktionsprotokoll sinnvoll. Die Urodynamik ist in den meisten Fällen unverzichtbar, auch wenn diese Untersuchung für den Patienten mit einigem Aufwand verbunden ist. Sie gehört jedoch gerade im Hinblick auf die daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen zu einer vollständigen Inkontinenzabklärung.

Besteht der Verdacht auf organische Ursachen oder Begleiterkrankungen aus dem urologischen Fachgebiet, erfolgt gegebenenfalls die gezielte Röntgendiagnostik mit Ausscheidungsurogramm, Zystogramm, retrogradem Urethro-

Häufigkeit geschlechtsspezifisch	Frau	Mann
Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)	50 bis 70 %	< 10 %
Dranginkontinenz (Urge-Inkontinenz)	20 %	40 bis 80 %
Inkontinenz bei chronischer Harnretention	< 10 %	10 bis 20 %
Reflexinkontinenz	< 10 %	< 10 %
Mischinkontinenz	29 %	10 bis 30 %

Tabelle 1: Inkontinenzformen mit geschlechtsspezifischen Häufigkeiten (grobe Durchschnittswerte, da die Verteilung auf die einzelnen Inkontinenzformen stark altersabhängig ist).



Basisdiagnostik	Spezielle urologische Diagnostik	Erweiterte spezielle Diagnostik
Anamnese	Sonographie Niere/Blase/Restharn	Ausscheidungsurogramm
Körperliche Untersuchung	Uroflowmetrie	Zystogramm
Urinsediment/Bakteriologie	Pad-Test	Urethrozystogramm
Miktionsprotokoll	Urodynamik	Urethrozystoskopie

Tabelle 2: Untersuchungsprogramm Inkontinenz.

Als Beispiel ist der 75-jährige männliche Patient mit einer subvesikalen Obstruktion bei benigner Prostatahyperplasie (BPH) und deutlicher Urge-Komponente anzuführen. Nach operativer Sanierung der Obstruktion mittels transurethraler Resektion der Prostata ist hier eine anticholinerge Therapie der überaktiven Blase unter urologischer Kontrolle angezeigt. Entscheidend ist immer eine regelmäßige klinische und diagnostische Evaluation.

zystogramm sowie eine Urethrozystoskopie. Das geschilderte Untersuchungsprogramm sollte eine Einordnung der Inkontinenz erlauben. Auf dem Boden der erhobenen Befunde wird ein ursächlich therapeutischer Ansatz angestrebt (Tabelle 2).

Therapeutische Optionen

Die Vielfältigkeit der therapeutischen Möglichkeiten erfordert eine Zuordnung der vorliegenden Störung zur entsprechenden Inkontinenzform, um ein optimales Therapieergebnis zu ermöglichen. Auch muss auf die individuellen Erwartungen des Patienten an die Therapie eingegangen werden, sodass jeweils angestrebt werden sollte, eine sozial verträgliche

Kontinenz zu erreichen, die je nach Alter und Aktivität des Patienten unterschiedlich sein kann.

So ist für die körperlich aktive 40-Jährige auch der geringste Urinverlust inakzeptabel, wohingegen unter Umständen beim älteren Patienten die deutliche Reduktion des Vorlagenverbrauchs auf zum Beispiel eine bis zwei Sicherheitsvorlagen ausreichend sein kann.

Die Therapieformen sind auch im Verlauf durchaus variabel und hängen weiterhin entscheidend vom Geschlecht und den Begleiterkrankungen des Patienten ab. Nicht selten werden operative und medikamentöse Therapieprinzipien kombiniert.

Medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz

Die medikamentöse Therapie besitzt vor allem einen hohen Stellenwert für die Dranginkontinenz oder Reflexinkontinenz. Eine harnwegsinfektbedingte Dranginkontinenz ist unbedingt auszuschließen. Bei Nachweis eines Harnwegsinfektes erfolgt die resistenzgerechte bzw. kalkulierte Antibiotikatherapie. Bei rezidivierenden Harnwegsinfekten ist eine urologische Ursachensuche (zum Beispiel Restharn, Blasenstein usw.) durchzuführen.

Antagonisten muscarinergere Acetylcholinrezeptoren sind nach wie vor die am häufigsten eingesetzten Substanzen zur Behandlung der Blasenüberaktivität und Dranginkontinenz. Die Effektivität wurde in randomisierten Studien belegt. Da muscarinerge Rezeptoren nicht nur in der Blase, sondern praktisch ubiquitär

Anzeige

Unsere Kunden wissen wie gut wir sind.

Die Privatabrechnung ist ein wichtiger Bestandteil Ihrer Praxiseinnahmen. Hier sollte die beste Betreuung gerade gut genug sein. Unsere letzte Kundenbefragung bescheinigt Medas Spitzenwerte in Qualität und Leistung:

Note 1,09 für die Freundlichkeit unseres Teams
Note 1,17 für die fachliche Betreuung

Mittelmäßigkeit zum Billigtarif überlassen wir anderen. Unsere Kunden und wir sind uns einig: „Qualität und Service sind ihren Preis wert!“

Infos unter **089 14310-115**
Frau Stimmler freut sich auf Ihren Anruf.



Medas GmbH
Treuhandsellschaft für
Wirtschaftsinkasso und
medizinische Abrechnungen
Messerschmittstraße 4
80992 München
Telefax 089 14310-200
info@medas.de
www.medas.de



vorkommen, ist eine effektive Therapie der Dranginkontinenz häufig mit unangenehmen Nebenwirkungen vergesellschaftet (Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, ZNS-Nebenwirkungen und Obstipation). Diese limitieren oft im hohen Maße die Patientencompliance. In der Blase kommen insbesondere die M2/M3 Subtypen der Muscarinrezeptoren vor.

Daher wurden in letzter Zeit verstärkt Anstrengungen unternommen durch Entwicklung von Retardpräparaten, verschiedene Verabreichungswege (transdermale Systeme, intravesikale Instillation) und durch Entwicklung rezeptorsubselektiver Antimuscarinika die Medikamentenverträglichkeit bei gleich bleibend hoher Wirksamkeit zu optimieren und damit die letztendlich entscheidende Langzeitcompliance der Patienten zu steigern.

Da viele Patienten auf die einzelnen Substanzen aus der Gruppe der Anticholinergika sehr unterschiedlich ansprechen, erklärt sich, dass ein probatorischer Wechsel auf ein anderes Präparat im Einzelfall durchaus sinnvoll sein kann.

Eine Östrogenisierung der Schleimhaut unter gynäkologischer Kontrolle ist zusätzlich bei Frauen mit Drangsymptomatik sinnvoll.

Als minimal-invasives Verfahren zeigt die Botox-Injektion in den Detrusor beispielsweise bei Detrusorhyperaktivität gute Erfolge und wird nach Versagen der medikamentösen Therapie eingesetzt. Bei Ansprechen auf diese Therapieform sind Wiederholungen in etwa jährlichen Abständen angezeigt.

Belastungsinkontinenz der Frau

Als Primärtherapie sollte ein Beckenbodentraining unter ausführlicher fachlicher Anleitung erfolgen. In Verbindung mit einer lokalen Östrogenisierung lässt sich bei älteren Frauen oftmals eine Beseitigung der Stresskomponente und Reduktion der Häufigkeit rezidivierender Harnwegsinfekte erreichen. Eine lokale Östrogentherapie sollte stets unter gynäkologischer Kontrolle erfolgen.

Zur medikamentösen Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz steht mit dem Wirkstoff Duloxetin, einem Noradrenalin- und Serotoninwiederaufnahmehemmer, eine sphinktertonisierende und detrusorstabilisierende Substanz zur Verfügung. Die Wirkung beruht auf einer indirekten Modulierung des zentralen Schlüsselneurotransmitters Glutamat, welcher in der Speicherphase der Blase im Nucleus Onuf ausgeschüttet und im Moment der Miktion zurück-

gehalten wird. In klinischen Studien konnte bei belastungsinkontinenten Frauen eine Reduktion der Inkontinenzepisodenfrequenz um über 50 Prozent herbeigeführt werden. Die Nebenwirkungen (Übelkeit, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit) treten meist nur zu Therapiebeginn auf.

Die operative minimal-invasive Therapie der weiblichen Harninkontinenz hat bereits mit der Einführung des Tension-free Vaginal Tape (TVT) 1996 eine neue Ära erreicht. Bis dahin galt die Kolposuspension nach Burch als „goldener Standard“. Durch das TVT wird über einen retropubischen Zugangsweg durch ein Pro-leneband eine Unterstützung der distalen bzw. mittleren Harnröhre erreicht. Eine Weiterentwicklung stellt das Transobturator Tape (TOT) dar, bei dem die Bandeinlage transobturatorisch erfolgt und die Komplikationsrate wie vor allem Blasenverletzungen und eine hohe Restharnbildung geringer sind. TVT und TOT können auch bei einer Rezidivinkontinenz nach etablierten Inkontinenzoperationen erfolgreich eingesetzt werden. Wichtig ist in jedem Fall eine korrekte Indikationsstellung nach urodynamischer Abklärung und das unbedingte Vermeiden einer zu engen Bandlage.

Belastungsinkontinenz des Mannes

Die Belastungsinkontinenz des Mannes ist relativ selten und tritt meist nach einer operativen Intervention (vor allem radikale Prostatektomie) auf. Am Therapiebeginn steht die Beckenbodengymnastik und Elektrostimulation.

Auch gibt es mittlerweile bei niedrigem Inkontinenzgrad vielversprechende Off-label-Anwendungen von Duloxetin. Der Einsatz beim Mann ist gegenüber dem Kostenträger spezifisch zu begründen. Die endgültige Beurteilung

einer postoperativen Belastungsinkontinenz kann erst nach ca. einem Jahr erfolgen. Die höhergradige Belastungsinkontinenz (> drei Vorlagen/Tag) lässt sich jedoch meist nur durch operative Verfahren angehen.

Als minimal-invasives Verfahren stehen unterschiedliche Substanzen, so genannte „bulking agents“ (zum Beispiel Hyaluronsäure) zur submukösen Unterpolsterung der Urethra mittels Depotinjektion zur Verfügung. Im Prinzip wird eine noch vorhandene Restfunktion des Sphinkters durch Erhöhung des urethralen Widerstandes unterstützt. Die Langzeitergebnisse können jedoch unabhängig vom verwendeten Material nicht überzeugen.

Bei der Implantation von flüssigkeitsgefüllten Silikonballons im Bereich des Blasenhalsses können Kontinenzraten bis zu 70 Prozent erzielt werden. Bei dem technisch anspruchsvollen Eingriff werden als Komplikationen vor allem Ballonmigration und Implantatdefekte beschrieben.

Auch suburethrale Schlingensysteme sind verfügbar, die entweder als knochenverankerte Systeme oder adjustierbare Implantate angewendet werden. Je nach Inkontinenzgrad werden Kontinenzraten bis zu 90 Prozent beschrieben bei bislang relativ kurzer Nachbeobachtungszeit.

Eine Faszienzügelplastik beim Mann in einem voroperierten Gebiet durchzuführen, ist eine technisch anspruchsvolle und für den Patienten belastende Operation mit einem beachtlichen Überkorrekturrisiko, deren Erfolg stark von der Erfahrung des Operateurs abhängt.

Auf Grund seiner exzellenten Kontinenzraten gerade auch bei höhergradiger Inkontinenz ist der technisch ausgereifte artifizielle Sphinkter

Broschüren der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

Über Inkontinenz zu reden, ist ein gesellschaftliches Tabu. Dies will die Deutsche Kontinenz Gesellschaft ändern. Ziel der medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist es, die Prävention und Diagnostik bei Harn- und Stuhlinkontinenz zu fördern sowie die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Inkontinenzkrankungen zu verbessern.

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft hat eine Reihe neuer Patientenratgeber herausgegeben. Die Broschüren „Harn- und Stuhlinkontinenz (Blasen- und Darmschwäche)“, „Stuhlinkontinenz“ und „Einnässen beim Kind“ können kostenfrei angefordert werden bei der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, Infoline 01805 233440 (12 Cent pro Minute), Fax 0561 776770. Ferner stehen die Broschüren unter www.kontinenz-gesellschaft.de zum Download bereit.



trotz seines Revisionsrisikos zum Goldstandard der männlichen Belastungsinkontinenz geworden. Die zirkumferente und dauerhafte Urethralokompression garantiert hohe Effizienz um den Preis einer praktisch unausweichlichen Harnröhrenatrophie. Dennoch sind die Langzeitergebnisse gut und die Patientenzufriedenheit hoch. Es gilt jedoch zu beachten, dass der kostspielige artifizielle Sphinkter bestimmte kognitive und manuelle Mindestanforderungen an den Patienten stellt, weshalb er nicht die Patentlösung für alle belastungsinkontinenten Männer sein kann.

Fazit

Die Harninkontinenz stellt ein wichtiges urologisches Problem dar, welches die Lebensqualität empfindlich beeinflusst. Eine diagnostische Eingrenzung in die verschiedenen Inkontinenzformen ist unabdingbar, da hiervon die adäquate Therapie abhängt.

Die Dranginkontinenz ist eine Domäne der medikamentösen Therapie. Nicht selten werden mehrere Substanzen eingesetzt bzw. kombiniert. Beim Mann mit Dranginkontinenz ist eine subvesikale Obstruktion zum Beispiel auf Grund einer Prostatahyperplasie stets in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinzubeziehen.

Bei der weiblichen Belastungsinkontinenz hat die konservative Behandlung mit Beckenbodenstärkenden Methoden weiterhin einen hohen Stellenwert. Mit Duloxetine steht ein neues sphinktertonisierendes Pharmakon zur Verfügung. Operativ haben sich die minimal-invasiven Suspensionen TVT und TOT durchgesetzt.

Die männliche postoperative Belastungsinkontinenz stellt weiterhin eine therapeutische Herausforderung dar. Die prothetischen Verfahren sind etabliert und hochwirksam, jedoch teuer, aufwändig und mit spezifischen Risiken behaftet. Die neueren operativen Verfahren wie beispielsweise suburethrale Schlingensysteme werden sich in Langzeitbeobachtungen an diesen messen müssen.

Dr. Monika Hagemann, Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie (Chefarzt: Professor Dr. Theodor Klotz, MPH), Klinikum Weiden – Kliniken Nordoberpfalz AG, Söllnerstraße 16, 92637 Weiden, Telefon 0961 3033302, E-Mail: monika.hagemann@gmx.de

SONORING®
Schmitt-Haverkamp

Die Nummer 1 im Ultraschall

Wir haben die
TOP-Systeme
der Marktführer...

Die neuesten
Entwicklungen
der Ultraschall-
technik in einem
kompakten
System

z.B.
TOSHIBA
Medical Systems

famio8



... in allen
unseren
Sonotheken.
Eine bestimmt
in Ihrer Nähe, zu
finden unter
www.schmitt-haverkamp.de

**Besuchen Sie uns auf den 2. Augsburger Gefäßtagen -
2. Bayrisch-schwäbische Gefäßtage in Augsburg
am 14. und 15. Juni 2007 und auf dem Bayrischen
Hausärztertage in Würzburg am 14. und 15. Juli 2007**

Unsere 6 Sonotheken:
Deggendorf • Dresden
Erlangen • Jena
Memmingen • München

Zentrale und Sonothek, direkt neben der KVB
Elsenheimerstraße 41 • 80687 München
Tel. 089 / 30 90 99 0 • Fax. 089 / 30 90 99 30
E-Mail: info@schmitt-haverkamp.de