

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Die Belastungsinkontinenz der
Frau: Konservative und operative
Therapie Hand in Hand**

Zwimpfer B, John H

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 23-25

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (1)

(Ausgabe für Österreich), 19-21

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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Die Belastungsinkontinenz der Frau: Konservative und operative Therapie Hand in Hand

B. Zwimpfer, H. John

■ Einleitung

In der Schweiz leidet jede 10. Frau an einer Belastungsinkontinenz, die Prävalenz liegt weltweit bei 4–35 %. Die International Continence Society (ICS) definiert die Belastungsinkontinenz bzw. Stressinkontinenz (SUI) als unfreiwilligen Harnverlust zeitgleich zu körperlicher Aktivität wie Husten, Niesen oder Lachen [1]. Diese Inkontinenzform ist das Resultat eines ungenügend funktionierenden Urethraverschlussmechanismus und/oder einer Beckenbodendysfunktion bei abdominaler Druckerhöhung [2]. Risikofaktoren für eine Belastungsinkontinenz sind zunehmendes Alter, postmenopausaler Östrogenmangel oder Beckenbodeninsuffizienz nach Vaginalgeburten oder chirurgischen Eingriffen im Becken. Auch Adipositas, Bewegungsmangel oder eine angeborene Bindegewebsschwäche begünstigen eine Belastungsinkontinenz.

■ Diagnostik

Die ausführliche Anamnese ist der erste Schritt bei der Abklärung der Harninkontinenz (Tab. 1). Sie erfragt insbesondere Auslöser und Menge des unkontrollierten Urinverlustes, Geburten, Beckenoperationen, Komorbiditäten, Medikamente usw. und schätzt die Einschränkung der Lebensqualität ab. Validierte Fragebögen können dies erleichtern, obwohl darüber keine Evidenz besteht, damit das Therapieergebnis zu verbessern. Der Fragebogen der ICS in deutscher Sprache kann auf deren Webseite kostenlos bezogen werden (<http://www.icq.net/index.html>). Daneben sind auch andere Fragebögen im Gebrauch wie der King's Health Questionnaire. Das Miktionstagebuch liefert zuverlässige Angaben über Harndrang und Inkontinenzepisoden sowie Urinvolumen. Die folgende klinische Untersuchung berücksichtigt einen Deszensus und Veränderungen des äußeren Genitales. Wichtig ist die Überprüfung der Beckenbodenmuskulatur.

Tabelle 1: Abklärung der Stressinkontinenz.

- Anamnese
- Validierte Fragebögen
- Miktionstagebuch
- Körperliche Untersuchung
- Urinsediment
- Restharnbestimmung
- PAD-Test
- Perineal- und Introitussonographie
- Urodynamik und Videourodynamik
- Zystoskopie

Ein Harnwegsinfekt führt nicht zu einer Belastungsinkontinenz, das Urinsediment gehört aber zur Basisdiagnostik. Die Restharmenge sollte bei jeder Harninkontinenzform bestimmt werden. Ein Pad-Test weist die Harninkontinenz nach, bestätigt die Beschwerden und ist objektiv reproduzierbar. Die konklusive Urodynamik beurteilt Harnröhren- und Blasenfunktion. Ein Urethradruckprofil in Ruhe und Belastung gehört dabei zum Standard. Eine Videourodynamik ist bei zusätzlicher Deszensusproblematik wertvoll und bei neurourologischen Fragestellungen indiziert.

Bildgebend zeigt die Miktionszystourethrographie die Blasenhalshypermobilität wie auch einen vesiko-ureteralen Reflux, Blasendivertikel oder auch einmal Tumoren. Die Perinealsonographie oder auch Introitussonographie: Dabei können Urethralänge und Urethramobilität bestimmt werden. Die Zystoskopie soll bei zusätzlichen Drangsymptomen, Infekten oder Mikrohämaturie erfolgen.

■ Konservative Therapie

Medikamentöse Möglichkeiten und Pessare

Primär wird die Belastungsinkontinenz konservativ angegangen (Tab. 2). Die topische intravaginale Applikation von Östrogenen kann postmenopausale Belastungsinkontinenz stark verbessern, während von systemischen Östrogenen abgeraten werden muss. Medikamentös kann Duloxetine vorübergehend

Tabelle 2: Medikamentöse und konservative Therapiemöglichkeiten.

- Gewichtsabnahme
- Topische Östrogene
- Duloxetine
- Pessare
- Beckenbodenmuskeltraining

die Inkontinenz verbessern, führt aber aufgrund von wesentlichen gastrointestinalen und zentralnervösen Nebenwirkungen oft zu Therapieabbrüchen.

Eine Pessartherapie sollte Frauen mit Belastungsinkontinenz angeboten werden, wobei am häufigsten Inkontinenztampons und bei assoziiertem Deszensus Arabin-Urethrapessare verwendet werden. Pessare können gerade bei sportlichen Aktivitäten, Haus- und Gartenarbeiten eine hilfreiche Unterstützung sein. Eine Gewichtsreduktion kann den Grad der Inkontinenz reduzieren.

Instruiertes Beckenbodenmuskeltraining

Ein physiotherapeutisch instruiertes Beckenbodenmuskeltraining (PFMT) unter Supervision von mindestens 3 Monaten gehört zur initialen Grundbehandlung. Metaanalysen zeigen, dass PFMT mit Biofeedback effektiv zur Heilung oder Verbesserung der Inkontinenz und zur Verbesserung der Lebensqualität führt [3]. Dabei werden das Schließen des Introitus, die kraniale Bewegung des Perineums bei der Kontraktion und die anschließende Entspannungsfähigkeit beobachtet. Weiter wird die Reaktion des Beckenbodens auf das Husten und auf ein Valsalva-Manöver inspiziert. Mit der digitalen Palpation werden das Muskelvolumen, die Muskelsymmetrie und der Muskeltonus in Ruhe getestet. Die willkürliche und unwillkürliche Kontraktions- und Relaxationsfähigkeit, die Kraft, Ausdauer und die Reaktionsaktivität der Beckenbodenmuskulatur werden nach dem Oxford-Grading (Tab. 3) oder nach ICS getestet und dokumentiert. Zusätzlich werden Schmerzen, Triggerpunkte oder eine allfällige

Tabelle 3: Oxford-Grading.

Grad 0	Keine tastbare Kontraktion
Grad 1	Kaum erkennbare Kontraktion
Grad 2	Erkennbare, aber schwache Kontraktion
Grad 3	Gut tastbare Kontraktion
Grad 4	Gut tastbare Kontraktion gegen leichten Widerstand
Grad 5	Gut tastbare Kontraktion gegen starken Widerstand

Senkung registriert. Bei der Palpation sollte besonders auf die kranio-ventrale Bewegung der Beckenbodenmuskulatur geachtet werden, welche bei der abdominalen Druckerhöhung den Blasenhalshals zur Gewährleistung der Kontinenz anheben sollte.

Das Befundergebnis ergibt die Behandlungsplanung und die Wahl des Trainings. Um einen guten Therapieerfolg zu erzielen, ist eine gute Aufklärung von Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Beckenbodenmuskulatur mit Modellen und Anschauungsmaterial unerlässlich. Weiter werden die Therapiemöglichkeiten und Hilfsmittel besprochen. Durch die vaginale Palpation hat die Patientin die genaue Lokalisation und die korrekte Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur wahrgenommen.

Die Sensomotorik wird nun durch isoliertes Aktivieren und Entspannen der Beckenbodenmuskulatur geschult. Dabei sollte, außer dem M. transversus abdominis, die synergistische Muskulatur (Gluteal- und abdominale Muskulatur, Adduktoren) nicht ko-kontrahieren. Es sollte zu keiner Pressatmung kommen.

Ist die Patientin in der Lage, die Beckenbodenmuskulatur isoliert zu kontrahieren und zu relaxieren, wird je nach Befund die Kraftausdauer oder die Reflexaktivität bei abdominalen Druckereignissen wie Husten, Niesen, Heben oder beides trainiert. Die Übungen werden in verschiedenen Ausgangspositionen (Liegen, Sitzen, Vierfüßlerstand, Stehen) in verschiedenen Kraftintensitäten und Wiederholungen ausgeführt, was auf bekannten Trainingsansätzen der Muskelphysiologie und dem funktionellen Anspruch basiert.

Heimtraining

Die niederländischen Guidelines der KNGF (Koninklijk Nederlands Ge-

Tabelle 4: Operative Therapiemöglichkeiten.

<ul style="list-style-type: none"> - Offene und laparoskopische Kolposuspension - Spannungsfreie suburethrale Bänder - „Bulking agents“ - Artificieller Sphinkter

nootschap voor Fysiotherapie) empfehlen ein Heimtrainingsprogramm von anfänglich 8–12 Maximalkraftkontraktionen von 1–2 Sekunden, 3× täglich, dies 2–3× pro Woche. Die 8–12 Maximalkraftkontraktionen sollten auf 6–8 Sekunden gesteigert und täglich ausgeführt werden. Zusätzlich sollte die Patientin instruiert werden, ihre Beckenbodenmuskulatur bei abdominalen Druckereignissen vorzuspannen.

Weiter wird die Koordination des Beckenbodens als funktionelle Einheit mit der Rumpfmuskulatur trainiert, wobei eine gute Körperhaltung die Voraussetzung für eine optimale Beckenbodenaktivierung ist. Das PFMT soll schlussendlich den Anforderungen im Alltag und Sport genügen.

Weitere apparative Therapiemöglichkeiten

Apparative Maßnahmen wie EMG-Biofeedback, elektrische Muskelstimulation, Vaginaltrainer und Vibrationsplatten unterstützen das Muskeltraining. Das Biofeedback visualisiert und motiviert das Training [4]. Die niederfrequente Muskelstimulation fördert die Propriozeption und verbessert die Trophik. Sie ist hilfreich, wenn die Patientin ihre Beckenbodenmuskulatur nicht willkürlich kontrahieren kann. Die vibratorische Muskelstimulation (z. B. Galileo®) führt mit niederfrequenten, mechanischen Schwingungen zur reflektorischen Muskelkontraktion des Beckenbodens. Die Muskelmasse und die Muskelkraft können dabei zunehmen.

Tritt nach 6 Monaten intensivem PFMT keine – vor allem auf die Lebensqualität bezogene – zufriedenstellende Verbesserung der Inkontinenz auf, sind die physiotherapeutischen Möglichkeiten erschöpft.

■ Operative Therapie

Suburethrale Schlingen

Die operative Standardtherapie bei ausgeschöpfter konservativer Therapie sind

die suburethralen Bandplatzierungen (Tab. 4). Diese zeichnen sich durch ihre zuverlässige Wirkung wie auch kleine Invasivität und rasche Erholung aus. Die suburethralen Schlingen haben daher die offene oder laparoskopische Kolposuspension in der Routine verdrängt. Eine Metaanalyse der Europäischen Urologengesellschaft EAU mit 14 randomisierten Studien zwischen Kolposuspension und suburethralem Band zeigte eine vergleichbare Effektivität von 75 % Heilungsrate [5].

Die Schlingen können retropubisch (TVT) oder transobturatorisch (TOT) angelegt werden. Retropubische Schlingen haben ein höheres Blasenperforationsrisiko, jedoch ein geringeres Risiko für perineale Schmerzen und Urethraarrosionen. Das „Outside-in“-Verfahren scheint weniger effektiv zu sein als die Führung des Bandes von „inside-out“ [6]. Adjustierbare Schlingen sind suburethralen Bändern nicht überlegen. Das Risiko von sexuellen Dysfunktionen ist gering. Auch Frauen im hohen Alter können noch von einem Bandimplantat profitieren.

„Bulking agents“

Die submukös blasenhalsnah injizierten Substanzen haben das Ziel, die urethrale Koaptationszone zu verlängern. Die dabei verwendeten Substanzen sind vielfältig (Macroplastique®, Durasphere®, Bulkamid® u. a.). Die Injektion von Stammzellen ist klinisch experimentell. Leider ist die Wirkung von „bulking agents“ zeitlich begrenzt und wesentlich weniger effektiv als suburethrale Schlingen.

Komplizierte Belastungsinkontinenz

Die komplizierte weibliche Belastungsinkontinenz umfasst Situationen mit bereits platziertem suburethralem Band oder nach Kolposuspension. Rezidiveingriffe müssen besonders sorgfältig evaluiert werden. Der Erfolg eines Rezidiveingriffes ist einer Primärtherapie unterlegen. Therapeutisch können nebst einer zweiten suburethralen Bandanlage okkludierende Blasenhalsschlingen oder die Implantation eines künstlichen Harnröhrensphinkters angeboten werden (AMS-800®-Sphinkter).

■ Zusammenfassung

Die Primärtherapie der Belastungsinkontinenz ist konservativ mit Beckenboden-

physiotherapie und topischer Östrogenisierung. Vaginale Pessareinlagen können eine Belastungsinkontinenz verbessern. Kann konservativ kein akzeptables Resultat erreicht werden, sind heute die suburethralen Bandtechniken dankbare operative Optionen mit gutem Outcome.

Literatur:

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al., Standardisation Sub-committee of the International Continence S. 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.
2. Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Rev Urol* 2004; 6 (Suppl 3): S3–9.
3. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habee-Seguin GM, et al. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn* 2015; 34: 300–8.
4. Dannecker C, Wolf V, Raab R, et al. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 273: 93–7.
5. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012; 62: 1118–29.
6. Ogah J, Cody DJ, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2011; 30: 284–91.

Korrespondenzadresse:

**Barbara Zwimpfer, Physiotherapeutin
MSc**

Klinische Beckenbodenspezialistin

Institut für Physiotherapie

Kantonsspital Winterthur

CH-8401 Winterthur

E-Mail: barbara.zwimpfer@ksw.ch

www.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](#)