

INKONTINENZ – HILFE IST MÖGLICH !

Die Inkontinenz ist in der Öffentlichkeit ein wenig präsent Thema, obgleich Millionen von Menschen in Deutschland davon betroffen sind. Unter den betroffenen sind auch viele jüngere Menschen.

Insbesondere die Stuhlinkontinenz ist ein großes Tabu und wird häufig verheimlicht, so gut es geht, das heißt, am öffentlichen Leben nehmen die Betroffenen kaum noch teil. Die Stuhlinkontinenz ist ein interdisziplinär zu behandelndes Problem, das von den Abteilungen Chirurgie und Frauenheilkunde gemeinsam angegangen wird mit abgestimmten Inkontinenzsprechstunden zur Diagnostik (zukünftig, nach Einrichtung des MRT auch dynamisches Defäkations-MRT möglich) und Beratung, und, falls notwendig, mit interdisziplinär durchgeführten Operationen. In der konservativen Therapie nimmt hier die Physiotherapie des Beckenbodens einen großen Raum ein.

Von der Harninkontinenz sind zwei bis dreimal mehr Frauen als Männer betroffen. Bei den Männern steht die Harninkontinenz – meist im höheren Lebensalter – oftmals in Zusammenhang mit Prostataerkrankungen bzw. –operationen oder es besteht eine Dranginkontinenz. Dies sind Krankheitsbilder, die vom Urologen behandelt werden.

Im folgenden geht es um die Harninkontinenz der Frau in Diagnostik, Beratung und Therapie aus *urogynäkologischer* Sicht.

Die Wahrscheinlichkeit, als Frau im Lauf des Lebens an Harninkontinenz zu erkranken liegt mit ca. **35%** höher als die Wahrscheinlichkeit, an Bluthochdruck (25%), Depression (20%) oder Zuckerkrankheit/Diabetes (8%) zu erkranken. (Hampel et.al. *Urology* 1997 ;50 : 4-14)

Dennoch ist es ein Tabuthema, geprägt von einer « doppelten » Sprachlosigkeit in dem Sinne, dass auch beim Arztbesuch die Ärztin/der Arzt oft nicht direkt danach fragt. Die älteren betroffenen Frauen haben oftmals große Probleme, überhaupt darüber zu sprechen, da sie sich sehr schämen. Meist wird die Inkontinenz als „normales“ Altersproblem gesehen, mit dem man sich eben abfinden muss.

Die Harninkontinenz tritt mit zunehmendem Alter gehäuft auf. Es gibt in der Altersverteilung zwei „Gipfel: Mit ca. 50 Jahren (30%) und über 85 Jahren (40%). Dabei kann noch unterschieden werden, dass eine Form der Harninkontinenz, die Belastungsinkontinenz häufiger bei den jüngeren Frauen auftritt, die Dranginkontinenz häufiger bei den älteren.

Es gibt also verschiedene Formen der Harninkontinenz, die unterschiedliche Ursachen haben und daher auch unterschiedlich behandelt werden.

Die Definition der Harninkontinenz allgemein ist: der Verlust der Fähigkeit, Urin bewusst zurückzuhalten und den Zeitpunkt der Entleerung zu bestimmen.

Formen der Harninkontinenz:

- Belastungsinkontinenz

Patientinnenbeispiel: 42-jährige Patientin, 2 Kinder spontan geboren, verliert Urin beim Husten/Niesen und beim Joggen. Sie ist eigentlich sportlich-aktiv und fühlt sich nun zunehmend in Ihrer Aktivität eingeschränkt.

Bei körperlicher Anstrengung oder beim Husten/Niesen erhöht sich der Druck auf den Bauchraum. Wenn dabei die Verschlusskraft des Schließmuskelapparats der Harnblase nicht mehr ausreicht, kommt es zum unwillkürlichen Urinverlust.

Ursache ist eine Schwäche des Schließmuskelapparats und/oder eine übermäßige Beweglichkeit der Harnröhre.

-Dranginkontinenz

Patientinnenbeispiel: 65-jährige Patientin, keine Kinder, geht halbstündlich zur Toilette, nachts mehr als 3mal, wacht vom Harndrang auf. Oft reicht es nicht mehr ganz zur Toilette und es geht schon vorher Urin ab. Die Trinkmenge hat sie schon eingeschränkt auf 1 Liter/ Tag. Sie plant den Einkaufsweg, weiß genau, wo öffentliche Toiletten sind, geht jedoch kaum noch aus dem Haus, ist erheblich eingeschränkt und ihre Lebensfreude hat abgenommen. „Die Blase bestimmt mein Leben.“

Überdurchschnittlich häufige Toilettengänge bei überfallartigem Harndrang sind kennzeichnend für die Dranginkontinenz. Oft geht Urin ab, bevor die Toilette erreicht ist. Ursache ist eine überaktive Harnblasenmuskulatur oder auch eine sogenannte Reizblase, d. h. eine neurogene Überempfindlichkeit.

Die **Mischformen** sind häufiger als die reine Dranginkontinenz.

Außerdem gibt es weitere seltenere Formen, wie die Überlaufblase, die Reflexblase etc..

Diagnostik:

An erster Stelle steht die Anamnese, also unter anderem Fragen zu Geburten, Voroperationen, Medikamenteneinnahme, Allgemeinerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus), wann, wie oft und in welcher Situation der Urinverlust auftritt, welchen Einfluss die Beschwerden auf den Alltag haben etc.. Ein Miktionsprotokoll, in dem Trinkverhalten und Miktionen sowie Inkontinenzereignisse über 24 Stunden aufgezeichnet werden, kann manchmal hilfreich sein. Die normale Trinkmenge sollten 1,5-2 Liter tägl. sein, Miktionsfrequenz 5-8 Mal/Tag.

Die gynäkologische Untersuchung inklusive Urintest und Restharnbestimmung und Beurteilung des Beckenbodens – kann die Beckenbodenmuskulatur willkürlich zusammengezogen werden? – u.U. auch mittels Beckenboden-EMG (schmerzlose Untersuchung) ergibt weitere Hinweise auf die Diagnose und ob eventuell zusätzlich eine Senkung (Deszensus) vorliegt.

Des Weiteren wird eine Introitus-Sonografie (ähnlich wie der normale gynäkologische Ultraschall, jedoch am Scheideneingang) bei voller Harnblase durchgeführt, um Form und Lage von Harnblase und Harnröhre zu beurteilen.

Allein damit können die o. g. Formen der Harninkontinenz meist gut differenziert werden und eine entsprechende Therapie eingeleitet werden.

Lediglich bei Diskrepanz von subjektiven Beschwerden und Untersuchungsbefund oder vor geplanten operativen Eingriffen (beispielsweise auch vor Senkungsoperationen) ist eine weitergehende spezielle Diagnostik notwendig.

Die urodynamische Untersuchung misst die Blasenkapazität, Blasenmuskelaktionen und Druckverhältnisse in der Harnröhre in Ruhe und bei Belastung (Husten). Dafür wird die Harnblase über einen Katheter aufgefüllt und die Patientin wird ab und zu zum Husten aufgefordert. Diese Untersuchung ist komplett schmerzfrei. Einzig unangenehm ist der eventuell auftretende unwillkürliche Urinabgang, der ja provoziert werden soll.

Eine Blasenspiegelung (Zystoskopie) ist nur in seltenen Fällen bei ausgeprägter Drangsymptomatik oder Blut im Urin notwendig.

Therapien

Die Harninkontinenz kann in den meisten Fällen behandelt werden!

Tatsache ist jedoch, dass in den Behandlungskosten der Anteil für die Vorlagen (sog. Inkontinenzhilfen, also Binden, Windeln etc.) bei weitem am höchsten ist! Diese stellen jedoch keine kausale Therapie dar.

Gemäß den unterschiedlichen Ursachen besteht die Behandlung der

Dranginkontinenz

- in Blasentraining (entsprechend einer Verhaltenstherapie) mithilfe des Miktionsstagebuchs, indem die Miktionsintervalle verlängert werden
- medikamentös mit Anticholinergika. Diese Medikamente setzen bei den Botenstoffen im Zentralnervensystem an, die das Zusammenziehen des Blasenmuskels steuern.
- durch Beckenbodentraining
- durch Reizstrom zur „Beruhigung“ des Blasenmuskels

Belastungsinkontinenz

- durch Beckenbodentraining, indem die Muskulatur gezielt gestärkt wird. Da ein Drittel der Frauen diese Muskelgruppe nicht willkürlich anspannen kann, ist unter Umständen eine Elektrostimulation notwendig, die auch bei zu schwacher Beckenbodenmuskulatur eingesetzt wird.
- medikamentös, beispielsweise mit Duloxetin, das ein zentral wirksames Medikament mit günstigem Einfluss auf die Belastungsinkontinenz ist
- operative Verfahren: Einlage von spannungsfreien Bändern (TVT, TVT-O), herkömmliche Verfahren, Senkungsoperationen als wiederherstellende plastische Verfahren

An der **Filderklinik** werden im Rahmen der urogynäkologischen Sprechstunde sämtliche o.g. diagnostische und therapeutische Verfahren durchgeführt. Ergänzend werden von uns (insbesondere auch während eines stationären Aufenthalts) anthroposophische Medikamente und die Heileurythmie eingesetzt.

Antje Wohlers
Oberärztin