

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Belastungsinkontinenz der Frau

Hess T

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 12-13

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (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

Belastungsinkontinenz der Frau

Th. Hess

■ Zusammenfassung

Eine Kurzübersicht zur weiblichen Belastungsinkontinenz wird mit den wichtigsten Definitionen, Differenzialdiagnose und dem Abklärungskonzept der Basis- und erweiterten Diagnostik gegeben. Die aktuellen Therapien, unterteilt in konservative und operative Richtung, werden aufgezeigt.

■ Die Problemstellung

Die Belastungsinkontinenz (BI), früher auch als Stressinkontinenz bezeichnet, kann definiert werden als unwillkürlicher Urinabgang, ohne bewussten Wunsch der Blasenentleerung, bei einer intakten Urethra als Resultat einer intraabdominalen Druckerhöhung. Sie ist die häufigste Form der weiblichen Urininkontinenz. Schwangerschaften und vaginale Geburten sind die wichtigsten kausalen Faktoren. Leichte Formen der BI betreffen mindestens die Hälfte der multiparen Frauen. Bei Nulliparen müssen nur wenig Prozent operativ behandelt werden. 5–10 % der BI haben bei Kontrollen einen zusätzlichen Infekt (HWI), der die Symptome verschlechtern kann.

Die Differenzialdiagnose der BI beinhaltet die unterschiedlichen Urininkontinenzformen; häufig liegt die BI kombiniert mit einer Dranginkontinenz vor. Zusätzliche Faktoren, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Inkontinenz und/oder die Lebensqualität und den Leidensdruck bewirken, sind unbedingt zu berücksichtigen: Mobilität, Selbständigkeit, Komorbidität, insbesondere die neuromuskuläre Gesundheit

Tabelle 1: 5 Kontinenzmechanismen der Frau

1. Blasenhals mit internem Sphinkter (α -adrenerg)
2. Distaler Sphinkter mit glatten Muskelfasern um die Urethra (α -adrenerg)
3. Externer Sphinkter (willkürliche Beckenbodenmuskulatur)
4. Epithel Eigenschaften (Elastizität, Resilienz, Dicke, Gefäße)
5. Lage der proximalen Urethra (intraabdominale Drucktransmission)

und demenzielle Entwicklungen. Hauptunterschiede zur männlichen BI bestehen in der gynäkologischen Betreuung, der Inzidenz, die zu > 85 % Frauen betrifft, und der umfangreicheren medizinischen Literatur zur Thematik der weiblichen Urininkontinenz, inklusive „Evidence-Based Medicine“ (EBM).

Mindestens 5 Kontinenzmechanismen können bei der Frau als wichtige Elemente aufgezählt werden, daneben spielen Bindegewebefaktoren und -eigenschaften eine Rolle (Tab. 1).

■ Diagnostikkonzepte

Die Einteilung der BI nach Stamey in 3 Schweregrade richtet sich nach der Belastung und nicht nach der Menge des Urinverlusts (Tab. 2) [1].

Die Abklärungen der BI wird unterteilt in die Basis- und die erweiterte Diagnostik.

Zur urogynäkologischen Basisdiagnostik gehören Anamnese, Miktionskalender, Restharmessung, Urinanalyse und die klinische Untersuchung mit Hustentest als Eckpfeiler. Der Hustentest ist ein klinischer Stresstest, der nach Schüssler in 3 Schweregrade der Urinverlustmenge eingeteilt wird (Tab. 2).

Eine erweiterte Diagnostik bedarf einer Indikation, die bei folgenden Situationen gefordert ist: komplexe Urininkontinenzformen, die als Rezidiv auftreten oder welche mit Drangsymptomatik,

Tabelle 2: Vergleich der 3 Schweregrade der Belastungsinkontinenz nach

- **Belastung** (Stamey):
 1. Grad: Beim Husten, Niesen
 2. Grad: Bei abrupten Körperbewegungen, beim Aufstehen, Hinsetzen
 3. Grad: Bei unangestrengten Bewegungen, im Liegen
- **Urinmenge und Position beim Hustentest** (Schüssler):
 1. Grad: Im Stehen in Tropfen
 2. Grad: Im Stehen im Strahl, im Liegen in Tropfen
 3. Grad: Im Liegen im Strahl

sensomotorischer Blasenstörung, Miktionsstörung, Restharnproblem oder rezidivierenden Harnwegsinfektionen kombiniert sind. Die erweiterte Abklärung ist auch bei Harninkontinenz nach radikaler und rekonstruktiver Chirurgie im kleinen Becken zu empfehlen. Sie umfasst eine urodynamische Untersuchung mit der Ergänzung zur Basisdiagnostik mit einer Zystometrie, einem Ruheprofil, einer Uroflowmetrie, einer urogynäkologische Bilddiagnostik und einer Zystoskopie.

Zur Beurteilung der BI, der Komorbidität und Behandlungserfolge spielen zudem Fragebögen zur Dokumentation und Erfassung der Qualität eine wichtige Rolle. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt dazu in den Leitlinien Harninkontinenz genau Stellung [2].

Bei komplexer BI, vor allem verbunden mit einer erheblichen Multimorbidität (M. Alzheimer, Bettlägrigkeit etc.), sind besondere Beurteilungen und Strategien nötig, um eine Selbstständigkeit zu erhalten und zu verbessern. Dieser Aspekt ist aufgrund der demographischen Entwicklungen in der Alterspflege zunehmend wichtig.

■ Therapieformen und -ansätze

Die Behandlungsstrategien können in konservative und operative Formen unterteilt werden. Es gilt der Grundsatz, dass in jedem Fall versucht werden sollte, die konservativen Strategien auszuschöpfen, bevor an eine Operation gedacht wird. Eine Behandlung muss symptomorientiert und individuell gestaltet werden und auch das Alter berücksichtigen.

Zu den konservativen oder nicht-operativen Behandlungen gehören u. a.:

- Verhaltensmaßnahmen und Lebensstilberatung: Aufklärung zur Blasenfunktion, Blasendruck, Belastungen, konservative Strategien, Massage, Balneotherapie

- Beckenbodentraining: Manuelle Therapie, Vaginalkonen, Feedbacktherapie, Magnetfeldtherapie (elektromagnetische Induktion), Elektrostimulation, stochastische Resonanztherapie
- Pessartherapie in Verbindung mit lokaler Östrogenisierung
- Hormontherapie mit Estradiol (HRT): Systemisch kann diese die genitale Atrophie verbessern, ist aber zur Behandlung der BI nicht ein Mittel der Wahl.
- Duloxetine (2× 40–60 mg p.o.) hat einen positiven Effekt auf die Schließfunktion des Blasenhalbes und kann in Kombination mit konservativen Maßnahmen sinnvoll sein. Nebenwirkungsprobleme sind Nausea und Medikamenteninteraktionen.
- Alpha-Sympathomimetika werden in der Regel nicht eingesetzt, v. a. wegen der Nebenwirkungen.

Indikationen zu operativen Verfahren:

- Reine Belastungsinkontinenz
- Stressurininkontinenz mit dominanter Stresskomponente
- Bei einem Deszensuseingriff mit einer manifesten oder schweren larvierten Belastungsinkontinenz kann eine Schlingenoperation als Zusatzeingriff indiziert sein.

Wie alle anderen Inkontinenzoperationen soll auch eine Schlingenoperation erst nach Ausschöpfen der konservativen

Therapiemöglichkeiten durchgeführt werden.

Der Goldstandard der operativen Behandlung einer BI ist ein „Tension-free Vaginal Tape“ (TVT), eine minimal-invasive Operationstechnik mit der Einlage einer mittrethralen spannungsfreien Polypropylenschlinge, die Mitte der 1990er-Jahre von den Gynäkologen U. Ulmsten und P. Petros entwickelt wurde. Das Konzept der Operationstechnik erfuhr angesichts ihrer guten Wirksamkeit, geringen Invasivität und der günstigen Kosten-Nutzen-Effizienz eine sehr schnelle, weltweite Verbreitung. Die Schlingenoperationen sind in der Schweiz seit Oktober 2003 in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgenommen worden, unter der Bedingung, dass Qualitätsrichtlinien publiziert und befolgt werden (siehe auch Konsensuspapier unter dem Homepage der AUG [3]). Die Erfolgsraten sind EBM-Level-I-belegt und zeigen eine Heilungsrate von > 80 % nach 5 Jahren.

Weitere operative Behandlungsmöglichkeiten sind:

- Bulking Agents als suburethrale Injektionen in Lokalanästhesie als Alternative bei Multimorbidität
- Abdominale Kolposuspensionen
- Beckenbodenrekonstruktionsansätze mit/ohne Netzen primär vaginal oder abdominal/laparoskopisch, bei Des-

zensus und Prolaps des weiblichen Genitales mit Restharn oder Überlaufsymptomatik. Deszensusoperationen gelten nicht als eigentliche Inkontinenzoperation.

- Vaginale Nadelsuspensionsoperationen sind mit dem TVT weitgehend überflüssig geworden.

Der Leidensdruck der betroffenen Frau, zusammen mit der fachärztlichen Erfolgsbeurteilung, entscheidet über die Indikationsstellung zur Operation und bestimmt auch die konservativen prä- und eventuell auch postoperativen Behandlungsformen mit.

Literatur:

1. Tunn R, Hanzal E, Perucchini D (Hrsg.). Urogynäkologie in Praxis und Klinik. 2. Aufl., Verlag De Gruyter, Berlin, 2009.
2. AWMF Leitlinie Harninkontinenz www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/084-001.html
3. Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie Schweiz www.urogyn.ch/de

Weitere Literatur: beim Verfasser.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Thomas Hess
Direktor Department Geburtshilfe und Gynäkologie
Kantonsspital Winterthur
CH-8401 Winterthur
Brauerstraße 15
E-Mail: thomas.hess@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](#)