

Behandlungsrichtlinien – Harninkontinenz

Die Urologische Klinik des Universitätsklinikum Essen ist zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.. Die Behandlung aller Formen von Harninkontinenz, von der Kindheit bis in das hohe Erwachsenenalter, stellt einen Schwerpunkt unserer klinischen Tätigkeit dar.

In dieser Behandlungsempfehlung möchten wir, in einer dem Laien gut verständlichen Sprache, Informationen zu den häufigsten Inkontinenzformen und deren Behandlung vermitteln.

Belastungs- oder Dranginkontinenz ?

Die Harninkontinenz wird allgemein definiert durch den ungewollten und unkontrollierten Verlust von Urin. Dieser ungewollte Harnverlust kann durch eine Vielzahl von Ursachen bedingt sein und so lässt sich Inkontinenz in viele Untergruppen einteilen. Die häufigsten sind die Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) und die Dranginkontinenz (Syndrom der überaktiven Blase).

Belastungsinkontinenz

Körperliche Anstrengung oder Husten, Lachen, Niesen führen zu einer Erhöhung des Druckes im Bauchraum und somit auch zu einer Druckerhöhung in der Blase. Diese Druckerhöhung im Bauchraum wird zum einen passiv über die Bauchwand auf den Beckenboden übertragen und führt so zu einer Kompression der Harnröhre in Höhe des Durchtritts durch den Beckenboden. Zum anderen wirkt eine unbewusste Anspannung des Schliessmuskelapparats der Druckerhöhung in der Blase entgegen. Über diese Mechanismen wird verhindert, dass eine Druckerhöhung in der Blase zu Urinverlust führt.

Störungen dieser Mechanismen können so zu ungewolltem Urinverlust führen. Bei der Frau ist dies häufig durch eine Schwäche des Beckenbodens und dadurch Absinken des Blasenhalbes bedingt. Beim Mann tritt eine Belastungsinkontinenz am ehesten nach Operationen im Becken, z.B. an der Prostata auf.

Ziel der Diagnostik ist es, eine Belastungsinkontinenz von anderen Inkontinenzformen abzugrenzen und den Schweregrad zu ermitteln, um dann mit dem Patienten ein individualisiertes Behandlungskonzept zu erarbeiten. Im Rahmen dieser Diagnostik sollte neben der körperlichen Untersuchung zumindest eine Uroflowmetrie (Messung des Harnstrahls) und Sonografie des Harntrakts erfolgen. Oft können zusätzliche Untersuchungen wie eine Videourodynamik (Messung der Druckverhältnisse in der Blase unter radiologischer Kontrolle der Blasen-anatomie) oder Urethrozystoskopie (Harnröhren- und Blasen-spiegelung) wertvolle Zusatzinformationen geben.

Die Therapie der Belastungsinkontinenz richtet sich nach deren Schweregrad. Bei leichteren Formen können Massnahmen zur Kräftigung des Beckenbodens wie Beckenbodengymnastik oder Elektrostimulation bereits eine deutliche Besserung erzielen. Neuerdings existieren auch medikamentöse Therapieoptionen zur Kräftigung des Schliessmuskels bei leichter Belastungsinkontinenz. Da die Ursachen in anatomischen Veränderungen, wie dem Absinken der Blase bei Beckenbodenschwäche oder der Verletzung des Schliessmuskels, liegen, ist häufig

eine operative Korrektur der auslösenden Ursache notwendig. Das Spektrum der operativen Therapie reicht von minimal invasiven Eingriffen wie der Unterspritzung des Schließmuskels mit Gel-Implantaten [Abb.1] oder der Anbringung von künstlichen Bändern zur Stabilisierung des Blasenhalses [Abb. 2], bis hin zur offenen Rekonstruktion der Lage von Beckenboden und Harnblase oder der Implantation eines künstlichen Schließmuskels [Abb. 3].

Abb.1: Unterspritzung des Schließmuskels mit einem Gel-Implantat



Abb.2: Schematische Darstellung eines TVT-Bandes (Tension free Vaginal Tape). Das TVT wird im Rahmen eines kurzen Eingriffs um die Harnröhre gelegt und dient dieser als Wiederlager bei Druckerhöhung im Bauchraum. Der Eingriff kann in Örtlicher- oder Rückenmarksnaher Beteubung erfolgen.

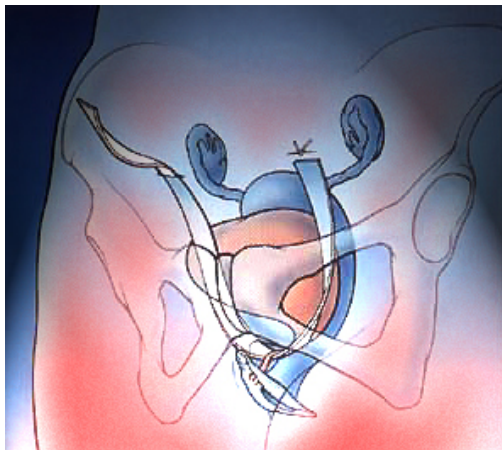
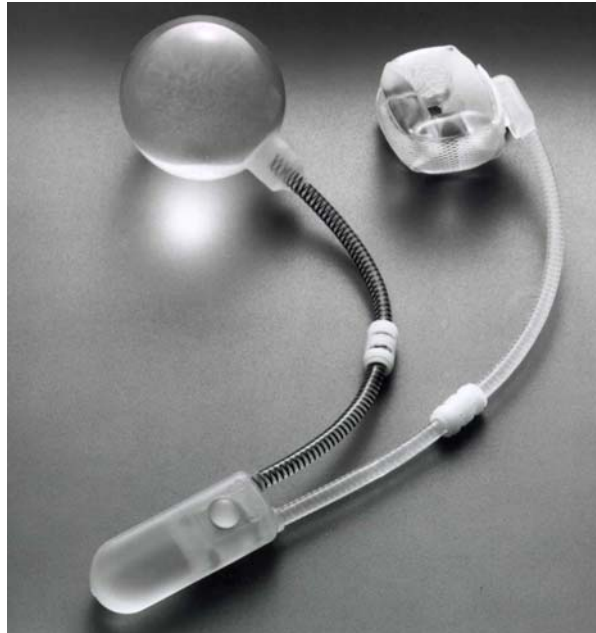
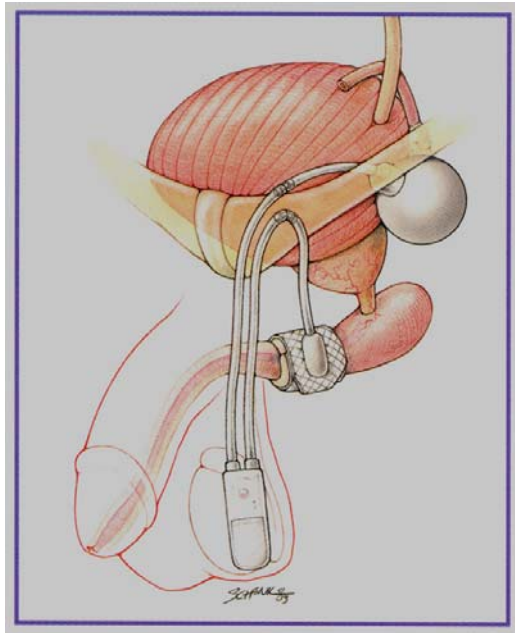


Abb. 3: Artifizierter Schliessmuskel. Nach Verletzungen des Harnröhrenschliessmuskels kann die Wiederherstellung der Kontinenz mittel eines künstlichen Schließmuskelsystems notwendig sein.

Links: Die Manschette umschließt die Harnröhre. Der Wasserdruck in der Manschette wird über die Pumpe im Hodensack reguliert. Um Wasserlassen zu können, muß der Inhalt der Manschette in das Reservoir im Bauchraum gepumpt werden.

Rechts: Originalsystem der Firma AMS.



Dranginkontinenz

Gehäufte und nicht unterdrückbarer Harndrang, der mit Harnverlust einhergeht, wird als Dranginkontinenz bezeichnet. Anders als bei der Belastungsinkontinenz liegen hier die Ursachen nicht in der Positionierung der Blase zum Beckenboden oder am Schliessmuskel, sondern in der Blase oder deren Nervenversorgung. Man spricht deshalb auch vom *Syndrom der überaktiven Blase*.

Eine Drangsymptomatik kann auch durch andere Erkrankungen (Harnwegsinfekte, Blasentumore, Steine, Prostatavergrößerung, Neurologische Erkrankungen) bedingt sein, weswegen eine sorgfältige Untersuchung zum Ausschluß solcher Erkrankungen notwendig ist. Wichtiger Grundbaustein in der Diagnostik und Therapieüberwachung bei überaktiver Blase ist ein Blasentagebuch, in dem die Häufigkeiten und Mengen beim Wasserlassen dokumentiert werden [Abb.4]. Eine ursächliche Instabilität des Blasenmuskels läßt sich mittels einer Urodynamik (Blasendruckmessung) beweisen.

Abb.4: Anhand eines solchen Miktionstagebuchs können wertvolle Informationen über Blasenkapazität, Miktionsgewohnheiten und Häufigkeit von Inkontinenzepisoden gesammelt werden.

Miktionstagebuch

Zeit	Trinkmenge	Harndrang	Stuhldrang	Miktionsvolumen ml	Ungewollter Abgang	Vorlagenwechsel
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
0						
1						
2						
3						
4						
5						

Bereits die Umstellung der Lebensgewohnheiten (Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Ausgewogene ballaststoffreiche Ernährung, Optimierung des Trinkverhaltens, Verzicht auf Zigaretten) kann zu einer Besserung einer Dranginkontinenz beitragen. Im weiteren stehen eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung. Welche eine „Beruhigung“ der Blasenmuskulatur bewirken. Dies können zum Einen Tabletten oder Medikamentenpflaster sein, aber auch Wirkstoffe wie das Botulinum Toxin, welches im Rahmen eines Eingriffs direkt in die Blasenmuskulatur gespritzt wird. Schließlich können hier auch Neuromodulatoren implantiert werden, über die ein Stromimpuls die Reizleitung zwischen Blase und Gehirn beeinflusst.

Andere Formen der Inkontinenz

Neben der Belastungs- und Drankinkontinenz existieren noch weitere Formen der Harninkontinenz sowie Mischformen, die aufgrund ihrer Komplexität hier nur stichpunktartig aufgelistet sind.

- **Überlaufinkontinenz.** Ursächlich liegt hier eine Blasenentleerungsstörung vor. Ist die Speicherkapazität der Blase überschritten kommt es zum „Überlaufen“ von Urin.
- **Reflexinkontinenz.** Hier liegt eine Schädigung der für die Blasenkontrolle zuständigen Abschnitte des zentralen Nervensystems vor.
- **Extraurethrale Inkontinenz.** Harnverlust über andere Wege als durch die Harnröhre kann, z.B. durch Fisteln zwischen Blase und Scheide, nach Operationen, Bestrahlungen oder Entzündungen entstehen.
- **Enuresis nocturna.** Das nächtliche Einnässen bei Kindern sollte ab dem 5. Lebensjahr nicht mehr vorkommen. Auch wenn es sich hier streng genommen nicht um eine Inkontinenz, sondern um eine Entwicklungsverzögerung handelt, ist hier eine Behandlung des Kindes angezeigt, um Störungen des Selbstwertgefühls zu vermeiden.

Interdisziplinarität

Erkrankungen die mit einer Inkontinenzsymptomatik einher gehen, können in Ihrer Komplexität den Zuständigkeitsbereich einer Fachdisziplin übersteigen. Daher freuen wir uns über die enge Zusammenarbeit mit den nachfolgenden Fachabteilungen des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Essen.

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinik für Pädiatrie
Klinik für Allgemein-,Viszeral- u. Transplantationschirurgie
Klinik für Gastroenterologie

Unser Leistungsangebot umfaßt neben der medizinischen Behandlung aller Inkontinenzformen auch die Beratung bzgl. Hilfsmittelversorgung in Zusammenarbeit mit speziell geschultem Fachpflegepersonal.