

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Harninkontinenz: Konservative

Therapiemöglichkeiten

Padevit C

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2014; 21 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 9-10

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2014; 21 (1)

(Ausgabe für Österreich), 12-13

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Harninkontinenz: Konservative Therapiemöglichkeiten

C. Padevit

■ Einleitung

Als Urininkontinenz wird gemäß Definition der International Continence Society (ICS) jeder unfreiwillige Urinverlust bezeichnet, der zum hygienischen und sozialen Problem wird (ICS 2002). In der Schweiz sind bis zu 30 % der Bevölkerung davon betroffen, häufig ist die Lebensqualität der Betroffenen so stark eingeschränkt, dass Sozialkontakte gemieden werden. Die Therapie richtet sich nach dem vorhandenen Leidensdruck, ist symptomorientiert und individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzustellen. In jedem Fall sollen zuerst konservative Therapieoptionen ausgeschöpft werden, bevor eine operative Sanierung diskutiert wird.

■ Von der Diagnose zur Therapie

Oft kommt es bereits durch Verhaltensmaßnahmen und Lebensstilberatung zur Linderung der Inkontinenz. Flüssigkeitsrestriktion am Abend, Einnahme von Diuretika am Morgen und nicht abends sowie Verzicht auf Alkohol- und Kaffeekonsum abends sind einfache und meist hilfreiche erste Schritte zur erfolgreichen Inkontinenzbehandlung. Weiter haben folgende Faktoren einen Einfluss auf die Inkontinenz: Adipositas, Obstipation, Heben und Tragen von schweren Lasten.

■ Belastungsinkontinenz beim Mann

Bei Männern tritt die Belastungsinkontinenz vor allem postoperativ nach kleinbeckenchirurgischen Operationen auf, v. a. nach der radikalen Prostatektomie. Als Therapie kommen in erster Linie Beckenbodentraining mit oder ohne Einsatz von Biofeedback und ggf. Elektrostimulation zum Einsatz [1]. Trotz limitiertem therapeutischem Potenzial können als sphinktertonisierende Medikamen-

te α -Agonisten (Midodrin) oder Noradrenalin-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (Imipramin, Duloxetin) verwendet werden. Kontraindikation ist das Vorliegen einer arteriellen Hypertonie, störende Nebenwirkung bei Duloxetin ist Nausea. Passager stellt die Verwendung von sog. Penisklemmen eine mögliche Option dar. Als pflegerischer Behelf sind die Verwendung von Urinalkondomen, Einlagen oder auch die transurethrale oder suprapubische Katheterisierung kurzfristig möglich. Als definitive Lösung sollten kontinuierliche Blasen Katheterisierungen möglichst vermieden werden (chronische Infekte, Schrumpfbhase, regelmäßiger Wechsel).

■ Belastungsinkontinenz bei der Frau

Neben den bereits erwähnten Lifestyle-Interventionen steht das Beckenbodentraining allenfalls mit Trainingshilfen (Vaginalkugeln und Kugeln) im Zentrum der Behandlung. Wichtig sind das Bewusstwerden und -machen des Beckenbodens (Wahrnehmung), das Erlernen der situationsgerechten, reflexartigen Muskelaktivierung und die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur ggf. auch mit Biofeedbackmethoden. Weitere Behandlungsoptionen sind: Elektro- und Magnetstimulation, Pessare in Kombination mit lokaler Östrogenisierung, sphinktertonisierende Medikamente (α -Agonisten, Noradrenalin-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren).

■ Dranginkontinenz bei Mann und Frau

Die Ursachen einer Dranginkontinenz sind vielfältig, dementsprechend auch die Therapiemöglichkeiten (Tab. 1). Zweifelsohne nehmen antimuskarine Medikamente die zentrale Rolle in der medikamentösen Behandlung ein. Bei allen Anticholinergika, auch solchen der neuesten Generation, treten in unterschiedlichem Ausmaß die unerwünschten Nebenwirkungen Mundtrockenheit und Obstipation, seltener Akkommodationsstörungen und Kopfschmerzen auf. Die Compliance zur Medikamenteneinnahme ist deshalb oft stark eingeschränkt. Bei Verordnung von antimuskarinen Medikamenten muss zudem auf ZNS-Nebenwirkungen geachtet werden [2].

■ Inkontinenz bei chronischer Harnretention

Wichtig ist die (urodynamische) Differenzierung zwischen einer infravesikalen Obstruktion und einem hypo/akontraktilen Detrusor. Bei einer Überlaufinkontinenz auf dem Boden einer infravesikalen Obstruktion soll unverzüglich die Harnblase durch einen transurethralen oder suprapubischen Katheter entlastet werden. Die definitive Therapie erfolgt im Anschluss meist chirurgisch.

Bei hypokontraktilen Detrusor kann die Restkontraktilität mittels Neuromo-

Tabelle 1: Konservative Therapiemöglichkeiten bei Dranginkontinenz

- Medikamentöse oder operative Sanierung der infravesikalen Obstruktion
- Östrogentherapie
- Infektsanierung
- Anticholinerge Medikamente
- Blasentraining („timed micturition“)
- Neuromodulation, Neurostimulation
- Behandlung neurologischer/interneistischer Ursachen
- Botulinum-Typ-A-Injektion in den Detrusormuskel

dulation und medikamentös mit Cholinergika (z. B. Betanecol) unterstützt werden, ggf. in Kombination mit einem α -Blocker zur Reduktion des Blasenauflasswiderstands. Zudem ist die regelmäßige Blasenentleerung alle 2–3 Stunden auch ohne Harndrang nötig, um die Detrusorüberdehnung zu vermeiden. Bei persistierend hohen Restharmengen

muss der Selbstkatheterismus der unteren Harnwege erlernt werden.

Literatur:

1. Nyarangi-Dix JN, Schultz-Lampel D, Hohenfeller U, et al. [Conservative management of postoperative urinary incontinence in men]. *Urologe A* 2010; 49: 498–503.
2. Drachman DA, Noffsinger D, Sahakian BJ, et al. Aging, memory and the cholinergic system: a study of dichotic listening. *Neurobiol Aging* 1980; 1: 39–43.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Christian Padevit
Leitender Arzt Klinik für Urologie
EBU-Certified Training Centre
Kantonsspital Winterthur
CH-8401 Winterthur, Brauerstrasse 15
E-Mail: christian.padevit@ksw.ch*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)