

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Abklärung und Therapie der
Reizblase mit Inkontinenz**

Förster B

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 21-22

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (1)

(Ausgabe für Österreich), 22-23

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

Abklärung und Therapie der Reizblase mit Inkontinenz

B. Förster

■ Zusammenfassung

Die Harnblasenüberaktivität bzw. Reizblase mit assoziierter Inkontinenz ist eine Erkrankung, welche die Lebensqualität einer Frau jeglichen Alters erheblich einschränken und zu ausgeprägten hygienischen, sozialen und psychischen Problemen führen kann. Durch eine gezielte Anamnese und einige wenige Untersuchungen kann die Diagnose bereits gestellt werden. Die Therapiemöglichkeiten sind vielfältig und müssen individuell den Bedürfnissen der Patientin angepasst werden. Sie setzen sich aus konservativen und medikamentösen Maßnahmen zusammen.

■ Einleitung

Die Harninkontinenz ist gemäß International Continence Society (ICS) als jeglicher unwillkürlicher Urinverlust definiert [1–3]. Es handelt sich dabei um ein Speichersymptom, d. h. es tritt während der Speicherphase – im Gegensatz zur Entleerungsphase – der Harnblase auf. Bei der Frau mittleren Alters stehen vor allem 3 Formen im Vordergrund: die Belastungsinkontinenz bei körperlicher Belastung, die Dranginkontinenz bei nicht unterdrückbarem Harndrang und die Mischform. Die Dranginkontinenz kann dabei im Rahmen einer Harnblasenüberaktivität, auch „overactive bladder“ (OAB) oder Reizblase genannt, auftreten.

■ Harnblasenüberaktivität

Die überaktive Harnblase zeichnet sich durch imperativen Harndrang („urgency“), welcher sowohl mit begleitender Inkontinenz („OAB wet“) als auch ohne („OAB dry“) auftreten kann, sowie durch Pollakisurie („frequency“, ≥ 8 Miktionen/24 h) und Nykturie (≥ 1 Miktion pro Nacht) aus [1–3]. Die pathophysiologischen Mechanismen sind noch mehrheitlich unklar und Teil wissenschaftlicher Forschung. Die Prävalenz liegt gemäß Studien zwischen 12 und 17 % [4–6]. Das Alter ist ein klarer

Tabelle 1: Untersuchungen zur Abklärung der Inkontinenz.

Initiale obligate Untersuchungen	Spezialisierte Untersuchungen
<ul style="list-style-type: none">– Äußeres Genitale inkl. Kolposkopie– Urinstatus + Urinkultur– Neurostatus S2–S4– Hustentest– Uroflowmetrie und Restharnmessung– Zystoskopie	<ul style="list-style-type: none">– Video-Urodynamik mit Füllzystometrie, Urethradruckprofil und Flusszystometrie– Erweiterte Bildgebung des Beckenbodens (MRI, Sonographie)

Risikofaktor, während andere Faktoren noch nicht ausreichend untersucht wurden [7].

■ Diagnostik der Inkontinenz

Die initialen Abklärungen bestehen hauptsächlich aus Anamnese und körperlicher Untersuchung. Der Anamnese kommt hierbei eine hohe Bedeutung zu, da mit gezielten Fragen nach Symptomen bereits eine Einteilung in die unterschiedlichen Inkontinenzformen möglich ist:

- In welchen Situationen verliert die Patientin Urin?
- Tritt der Urinverlust bei plötzlichem, nicht unterdrückbarem Harndrang auf? Bei Husten, Niesen, Lachen, Treppengehen oder körperlicher Belastung? Oder gar in beiden Situationen?

Trinkmenge, -zeit und -qualität spielen dabei auch eine wichtige Rolle, sodass das Führen eines Miktionstagebuches für 3–7 Tage eine hervorragende Ergänzung zur Anamnese darstellt [8]. Des Weiteren ist der Einsatz von validierten Fragebögen (z. B. ICIQ) [9] empfohlen, womit außerdem der Leidensdruck bzw. die Lebensqualität quantifiziert werden können. Ein weiterer Gradmesser für das Ausmaß der Erkrankung ist die Frage nach der Anzahl an Einlagen über 24 Stunden.

Die klinische Untersuchung sollte einen Allgemeinstatus sowie einen grobkursorischen Neurostatus der für die Miktion relevanten sakralen Abschnitte S2–

S4 beinhalten. Differenzialdiagnostisch müssen Harnwegsinfekte mittels Urinkultur, medikamentöse (z. B. orale Östrogensubstitution, Diuretika), internistische (z. B. Herzinsuffizienz, Ödeme) und neurogene Ursachen (z. B. Multiple Sklerose, Parkinson, Diabetes) ausgeschlossen werden [2].

Das weibliche Genitale wird mittels Inspektion und Palpation in Ruhe und beim Pressen, Hustentest und Kolposkopie auf Schleimhauttrophik und Deszensus untersucht. Die Harnblasenschleimhaut muss vor allem zum Ausschluss eines Tumors gespiegelt werden. Zusätzlich kann noch eine Uroflowmetrie mit Restharnbestimmung durchgeführt werden.

Eine Urodynamik und Beckenbodenbildgebung (MRI, Sonographie) ist erst in zweiter Linie, nach frustranter Erstlinientherapie oder wenn es das weitere Management beeinflusst, empfohlen. Die obligaten primären und sekundären Untersuchungsschritte sind in Tabelle 1 aufgelistet.

■ Konservative Therapie der überaktiven Harnblase

Bei Frauen mit einer Harnblasenüberaktivität sind in erster Linie konservative Maßnahmen indiziert. Diese beinhalten Lifestyle-Änderungen, Beckenbodentraining, Verhaltensmaßnahmen, Trink- und Miktionstraining sowie physikalische Therapie. Falls eine Mischinkontinenz vorliegt, sollte die störendere Komponente zuerst behandelt werden. Eine Gewichtsreduktion bei Adipositas und ein Rauchstopp bei Nikotinabusus

Tabelle 2: Übersicht der wichtigsten Wirkstoffe zur Detrusorrelaxierung.

Klasse	Wirkstoff	Dosierung
Anticholinergika	Tropiumchlorid	2x 20 mg/Tag
	Solifenacin	5–10 mg/Tag
	Tolterodin	4 mg/Tag
	Oxybutynin Tabletten	3x 5 mg/Tag
	Oxybutynin Pflaster	2x 36 mg/Woche
	Fesoterodin	4–8 mg/Tag
	Darifenacin	7,5–15 mg/Tag
β3-Sympathomimetikum	Mirabegron	25–50 mg/Tag

könnten vor allem bei Inkontinenz eine Verbesserung herbeiführen. Extreme tägliche Trinkmengen sollten vermieden und eine Gesamtmenge von 2–3 Litern angestrebt werden. Übermäßiger Kaffee konsum verstärkt bestehende Drangbeschwerden. Beim Miktionstraining wird versucht, durch das Hinauszögern der Blasenentleerung die Blasenkapazität und damit das Miktionsvolumen zu vergrößern. Die elektrische Stimulation und die periphere tibiale Nervenstimulation (PTNS) sind vor allem bei Versagen konservativer Therapiemaßnahmen und medikamentöser Therapie inklusive Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den Detrusor eine Option [8].

■ Pharmakotherapie

Medikamentös kommen vor allem die detrusorrelaxierenden Anticholinergika oder das β3-Sympathomimetikum Mirabegron infrage. Nachteil ist das große Nebenwirkungsspektrum mit meist störender Mundtrockenheit, Obstipation, Sehstörungen, Kopfschmerzen und arterieller Hypertonie. Zur Reduktion kann initial eine Nachtverabreichung probiert werden. Ebenfalls zu beachten ist die mögliche erschwerte Blasenentleerung mit vermehrter Restharnbildung. Die wichtigsten Wirkstoffe sind in Tabelle 2 aufgeführt.

In der postmenopausalen Situation mit atrophem Schleimhautverhältnissen kann mit lokaler Östrogentherapie eine Verbesserung der Schleimhauttrophik und damit Symptomatik erzielt werden.

■ Operatives Vorgehen

Nach Ausschöpfen der konservativen und medikamentösen Therapie ist die Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den Detrusor eine Option. Die durchschnittliche Wirkdauer beträgt 6–9 Monate, sodass meist weitere Injektionen notwendig werden. Gefahren sind die mögliche zunehmende Restharnbildung mit Ausbildung eines Harnverhaltens. Scheitert auch dieses Vorgehen, so käme eine sakrale Neuromodulation oder gar eine Blasenaugmentation infrage. Bei starker Inkontinenz wäre letztlich eine transurethrale oder suprapubische Katheterableitung möglich, die leider in der Regel nicht gut toleriert wird.

Eine Übersicht der verschiedenen Therapiemöglichkeiten bietet Tabelle 3.

Literatur:

- Abrams P, Artibani W, Cardozo L, et al. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn* 2009; 28: 287.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167–78.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, 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.
- Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50: 1306–14; discussion 1314–5.
- Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760–6.
- Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327–36.

Tabelle 3: Therapiespektrum der Harnblasenüberaktivität.

Konservativ	Lifestyle-Änderungen:
	– Gewichtsreduktion
	– Nikotinstopp
	– Reduktion Kaffee-konsum
	Miktionstraining:
	– Blasenkonditionierung ca. 300 ml
	– „Timed micturation“
	Verhaltensmaßnahmen:
	– Tägliche Trinkmenge > 2000 ml
	– Trinkgewohnheiten
Medikamente	Beckenbodentraining:
	– Muskelrelaxierende Übungen
	– Biofeedback
	Physikalische Therapie:
	– Perkutane tibiale Nervenstimulation (PTNS)
	– Elektrotherapie
	Internistische Behandlung:
	– Anpassung der Medikation
	Psychotherapie
	Anticholinergika
Operativ	β3-Sympathomimetikum
	Lokale Östrogentherapie
	Botulinumtoxin-Typ-A-Injektion in den Detrusor
Ultima Ratio	Sakrale Neuromodulation
	Blasenaugmentation
	Katheterableitung:
– Transurethraler Dauerkatheter	
– Suprapubische Zystostomie	

- Irwin DE, Milsom I, Chancellor MB, et al. Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *Eur Urol* 2010; 58: 532–43.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012; 62: 1130–42.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004; 23: 322–30.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Beat Förster
 Oberarzt Klinik für Urologie
 EBU Certified Training Center
 Kantonsspital Winterthur
 CH-8401 Winterthur
 E-Mail: beat.foerster@ksw.ch
 www.ksw.ch/urologie

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](#)