

# Tabuthema Harninkontinenz

Harninkontinenz ist in der Schweiz ein weit verbreitetes Leiden, besonders bei Frauen und generell bei alten Menschen. Ein Überblick über die verschiedenen Inkontinenzformen und ihre Therapiemöglichkeiten soll dazu animieren, Betroffene aktiv auf das Problem anzusprechen und eine adäquate Beratung und Hilfe anzubieten.

### Prävalenz und Ursachen der Harninkontinenz

Die Häufigkeit der Harninkontinenz ist geschlechtsabhängig. Bei den Frauen liegt sie bei etwa 10–30 Prozent, bei den Männern etwa um das Drei- bis Vierfache niedriger. Die Frauen sind bereits ab dem 30. bis 40. Lebensjahr von Blasenfunktionsstörungen betroffen, die sich mit steigendem Alter immer deutlicher bemerkbar machen. Bei Männern dominieren die Symptome, die im Zusammenhang mit einer benignen Prostatahyperplasie auftreten: Zuerst Pollakisurie, später der massive imperative Harndrang und – wenn dieser nicht kontrolliert werden kann – die Dranginkontinenz. Beim Fortschreiten kann es zur Überlaufinkontinenz kommen.

Über die Hälfte der inkontinenten Frauen leiden an Stressinkontinenz. Diese kann schon bei jüngeren Frauen auftreten (Insuffizienz der Beckenbodenmuskulatur mit einer Schwächung des Blaseschliessmuskels durch Schwangerschaften und Geburten). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Dranginkontinenz bzw. der Mischformen (Stress- und Dranginkontinenz). Die Ursachen der Dranginkontinenz können sehr unterschiedlich sein. Da die Blasenmuskulatur von mehreren Zentren im Gehirn gesteuert wird, können durch Alter oder Krankheit bedingte degenerative Veränderungen (z. B. bei Morbus Parkinson) zu Funktionsstörungen der Blase führen. Die Dranginkontinenzsymptomatik kann auch die Folge von Harnwegsinfekten sein oder Ausdruck einer hyperaktiven Blase (Overactive Bladder/OAB).

*Tabuthema ansprechen, denn es gibt durchaus Möglichkeiten, die Lebensqualität zu verbessern.*



### Behandlungsmöglichkeiten

#### Stressinkontinenz

Die Stressinkontinenz beruht auf einer Schwäche des Schliessmechanismus am Blasenauslass. Bei leichten Formen von Stressinkontinenz ist *Beckenbodentraining* als Einzelmassnahme hilfreich. Bei schwereren Formen kann es die Wirksamkeit von anderen Massnahmen positiv beeinflussen. Die Wirksamkeit von medikamentösen Therapien ist bei Stressinkontinenz limitiert. Zum Einsatz

kommen zum Teil trizyklische Antidepressiva wie *Imipramin*. Viel versprechend sind die Studienresultate mit dem Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer *Duloxetin* (Eli Lilly und Boehringer Ingelheim), der in der Schweiz zur Registrierung eingereicht wurde und Ende 2004 auf den Markt kommen soll. Die urethrale Sphinkterfunktion wird vom Onuf'schen Kern im sakralen parasympathischen System gesteuert. Diese präganglionäre Neuronengruppe besitzt eine hohe Dichte an Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren. Ihre Stimulation bewirkt die Kontraktion des Sphinkters. Duloxetin erhöht die Konzentration der Neurotransmitter und trägt so zu einer Verbesserung der Stressinkontinenz bei.

Wenn die medikamentösen und Physiotherapie-Massnahmen fehlschlagen, bleibt noch die Möglichkeit der *operativen Verfahren*, wie z. B. «*Tension-free vaginal tape*» (TVT), bei dem ein Netzband aus Kunststoff oder körpereigenem Gewebe spannungslos um die Harnröhre gelegt wird (halbinvasives Verfahren, das unter Lokalanästhesie durchgeführt wird) oder die *Kolpussuspension* (Anhebung und Befestigung der Blase und Harnröhre im Bereich der vorderen Bauchwand über einen Schnitt im Unterbauch).

#### Inkontinenzformen

- **Stressinkontinenz** (unfreiwilliger Urinverlust bei körperlicher Belastung)  
z. B. bei passiver Druckerhöhung durch Reize wie Husten, Niesen, Sport oder Heben von Lasten.
- **Dranginkontinenz** (Urinverlust bei imperativem Harndrang)  
Motorische Dranginkontinenz: mit Detrusorkontraktion  
Sensorische Dranginkontinenz: ohne Detrusorkontraktion
- **Symptomenkomplex** der hyperaktiven Blase (OAB) mit Pollakisurie (>8 Miktionen/Tag);  
Nykturie; zwanghafter Harndrang und/oder Dranginkontinenz
- **Überlaufinkontinenz** (wenn der Druck der gefüllten Blase den Harnröhrendruck übersteigt)  
z. B. bei Prostatavergrößerung
- **Reflexinkontinenz** bei Rückenmarksschädigungen (Querschnittlähmung, Multipler Sklerose, Tumoren im Bereich des Rückenmarks)

► Fortsetzung von Seite 23

### Dranginkontinenz

Bei Dranginkontinenz werden zur medikamentösen Therapie Anticholinergika, welche die über Muscarin-Rezeptoren vermittelte Kontraktion des Detrusors (Blasenwandmuskel) unterdrücken, so z. B. *Tolterodin (Detrusitol®*, in retardierter Form *Detrusitol® SR*), *Trospiumchlorid (Spasmo-Urgenin® Neo)* und *Oxybutynin (Ditropan®)* eingesetzt. Meist ist eine länger dauernde Behandlung erforderlich. Die Compliance hängt dabei stark von der Verträglichkeit der Präparate ab. Typische unerwünschte Wirkungen sind Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Obstipation, verminderte Schweißsekretion mit Gefahr eines Hitzestaus und Tachykardien. Mit *Darifenacin* (Novartis) befindet sich ein weiteres Anticholinergikum in klinischer Prüfung. Es soll sich durch eine selektivere Blockierung des M3-Rezeptors auszeichnen.

Bei Männern dominieren die Symptome einer Prostatahyperplasie (Dranginkontinenz mit hyperaktiver Blase, Pollakisurie und imperativem Harndrang). Im Vordergrund stehen Alphablocker. Beim Einsatz von Anticholinergika ist Vorsicht angebracht, weil beim Vorliegen von Restharn ein Harnverhalt drohen kann.

### Mischformen

Rund ein Drittel aller inkontinenten Frauen sind von einer Mischinkontinenz betroffen. Das Management richtet sich nach den Symptomen, die für die Patientin am störendsten sind. Meistens wird die Drangkomponente unangenehmer empfunden als die Stresskomponente, weil diese weniger vorhersehbar ist und grössere Harnmengen verloren werden. Anticholinergika werden eingesetzt, wenn die Stressinkontinenz sich durch eine zusätzliche Drangkomponente verschlimmert. Oft kommen in der Postmenopause lokale Östrogene zum Einsatz. Die Daten sind allerdings kontroversiell. Einzig für rezidivierende Harnwegsinfekte in der Postmenopause gibt es genügend Evidenz für den lokalen Einsatz der Östrogene.

### Was können die Betroffenen selbst tun?

Viele Betroffene legen sich Strategien zu, die ihre Symptomatik im Laufe der Zeit eher verschlechtern, z. B. zu jeder sich bietenden Gelegenheit die Blase entleeren, sodass die Blase bereits bei kleinstem Füllungsstand das Signal zu Harndrang zu gibt. Es ist wichtig, dass ausreichende Trinkmengen (2–3 Liter pro Tag) eingenommen werden. Auf Kaffee, Schwarz-

tee oder Cola sollte allerdings verzichtet werden, da diese harntreibend wirken. Das Führen eines «Blasenentleerungsprotokolls» kann hilfreich sein, um die Art der Störung genauer zu analysieren und festzustellen, ob systematische tageszeitliche Schwankungen oder antrainierte Verhaltensweisen zu beobachten sind. Das Erlernen von Entspannungstechniken wie Autogenes Training oder Yoga, Saunagänge und warme Bäder sind empfehlenswert.

### Tabuthema ansprechen

Immer wieder muss festgestellt werden, dass Personen, die an Inkontinenz leiden, sich schämen, darüber mit ihrem Arzt zu sprechen. Die Inkontinenz der älteren Menschen wird oftmals sowohl von ihnen selbst als auch von den Betreuenden als altersbedingte Erscheinung «in Kauf» genommen. Man behilft sich mit Inkontinenzhilfen. Dabei gibt es durchaus Möglichkeiten, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern, indem aus den vielen Therapiemöglichkeiten die jeweils adäquate eruiert wird. ■

Alexandra Werder  
dipl. pharm., MHA