

Stressinkontinenz bei Frauen

Drei einfache Fragen zur Diagnostik

Die Stressinkontinenz ist ein häufiges Frauenleiden, das die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann. In einem US-amerikanischen Review wurden Definitionen sowie Empfehlungen zur Evaluierung und Behandlung der Stressinkontinenz entsprechend aktuellen Richtlinien zusammengestellt.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Etwa 25 Prozent der prämenopausalen und etwa 40 Prozent der postmenopausalen Frauen klagen über unfreiwilligen Harnverlust. 10 Prozent der Frauen im mittleren Alter berichten über tägliche und ein Drittel über wöchentliche Inkontinenz. Die Harninkontinenz beeinträchtigt häufig die Lebensqualität einschliesslich der Sexualität. Dennoch suchen weniger als die Hälfte der Betroffenen Hilfe, und viele Hausärzte sind nicht in der Lage, eine angemessene Behandlung anzubieten.

Stressinkontinenz und Dranginkontinenz

Stress- und Dranginkontinenz sind die häufigsten Erscheinungsformen der Harninkontinenz bei Frauen.

Als Stressinkontinenz oder Belastungsinkontinenz wird unfreiwilliger Harnabgang bei körperlicher Anstrengung sowie beim Niesen oder Husten definiert. Sie tritt unter abdominalem Druck auf, wenn der Blasendruck stärker ist als der Harnröhrenwiderstand. Das Gleichgewicht zwischen urethralem Widerstand und Blasendruck wird sowohl von intrinsischen Faktoren wie der urethralen Muskulatur, der Durchblutung und der nervalen Versorgung als auch von äusseren Faktoren wie der Ausprägung des Aufhängeapparats der Harnröhre, dem Körpergewicht und der physischen Aktivität einer Patientin beeinflusst. Die höchste Inzidenzrate der Stressinkontinenz wird bei Frauen zwischen 45 und 49 Jahren beobachtet.

Von einer Dranginkontinenz spricht man bei unfreiwilligem Harnabgang mit vorherigem und/oder gleichzeitigem starken Harndrang. Zur Dranginkontinenz kommt es aufgrund unkontrollierter Detrusorkontraktionen, die den urethralen Widerstand überwinden.

Betroffene Patientinnen können sowohl unter einer Form der Harninkontinenz als auch unter einer gemischten Inkontinenz leiden. Bei der Diagnose ist dennoch eine Zuordnung erforderlich, da Stress- und Dranginkontinenz unterschiedlich therapiert werden.

Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren für eine Stressinkontinenz gehören weisse Rasse, Adipositas sowie Schwangerschaft und Geburt. Übergewichtige Frauen (BMI ≥ 30) haben unabhängig vom Alter im Vergleich zu schlanken ein doppelt so hohes Risiko für eine Stressinkontinenz. Die Stressinkontinenz entwickelt sich bei etwa einem Drittel der Betroffenen während einer Schwangerschaft und bildet sich häufig nach der Entbindung zurück.

Evaluierung

Die Evaluierung der Stressinkontinenz umfasst die Anamnese und eine körperliche Untersuchung, die Führung eines Miktionstagebuchs, eine Urinuntersuchung auf Infekte und einige einfache Tests wie den Hustentest und die Ermittlung des Restharnvolumens.

Da viele Frauen nicht gern über ihre Inkontinenz sprechen, kann die Verwendung eines Fragebogens hilfreich sein. Mit einem speziellen validierten Fragebogen (*nächste Seite*) kann anhand von drei Fragen eine Harninkontinenz festgestellt und gleichzeitig die Stressinkontinenz von der Dranginkontinenz unterschieden werden. Der Test weist eine Sensitivität von 75 Prozent und eine Spezifität von 77 Prozent auf.

Merksätze

- Stress- und Dranginkontinenz sind die häufigsten Erscheinungsformen der Harninkontinenz bei Frauen.
- Die Stressinkontinenz tritt zwischen 45 und 49 Jahren am häufigsten auf.
- Regelmässiges Beckenbodentraining ist oft die wichtigste Behandlungsmassnahme.
- Bei adipösen Frauen bringt ein Gewichtsverlust oft Besserung.

Der 3-IQ-Fragebogen (nach Brown et al.)

1. Haben Sie während der letzten drei Monate unfreiwillig Urin verloren?

- Ja Nein (Befragung beendet)

2. Bei welchen Gelegenheiten haben Sie Urin verloren?

(Kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- a. Bei körperlichen Aktivitäten, beim Husten, Schnäuzen, Heben oder beim Sport.
 b. Als Sie Harndrang verspürten, aber die Toilette nicht rechtzeitig erreichten.
 c. Ohne körperliche Aktivität oder Harndrang.

3. Bei welchen Gelegenheiten haben Sie am häufigsten Urin verloren?

(Kreuzen Sie eine Aussage an)

- a. Bei körperlichen Aktivitäten, beim Husten, Schnäuzen, Heben oder beim Sport.
 b. Als Sie Harndrang verspürten, aber die Toilette nicht rechtzeitig erreichten.
 c. Ohne körperliche Aktivität oder Harndrang.
 d. Sowohl bei körperlicher Aktivität als auch bei Harndrang.

Die Zuordnung zur Inkontinenzform basiert auf der Beantwortung der Frage 3

Antwort auf Frage 3

- a. Am häufigsten bei körperlicher Aktivität
 b. Am häufigsten bei Harndrang
 c. Ohne körperliche Aktivität oder Harndrang
 d. Sowohl bei körperlicher Aktivität als auch bei Harndrang

Inkontinenzform

- Nur Stress- oder vorwiegend Stressinkontinenz
 Nur Drang- oder vorwiegend Dranginkontinenz
 Andere Ursache oder vorwiegend andere Ursache
 Mischform

(IQ = Incontinence Questions)

Bei der Untersuchung des Beckenraums wird die Muskulatur geprüft, indem die Patientin ihre Beckenbodenmuskulatur um den Finger des Untersuchers kontrahiert. Dabei kann die Fähigkeit zur willentlichen Kontraktion und die Stärke der Kontraktion festgestellt werden. Die Patientinnen sollten zudem über fäkale Inkontinenz und Vorfälle der Bauchorgane befragt werden, die oft mit Urininkontinenz einhergehen.

Beim Hustentest wird die Patientin aufgefordert, bei voller Blase zu husten. Währenddessen wird die Dichtigkeit der Harnröhre geprüft. Der Austritt von Urin beim Husten oder Niesen weist auf Stressinkontinenz hin.

Ergänzend sollte ein Miktionstagebuch geführt werden, in dem Art und Menge der aufgenommenen Flüssigkeiten sowie die Anzahl der Miktionen und die Menge des abgegebenen Urins notiert werden. Urinvolumina von 200 bis 400 ml/Miktion sind im Normbereich. Eine normale Entleerungsfrequenz reicht von 8- bis 12-mal täglich mit einem zusätzlichen nächtlichen Toilettengang. Miktionsprotokolle über drei Tage haben sich als effizienter im Vergleich zu längerfristigen erwiesen. Eine Urinanalyse gibt Aufschluss über Harnwegsinfekte. Allgemein verursachen Infekte eher eine Dranginkontinenz.

Die Blasenentleerung kann durch die Messung des Restharnvolumens nach der Entleerung anhand von Ultraschall oder

mithilfe eines Katheters geprüft werden. Die Katheteruntersuchung gilt als Goldstandard. Ein zweimal festgestelltes Restvolumen von mehr als 150 ml kann auf einen Harnverhalt hinweisen. In diesen Fällen sollten genauere Untersuchungen auf Dysfunktionen bei der Entleerung durchgeführt werden.

Weiterführende Untersuchungen wie urodynamische Tests zur Prüfung der urethralen Funktion, der Blasenkapazität und -stabilität sowie der Entleerungsfunktion gehören nicht zur Routineuntersuchung, werden aber häufig vor chirurgischen Eingriffen empfohlen, um die Diagnose der Stressinkontinenz abzusichern.

Inkontinenzeinlagen und Windeln

Als Vorlagen zur Absorption des Urins und/oder zur Geruchsunterbindung sind spezielle Inkontinenzeinlagen am geeignetsten. Die Reinigung des Urogenitalbereichs mit Feuchtpflegemitteln kann zusätzlich Gerüche eindämmen.

Beckenbodentraining und Physiotherapie

Zur First-Line-Therapie bei Stressinkontinenz gehören regelmäßige Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur. Dabei hat sich ein Training mit 30 bis 50 Kontraktionen täglich als wirksam erwiesen. Frauen, die ihren Beckenboden nach

KOMMENTAR

Dr. med. Susanne Reichert
 Fachärztin für Urologie, spez. Uro-Gynäkologie
 und Neuro-Urologie
 Uroviva – Zentrum für Urologie
 Klinik Hirslanden Zürich und Bülach



Beckenbodentraining kann zerstörte Strukturen nicht ersetzen

Ende der Neunzigerjahre gab es einen Paradigmenwechsel in der Erklärung der weiblichen Belastungsincontinenz. Das Enhörnig-Modell einer mangelhaften Drucktransmission wurde durch das Integritätsmodell von Petros und Ulmsten abgelöst: Die Urethra ist durch die Ligamenta pubourethralia an der Symphyse fixiert und liegt in einer suburethralen «Hängematte», die seitlich am medialen Anteil des M. levator ani fixiert ist. Diese Theorie liegt den neuen Operationsverfahren der suburethralen Schlingen zugrunde, die inzwischen als minimalinvasive Operationsmethoden die Blasenhalssuspensionen weitgehend abgelöst haben. So erklärt sich auch das oftmals frustrane Beckenbodentraining, das zerstörte Bandstrukturen nicht ersetzen kann. Die medikamentöse Therapie mit Duloxetin ist in Deutschland unter dem Namen Yentreve® für diese Indikation zugelassen. Wichtig ist hier eine ein- und ausschleichende Dosierung und die Beachtung von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, zum Beispiel darf das Medikament nicht mit Gyrasehemmern (Chinolonen), die häufig zur Behandlung von Harnwegsinfekten eingesetzt werden, kombiniert werden. ■

mündlicher Anweisung nicht kontrahieren können, erhalten spezielle Übungsanleitungen beim Physiotherapeuten.

Gewichtsreduktion

Bei adipösen Frauen führt oft ein Gewichtsverlust zur Verbesserung der Inkontinenz. In einer kleinen Studie resultierte die Reduktion des Ursprungsgewichts um 5 bis 10 Prozent in einer annähernd 50-prozentigen Abnahme der Inkontinenzhäufigkeit.

Nutzlose Verhaltensänderungen

Die Einstellung des Rauchens oder die Einschränkung des Koffeinkonsums werden häufig empfohlen, sind aber wirkungslos bezüglich der Inkontinenz.

Medikamente

Duloxetinhydrochlorid (Cymbalta®), ein Serotoninwiederaufnahme-Hemmer zur Therapie von Depressionen, zeigt Wirksamkeit in der Behandlung der Stressinkontinenz, ist in den USA (und in der Schweiz, Anm. der Referentin) dafür aber nicht zugelassen.

Alpha-Adrenozeptor-Agonisten wie Clonidin (Catapresan®) werden empirisch zur Behandlung der Stressinkontinenz angewendet, der Gebrauch wird jedoch nicht von kontrollierten Studien unterstützt, und die Wirksamkeit in der klinischen Praxis ist begrenzt.

Früher ging man davon aus, dass eine postmenopausale Östrogentherapie die Symptome der Stressinkontinenz lindern kann. In der Heart and Estrogen/progestin Replacement Study wurde jedoch ein signifikant höheres Risiko für Stress- oder Dranginkontinenz in der Verumgruppe beobachtet. Eine Hormontherapie ist daher zur Reduzierung der Stressinkontinenz nicht indiziert.

Mechanische Hilfsmittel

Tamppons und Pessare sind die wichtigsten mechanischen Hilfsmittel bei Stressinkontinenz. Pessare sind intravaginale Hilfen, um die Bauchorgane zu stützen. Inkontinenzpessare haben kugelartige Verdickungen, die unter der Urethra positioniert werden und so den Harnleiterverschluss unterstützen. Inkontinenzpessare müssen in Form und Grösse genau angepasst und regelmässig entfernt und gereinigt werden. Etwa die Hälfte aller Frauen, denen ein Inkontinenzpessar angepasst werden konnte, verwendet es ein bis zwei Jahre. Eine Studie zum Vergleich von Pessaren und Tamppons während körperlicher Aktivitäten zeigte eine vergleichbare Wirksamkeit in der Reduktion der Inkontinenzhäufigkeit.

Chirurgische Eingriffe

Obwohl mehr als 100 Techniken beschrieben wurden, gelten die Kolposuspension nach Burch und die pubovaginale Schlingenoperation immer noch als Goldstandard. Neuere Methoden sind minimalinvasive Schlingentechniken, die unter Lokalanästhesie durchgeführt werden können und mit kürzeren Erholungszeiten und kürzerer Katheterisierung verbunden sind. Zu den wichtigsten dieser Techniken gehören das «tension free vaginal tape» (TVT) und das Transobturatorband (TOT). Randomisierte Studien mit angemessener Nachbeobachtungszeit zum Vergleich beider Methoden stehen noch aus. ■

Rogers Rebecca G.: Urinary Stress Incontinence in Women, N Engl J Med, March 6 2008, 358, 1029-1036.

Interessenkonflikte: Die Autorin der Originalpublikation hat Honorare für Beratungstätigkeiten und Forschungsgelder von Pfizer und Novartis Pharmaceuticals erhalten.

Petra Stölting