



Harninkontinenz bei Frauen

Inzidenz, Risikofaktoren und nichtchirurgische Behandlungsmöglichkeiten

Abstract: Urinary incontinence occurs throughout the population and independent of sex and age, although women are more often affected. Current data of developed countries suggest that the prevalence of urinary incontinence in women between 20 and 30 years is already 12 % and increases to more than 25 % in women being 65 years or older. Urinary incontinence is an established but still underreported disease that can be effectively treated in many cases. Such treatments include simple procedures such as guided bladder and pelvic floor exercise or drug therapy with tolterodine, oxybutynin or duloxetine. This often helps to keep normal social contacts and employment and leads to improved quality of life. Thus, it appears important to be discreetly receptive in this connection and to offer proper advice in over the counter consultations in pharmacies (Apothekenmagazin 2006;24(04):68-69).

Abstrakt: Harninkontinenz betrifft alle Bevölkerungsschichten unabhängig von Alter und Geschlecht, obwohl Frauen davon häufiger betroffen sind. So liegt nach bisherigen Erkenntnissen in entwickelten Ländern die Prävalenz von Harninkontinenz bei Frauen bereits in der 3. Lebensdekade bei etwa 12 % und steigt bei Frauen > 65 Jahre auf über 25 %. Es handelt sich um ein medizinisch anerkanntes, aber immer noch häufig verstecktes Leiden, bei welchem sich oft einfache Maßnahmen bereits als ausreichend wirksam erweisen. Hierzu zählen vor allem ein individuell abgestimmtes Training von Blasen- oder Beckenbodenmuskulatur sowie Arzneistoffe wie Oxybutinin, Tolterodin und Duloxetin. Die erfolgreiche Durchführung solcher Maßnahmen führt oft zu einer Verbesserung der Lebensqualität und zu einer Vereinfachung der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte oder auch der Berufstätigkeit. Deshalb erscheint es im Rahmen der Gesundheitsberatung in Apotheken wichtig, den Patienten bei diesbezüglichen Hinweisen oder Nachfragen diskret ein „offenes Ohr“ und adäquaten Rat anzubieten (Apothekenmagazin 2006;24(04):68-69).

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Harninkontinenz ist ein weltweites Problem, das Personen aller Altersgruppen unabhängig von Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit betrifft (1). Wie Ihnen sicher gut bekannt ist, nimmt die Häufigkeit von Harninkontinenz mit steigendem Lebensalter zu. Deshalb ist vor allem in den entwickelten Ländern der Erde davon auszugehen, dass in Zukunft ein viel größerer Teil der Bevölkerung von Harninkontinenz betroffen sein wird als heute. Harninkontinenz ist aber nicht allein ein Problem älterer Menschen. Auch junge Erwachsene können aus den unterschiedlichsten Gründen an Harninkontinenz leiden. Insbesondere Frauen sind von dem Problem betroffen. So liegt nach einer norwegischen Untersuchung die Prävalenz von Harninkontinenz bei Frauen bereits in der 3. Lebensdekade bei etwa 12 % (2). Besonders wichtig ist jedoch, dass die Erkrankung von vielen Frauen über Jahre hinweg verschwiegen und deshalb auch nicht auffällig und behandelt wird, obwohl die Symptomatik oft dazu führt, dass sich die Betroffenen sehr stark aus Berufstätigkeit und sozialem Leben zurückziehen (**Kasten**). Außerdem schränken die Betroffenen oft ihre Flüssigkeitsaufnahme bis zur Dehydratation ein, woraus sich weitere gesundheitliche Probleme ergeben können. Deshalb kann gar nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass es sich bei Harninkontinenz um ein medizinisch anerkanntes Leiden handelt, das einer systematischen Erfassung bedarf, um aus den zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten die jeweils beste auswählen zu können. Hierzu hat die WHO einen Konsens veröffentlicht, der von einem Expertengremium so verfasst wurde, dass er auch für weniger entwickelte Länder der Erde zur Geltung kommen kann (3).

Die wichtigsten Formen der Harninkontinenz

Im Gegensatz zu den Entwicklungsländern, in welchen Harninkontinenz oft auf anatomischen Schäden – z.B. durch Komplikationen bei der Geburt oder durch religiös bzw. gesellschaftlich begründete Beschneidung weiblicher Genitalien – beruht, stehen in entwickelten Ländern hauptsächlich zwei Formen der Harninkontinenz im Vordergrund:

• Belastungsincontinenz (auch Stressincontinenz)

Unwillkürlicher Harnverlust bei Belastungsreizen wie Husten, Beugen, Heben, Lachen oder Laufen, beruht auf einer Tonusverminderung der Beckenbodenmuskulatur (Diaphragma pelvis) und/oder einer Hypermotilität des Blasenhalssphinkters (z.B. nach einer Geburt);

• Dranginkontinenz (auch „Reizblase“ oder „instabile Blase“)

Unwillkürlicher Harnverlust nach vorherigem oder bei begleitendem Harndrang, beruht auf einer Sensibilisierung der Kontrolle der Blasenfüllung, die bei bereits geringer Füllung der Harnblase zum Harndrang führt, kann vom Harnblasenepithel und der Harnblasenmuskulatur ausgehen oder neurogene Ursachen haben.

Diese Einteilung (**siehe auch Abb 1.**) gibt die klinische Praxis aber nur unvollständig wieder, denn etwa ein Drittel der betroffenen Frauen weisen Mischformen auf. So könnte z.B. eine nicht symptomatische Sensibilisierung der Kontrolle der Harnblasenfüllung in eine Dranginkontinenz übergehen, wenn es z.B.

durch eine Geburt, zunehmendes Lebensalter oder Übergewicht zu einer Schädigung oder einem Tonusverlust der Beckenbodenmuskulatur kommt. Dennoch stehen die Symptome der Belastungsincontinenz (s.o.) bei jüngeren Frauen (< 50 Jahre) deutlich im Vordergrund. Die Evaluation von Risikofaktoren gilt bislang als unvollständig,

wobei Geburt, Lebensalter und Übergewicht die am besten untersuchten Risikofaktoren sind. Andere Risikofaktoren sind Rauchen, kognitive Einschränkungen, Obstipation, positive Familienanamnese und Genitalprolaps (1).

Der Nutzen von Beckenbodentraining

Beckenbodentraining (auch Kegel-Training) ist eine einfache, effektive und kostengünstige Methode zur Behandlung der **Belastungsincontinenz** (4) und wird daher auch von allen Fachgesellschaften einschließlich der WHO und der International Consultation of Incontinence (ICI) empfohlen (siehe auch Weblinks). Als Nachteil der Methode könnte angeführt werden, dass es etwa 3–4 Monate dauert, bis signifikante klinische Erfolge zu verzeichnen sind. Die Übungen, die

„Es wird behauptet, Harninkontinenz sei nicht lebensbedrohlich, aber das Menschsein kann daran sterben. Eine Weile luden mich meine Freunde noch ein, aber schließlich gaben auch sie auf, erdrückt vom Gewicht meiner kreativen Entschuldigungen, die mein Geheimnis bewahren sollten.“ (Cheryle Gartley, Präsidentin der Simon Foundation for Continence, www.simonfoundation.org)

nach Diagnose und unter ärztlicher Anleitung ausgeführt werden sollten, bestehen aus 10–12 willkürlich herbeigeführten starken Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur von etwa 6–8 Sek. Dauer, die mehrmals täglich durchgeführt werden. In einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie an Patientinnen mit urodynamisch nachgewiesener Belastungsinkontinenz wurde die Effektivität von Beckenbodentraining, elektrischer Muskelstimulation, Vaginalgewichten und Placebo über 6 Monate hinweg untersucht (5). Zur Beurteilung dienten eine Reihe verschiedener objektiver Messungen wie der spontane urethrale Flüssigkeitsverlust nach definierter körperlicher Anstrengung unter Aufsicht, die Erhöhung der Muskelkraft des Beckenbodens und die Erfassung des maximalen Urethraldrucks unter Ruhebedingungen. Darüber hinaus haben die Patientinnen mittels Punkteskalen vor und nach der Therapie beurteilt, wie sie ihre Erkrankung empfinden, wie häufig spontaner Urinverlust unter Belastungsbedingungen auftrat und wie sich ihre sozialen Aktivitäten veränderten.

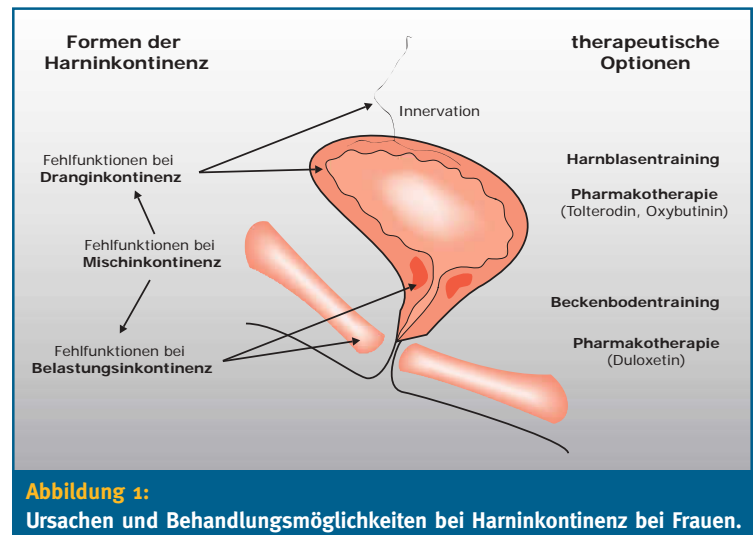
Nach den Ergebnissen dieser Studie erwies sich das Beckenbodentraining nicht nur als effektivste Maßnahme, sondern wurde auch deutlich besser angenommen und vertragen. So lag die Compliance-Rate von Beckenbodentraining mit 95 % deutlich höher als bei elektrischer Stimulation (75 %) und Vaginalgewichten (78%), und Nebenwirkungen traten nur bei den Hilfsmitteln auf, wobei Motivationschwierigkeiten und Probleme beim Gebrauch elektrischer Stimulation (32 %) und Vaginalgewichten (52 %) im Vordergrund standen. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass die Behandlung von Belastungsinkontinenz durch Beckenbodentraining effektiver, sicherer und kostengünstiger ist, als elektrische Stimulation und Vaginalgewichte und daher als Therapie der ersten Wahl angeboten werden sollte. Trotz dieser positiven Einschätzung sollte festgehalten werden, dass bislang unklar ist, ob 1) Beckenbodentraining im Allgemeinen, also auch z.B. bei postmenopausalen Frauen, anderen Therapiemaßnahmen bei Belastungsinkontinenz überlegen ist, 2) der therapeutische Effekt langfristig anhält und 3) sich auch bei Dranginkontinenz als nützlich erweist (4). Bisher vorliegende Erkenntnisse weisen darauf hin, dass bei **Dranginkontinenz** eher ein Training der Harnblase selbst erfolgreich sein könnte (6).

Pharmakotherapeutische Ansätze

Während bislang nur der auch als Antidepressivum (Cymbalta®) zugelassene Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine als wirksamer Arzneistoff bei Belastungsinkontinenz (Yentreve®) zur Verfügung steht (7), ist die Pharmakotherapie bei **Dranginkontinenz** mit Anticholinergika, die die Kontraktionen der Harnblasenmuskulatur verringern, weit verbreitet. Auch wenn zum Teil eine Verbesserung verschiedener Typen der Inkontinenz erreicht werden konnte, ist eine Heilung, d.h. Wiedererlangung der Kontinenz, durch diese Arzneistoffe selten (1). Insgesamt wird die anticholinerge Therapie als nur geringfügig wirksam angesehen (8). Eine kürzlich publizierte Metaanalyse bescheinigt unretardiertem Tolterodin (Detrusitol®) bei vergleichbarer Wirksamkeit eine bessere Verträglichkeit (weniger Mundtrockenheit) als unretardiertem Oxybutinin (u.a. Dridase®), weist aber gleichzeitig darauf hin, dass retardierte Formulierungen beider Arzneistoffe wegen der geringeren Inzidenz von Mundtrockenheit vorteilhaft sein könnten (9).

Was können ApothekerInnen in öffentlichen Apotheken tun?

Trotz der inzwischen immer größer gewordenen Offenheit im Umgang mit besonderen menschlichen Umständen aller Art, ist Harninkontinenz für viele immer noch ein Tabuthema. Dies gilt insbesondere für jüngere Betroffene, die teils aus Scham, teils aus Angst vor Behandlungsmethoden ihr Leiden verschweigen. Es ist daher wichtig, bei diesbezüglichen Hinweisen oder Nachfragen diskret darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um ein verbreitetes Leiden handelt, das unterschiedliche Ursachen haben kann, und daher unbedingt einer ärztlichen Diagnose bedarf. Weiterhin wäre sicher hilfreich, darauf hin-



zuweisen, dass es – im Gegensatz zu vielen zweifelhaften und wenig geprüften Angeboten – einfache, schmerzlose und wirksame Behandlungsmethoden wie das Beckenbodentraining oder bestimmte Arzneimittel gibt, die ärztlich verordnet und von den Krankenkassen erstattet werden. Schließlich bietet sich auch der Verweis auf regionale Selbsthilfegruppen an, wobei erste Kontakte auch anonym über das Internet möglich sind.

Herzlichst
Ihr

Literatur

- Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;367:57-67.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-1157.
- Assessment and treatment of urinary incontinence. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. *Lancet* 2000;355:2153-2158.
- Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;CD001407.
- Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487-493.
- Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD001308.
- van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. *BJOG* 2004;111:249-257.
- Herbison P, Hay-Smith J, Ellis G, Moore K. Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: systematic review. *BMJ* 2003;326:841-844.
- Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Morris A. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD005429.

Weblinks zum Thema

- www.inkontinenz-selbsthilfe.com/: Internetseite der Selbsthilfegruppe Region Mittelhessen, ua. Hinweise zur Erkrankung, Tipps zur Pflege, Inkontinenzhilfen und Behandlungsmöglichkeiten
- www.selbsthilfverband-inkontinenz.org/svi_suite/selbsthilfe.php: Internetseite Selbsthilfverband-Inkontinenz e.V., allgemeine Hinweise, Untersuchungen, konservative und operative Behandlung, Hilfsmittel
- www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=327&nbr=2453#s23 Recommendation for the management of stress and urge urinary incontinence in women (Richtlinien für die Behandlung von Belastungs- und Dranginkontinenz bei Frauen)
- www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/043-038.htm Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Urologische Diagnostik bei Blasen-funktionsstörungen der Frau