

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Die Harninkontinenz der Frau

Lüftenegger W

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

5) (Ausgabe für Österreich), 11-12

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 HARNINKONTINENZ DER FRAU

Die Definition der Harninkontinenz reicht von: „jeglicher unfreiwilliger Harnverlust“ bis zu „unfreiwilliger Harnverlust, der ein soziales oder hygienisches Problem darstellt und der objektiv festgestellt werden kann“ (ICS). Die Bedeutung für das Gesundheitswesen und speziell für den Urologen ist groß, da es sich um ein sehr häufiges Symptom – in Österreich leben ca. 350.000–500.000 von Harninkontinenz betroffene Menschen, davon über 50 % Frauen – handelt, das zum Teil auch heute noch tabuisiert wird.

Die „Harninkontinenz der Frau“ in einem eigenem Referat zu besprechen, ergibt sich aus der von den anderen Gruppen (Kind, Mann, Alter, neurogen) deutlich zu unterscheidenden Pathophysiologie. Man kann folgende Krankheitsbilder differenzieren: Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Mischinkontinenz und komplizierte Harninkontinenz.

Die **Belastungsinkontinenz** zeigt sich klinisch typischerweise als Harnverlust bei intraabdomineller Druckerhöhung ohne Harndrang. Das pathophysiologische Substrat ist ein insuffizienter Verschlussmechanismus (3 Komponenten: Harnröhrentonus, aktive + passive Drucktransmission). Die Ursache kann eine myogene, neurogene, bindegewebige oder hormonelle Störung sein, die zu einer Harnröhrenhypotonie, Hypermobilität der Harnröhre und/oder Beckenbodenhyporeaktivität führt.

Nach Stamey erfolgt die klinische Einteilung der Belastungsinkontinenz entsprechend des Ausmaßes der körperlichen Belastung, bei der ein Harnverlust auftritt:

- Grad 1: Harnverlust bei Husten, Niesen, Pressen oder schwerem Heben
- Grad 2: Harnverlust beim Gehen, Stiegensteigen, Aufstehen

- Grad 3: Ständiger Urinabgang, Harnverlust auch im Liegen

Als signifikante Risikofaktoren für eine höhergradige Inkontinenz fanden sich Multiparität, ein hoher Body-Mass-Index ($> 30 \text{ kg/m}^2$), Diabetes mellitus und möglicherweise eine familiäre Disposition.

Die **Dranginkontinenz** ist durch einen imperativen Harndrang mit konsekutivem Harnverlust charakterisiert. Es besteht ein Mißverhältnis zwischen Stärke der afferenten Impulse und der Hemmung des Miktionsreflexes. Ursächlich können eine verstärkte Afferentierung (entzündlich, mechanisch, neurogen, hormonell, psychogen), ein Defizit der zentralnervösen Hemmung oder eine Übererregbarkeit des Detrusors (myogene/neurogene Blasenwandveränderung) vorliegen.

Von einer **Mischinkontinenz** spricht man bei gleichzeitigem Vorliegen einer Belastungs- und Dranginkontinenz. Es kann sich entweder um eine belastungsinduzierte Dranginkontinenz (intraabd. Druckerhöhung führt durch die Öffnung des Blasenhalsses zum Harndrang) oder um zwei voneinander unabhängige Krankheitsbilder (anamnestisch Dranginkontinenz meist zuerst aufgetreten) handeln.

Der Begriff der **komplizierten Harninkontinenz** wurde eingeführt, um alle Inkontinenzformen zusammenfassen zu können, die aufgrund einer Begleitpathologie oder eines Therapieversagens einer weiterführenden Diagnostik bedürfen. In diese Gruppe fallen Patientinnen mit Harninkontinenz vergesellschaftet mit rez. Harnwegsinfekten, Hämaturie, Schmerzen, Miktionsbeschwerden, Beckenchirurgie, Bestrahlung, Fisteln, Restharn, ausgeprägtem Genitalprolaps, Verdacht auf Harntraktanomalie oder Rezidivinkontinenz.

DIAGNOSTIK

Harninkontinenz ist keine Diagnose, sondern ein Symptom einer Blasen-funktionsstörung. Erst die Diagnostik ermöglicht es, zwischen den gängigsten Inkontinenzformen und deren Ursachen zu unterscheiden, um dann gezielt therapieren zu können. Es werden erforderliche, empfohlene und im Einzelfall nützliche Maßnahmen unterschieden.

Erforderliche Maßnahmen

Erfassung und Quantifizierung der Symptome, körperliche Untersuchung, Hustentest, Harnanalyse, Urodynamik bei komplizierter Harninkontinenz oder vor Op, Endoskopie bei kompl. Harnink., Kalibrierung bei Verdacht auf Harnröhrenpathologie

Empfohlene Maßnahmen

Fragebogen, Vorlagentest, urodynamische Untersuchung (Flow + Rh, Füllungszystometrie, Entleerungszystometrie), bildgebende Diagnostik (lat. Urethrocystogramm, MCU)

Im Einzelfall nützliche Maßnahmen

zusätzliche urodynamische Untersuchungen (Harnröhrendruckprofil, Valsalva Leak Point Pressure, Flow-EMG), neurophysiologische Tests, weitere bildgebende Untersuchungen (MRI des Beckenbodens)

THERAPIE

Belastungsinkontinenz

Konservative Therapie
Physiotherapie (Beckenbodentraining, Biofeedback, Elektro-

Magnetfeldstimulation), medikamentöse Therapie (Duloxetin, Midodrin, Östriol)

Mechanische Hilfsmittel (Pessare, Tampons), Änderung der Lebensgewohnheiten (Gewichtsreduktion)

Operative Therapie

Ziel ist die Korrektur der Hypermobilität des Blasenhalses, so daß unter Belastung das Absinken der Blasen Halsregion mit Verminderung der passiven Drucktransmission verhindert wird. Liegt eine hypotone Urethra vor, sollte zusätzlich eine adäquate Druckerhöhung in der Urethra erreicht werden. Die Integraltheorie von Petros und Ulmsten weist auf die Bedeutung der Wiederherstellung der Unterstützung von Harnröhre und Beckenboden anstelle einer Repositionierung des Blasen Halses hin.

- Operative Verfahren bei Harnröhrenhypermobilität: Burch, suburethrale Bänder, Schlingenverfahren
- Operative Verfahren bei Harnröhrenhypotonie: Suburethrale Bänder, Schlingenverfahren, submuköse Injektionstherapie, artifizieller Sphinkter
- Operative Verfahren bei Beckenbodenhyporeaktivität: Suburethrale Bänder, Schlingenverfahren, Korrektur von Zystozele oder Prolaps.

Eine Zystozele oder ein Prolaps sollten in der gleichen Sitzung korrigiert werden.

Dranginkontinenz

Wenn die erforderliche Diagnostik keine weitere Pathologie (RH, Infekt, ...) aufzeigt, kann eine Therapie mit einem Anticholinergikum ev. in Kombination mit einer Verhaltenstherapie eingeleitet werden. Tritt innerhalb von 3 Wochen kein Erfolg ein, so ist eine weiterführende Diagnostik angezeigt. Das Miktionsprotokoll ist für die Diagnose und Erfolgskontrolle von entscheidender Bedeutung.

Konservative Therapie

- Verhaltenstherapie/Physiotherapie: Kontinenztraining (Miktionstraining, aktive Verlängerung von zu kurzen, Verkürzung von zu langen Miktionsintervallen; Toilettentraining, passive Anpassung des Entleerungsrhythmus an Blasenkapazität)
Beckenbodentraining (Umlernen eines falschen Miktionsmusters, Kneifübungen, Entspannungsübungen ev. mit Biofeedback)
Psychotherapie
- Medikamentöse Therapie: Hemmung des Detrusors (Detrusorhyperaktivität)

Anticholinergika (Oxybutynin, Tolterodin, Trospium-Cl), Trizyklische Antidepressiva, Östrogene, Alphablocker (Detrusor-Blasen Hals-Dysfunktion), Botulinum-Toxin

- Elektrische Neuromodulation: Elektrostimulation der afferenten Fasern, N. pudendus (vaginal, anal), transkutan segmental (S2–3), nicht segmental (N. tibialis)

Operative Therapie

Nur in Ausnahmefällen bei Versagen der konservativen Therapie.

- Sakrale Neuromodulation (perkutane Teststimulation > permanenter Neurostimulator)
- Blasenaugmentation (Enterocystoplastik, Autoaugmentation)
- Harnableitung

Nach den Leitlinien des Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie (www.uro.at)

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Werner Lüftenegger
Kaiser-Franz-Josef-Spital (SMZ-Süd)
Urologische Abteilung
A-1100 Wien, Kundratstraße 3
E-mail:
werner.lueftenegger@wienkav.at

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](#)