

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Was ist die beste
Inkontinenztherapie?**

Hanzal E

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft
4) (Ausgabe für Österreich), 15*

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



WAS IST DIE BESTE INKONTINENZTHERAPIE?

WAS IST DIE BESTE INKONTINENZTHERAPIE?

„Sie müssen doch wissen, was für mich das Beste ist!“ Kommt Ihnen diese Forderung bekannt vor? Sie klingt so einfach und selbstverständlich, daß man über ihre Bedeutung selten wirklich nachdenkt. Sie geht davon aus, daß es jemanden gibt, der aufgrund von Untersuchungsergebnissen einerseits und Informationen über die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmöglichkeiten andererseits in der Lage ist, sicher zu bestimmen, was z. B. die beste Inkontinenztherapie ist. In den Zeiten einer wenig eingeschränkten medizinischen Autorität (Stichwort: „Götter in weiß“) waren Fragen nach der besten Behandlung insofern einfach zu beantworten, als die Überprüfung schwierig bis unmöglich war, zumindest von Seiten der Patientinnen aus. Heute hat sich das durch Entwicklungen wie stärkeres Selbstbewußtsein von Patientinnen und die Verfügbarkeit von Informationstechnologien wie dem Internet stark geändert.

Aber wonach richtet sich nun die Suche nach der optimalen Behandlung? Eines ist sicher: Zumindest theoretisch ist immer eine der zu einer gegebenen Zeit besten wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechende Behandlung zu finden. Das Problem besteht darin, daß jede – aber auch wirklich jede! – medizinische Maßnahme neben erwünschten auch unerwünschte Effekte auf Patientinnen entfaltet. In diesem Zusammenhang ist natürlich auch das Nicht-Durchführen einer Behandlung als medizinische Maßnahme zu verstehen. Nehmen wir das hypothetische Beispiel einer 50jährigen Frau mit Symptomen einer Stressinkontinenz.

Früher galt für sie (oft): Zuweisung in ein Krankenhaus und nach Bestätigung der Verdachtsdiagnose durch weitere (urodynamische) Untersuchung eine Inkontinenzoperation nach „Art des Hauses“ (vaginal, abdominal, kombiniert mit anderen Eingriffen etc.). Die beste Inkontinenztherapie – selbstredend! Ich möchte hier behaupten, daß schon damals die Optionen vielschichtiger waren. Man kann diese so angeben: Tabelle 1.

Obwohl diese Darstellung die erwünschten und unerwünschten Effekte alle zusammenfaßt und damit stark vereinfacht, ist sie immer noch kompliziert genug und die Vermittlung solcher Informationen will gelernt und geübt sein. Für unsere hypothetische Patientin könnte die Tabelle so aussehen: Tabelle 2.

Der Vereinfachung ist hier nicht nur die Zusammenfassung, sondern auch die Gewichtung der unerwünschten Effekte zum Opfer gefallen. Denn das Risiko einer seltenen, aber schwerwiegenden, vielleicht lebensgefährlichen Komplikation wird vielleicht von einer Patientin gravierender eingeschätzt als die Persistenz der Inkontinenz, auch wenn die Wahrscheinlichkeit dafür um ein Vielfaches höher ist. Um die Sache weiter zu komplizieren, kann sich diese Beurteilung im zeitlichen Abstand auch noch ändern: Die problemlos verheilte Komplikation kann nach einem Jahr als kaum noch relevant empfunden werden, dafür die unveränderte (oder wieder aufgetretene) Inkontinenz sehr wohl. Es ist unsere Aufgabe, durch die klinische Erfahrung der betroffenen Patientin hier die Probleme aufzuzeigen, um eine Entscheidung zu erleichtern.

Ansonsten sieht man in dieser Tabelle auf einen

Blick, daß man bei der Wahl zwischen verschiedenen Therapievarianten die erwünschten (oder unerwünschten) Effekte miteinander vergleichen muß. Die Durchführung beispielsweise einer TVT-Operation ergibt demnach selbst gegenüber keiner Behandlung keine 80 %ige Wahrscheinlichkeit für einen erwünschten Effekt (in diesem Fall Kontinenz), sondern, wenn man die spontanen Remissionsraten bei nicht therapierten inkontinenten Frauen abzieht, 74 %. Im Vergleich zum Beckenbodentraining ist die Kontinenzwahrscheinlichkeit bei TVT-Operation um ca. 20 % erhöht. Dieselben Vergleiche kann man (und soll man!) auch für die unerwünschten Effekte durchführen, um gemeinsam mit der Patientin zur bestmöglichen Entscheidung zu kommen. Die hier zitierten Literaturbeispiele sind natürlich in vielerlei Hinsicht zu hinterfragen: Sind die Daten noch aktuell? Sind sie auf meine Patientin anwendbar (oder unterscheiden sich diese durch Zusatzkrankungen, andere Altersklasse etc. so stark von den in den Studien untersuchten Patientinnen, daß keine Vergleichbarkeit besteht)?

Es bestätigt sich hier einmal mehr: Eine Medizin, die nach der besten Therapie für einen individuellen Patienten sucht, muß neben der besten verfügbaren wissenschaftlichen Grundlage die Wertvorstellungen der Patientinnen berücksichtigen und mit der eigenen klinischen Erfahrung integrieren [4].

Literatur:

1. Ward K, Hilton P; United Kingdom and Ireland Tension-free Vaginal Tape Trial Group. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ* 2002; 325: 67.
2. Samuelsson EC, Victor FT, Svardsudd KE. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 568–74.
3. Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1): CD001407.
4. Straus SE, Richardson SW, Glasziou P. Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, 3rd Ed. 2005.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Engelbert Hanzal
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail:
engelbert.hanzal@meduniwien.ac.at

Tabelle 1

	Wahrscheinlichkeit erwünschter Effekte	Wahrscheinlichkeit unerwünschter Effekte
Therapievariante A	pe (A)	pu (A)
Therapievariante B	pe (B)	pu (B)

Tabelle 2

	Wahrscheinlichkeit erwünschter Effekte (keine Stressinkontinenz)	Wahrscheinlichkeit unerwünschter Effekte (persist. Stressinkontinenz, Drang, Perforation, Blutung, ...)
TVT-Operation [1]	0,8 (80 %)	0,2 (20 %)
Keine Therapie [2]	0,06 (6 %)	0,9 (94 %)
Beckenbodentraining [3]	0,6 (60 %)	0,4 (40 %)

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](#)