

# Urologie: Urininkontinenz – Wann welche Therapie?

Tobias Zellweger<sup>a</sup>, Thomas Gasser<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Urologische Abteilung, St. Claraspital, Basel, <sup>b</sup> Urologische Universitätsklinik beider Basel, Kantonsspital Liestal

## Einleitung

Als *Urin-Inkontinenz* bezeichnet man jeden unwillkürlichen *Urin-Verlust*. Eine behandlungsbedürftige Inkontinenz betrifft in der Schweiz je nach Befragung 10–20% der Bevölkerung und ist damit nicht nur medizinisch, sondern auch sozio-ökonomisch von grosser Bedeutung, wird aber noch immer stark tabuisiert. Inkontinenz gilt als häufigste Ursache für die Einweisung in ein Pflegeheim. Es sind alle Jahrgänge betroffen, doch nimmt die Häufigkeit mit dem Alter stark zu.

Während der vergangenen zwei Jahre wurden in der Schweiz zahlreiche neue Operationsmethoden und Medikamente zur Behandlung der Inkontinenz eingeführt. Für Grundversorger, die sich nicht täglich mit der Problematik auseinandersetzen, ist es zunehmend schwierig geworden, hier den Überblick zu behalten. Aus diesem Grund haben wir uns dafür entschieden, das diesjährige urologische «Schlaglicht» diesem Thema zu widmen.

Die folgende Kurzübersicht soll eine Hilfestellung für den Alltag in der Praxis bieten.

## Formen der Inkontinenz

- *Drang*-Inkontinenz: Urinverlust infolge nicht unterdrückbaren Harndranges (hyperaktive Blase)
- *Belastungs*-Inkontinenz (früher *Stress*-Inkontinenz): Urinverlust bei physischer Belastung (insuffizienter Urethroverschluss).
- *Überlauf*-Inkontinenz: Urinverlust bei überfüllter Blase als Folge einer infravesikalen Obstruktion oder/und hypokontraktiler Detrusormuskulatur.
- *Reflex*-Inkontinenz: Urinverlust aufgrund unwillkürlicher Detrusorkontraktionen bei einem neurologischen Leiden.
- *Extraurethrale* Inkontinenz: Urinverlust bei Fisteln und Fehlbildungen (selten).

## Bemerkung

Häufig finden sich kombinierte Symptome einer Drang- und Belastungsinkontinenz, was als *Misch*-Inkontinenz bezeichnet wird.

## Diagnostik

Eine vorgängige sorgfältige Abklärung der Urininkontinenz ist Voraussetzung für jede Therapie.

## Anamnese

### Spezifisch

Wenige gezielte Fragen erlauben meist schon eine recht präzise Zuordnung zu einer der oben angeführten Inkontinenzformen: Seit wann besteht die Inkontinenz? Wie oft tritt sie auf? Tagsüber und nachts? Wie gross ist der Urinverlust? Besteht ein Bedarf an Einlagen? Wie viele Einlagen sind nötig? Tritt der Urinverlust nur im Liegen oder auch beim Husten, Niesen und Lachen auf? Gleichzeitiger Harndrang? Harnstrahl? Schmerzen bei der Miktion (Algurie)? Makrohämaturie?

### Allgemein

Krankheiten (u.a. Diabetes mellitus, Äthylabusus, kardiale Probleme), Voroperationen, Unfälle, vorgängige Strahlentherapie, Medikamente.

## Klinische Untersuchung

Kursorischer Allgemein- und Neurostatus mit gründlicher gynäkologischer bzw. urologischer Untersuchung. Überprüfung des Analsphinkertonus und des Bulbocavernosusreflexes (beim Pressen der Glans kontrahiert sich der Analsphinkter). Hustentest bei voller Blase. PSA-Test beim Mann (ab 45–50 Jahren, je nach Familienanamnese).

## Urinbefund

Ausschluss eines Harnwegsinfektes. Mikrohämaturie? (Hinweis auf Carcinoma in situ der Harnblase.)

## Ultraschall

Zur Restharnbestimmung (obligat bei jeder Inkontinenzabklärung): Restharnmengen von >100 ml bedürfen einer fachärztlichen Abklärung.

## Zystoskopie mit Harnblasenspülzytologie

Insbesondere bei Drangsymptomatik, rezidivierenden Harnwegsinfekten und/oder einer Mikrohämaturie zum Ausschluss eines Blasen tumors oder Blasensteines.

## Zystomanometrie und Zystogramm

Eventuell (zur genauen Klassifizierung bei unklaren Befunden).

## Therapie

Diese richtet sich stets nach der zugrundeliegenden Inkontinenzform. Zuerst sollten alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Eine

synergetische Kombination unterschiedlicher Behandlungsstrategien bietet sich in den meisten Fällen an. Häufig sind bereits einfache Massnahmen hilfreich (Flüssigkeitsrestriktion am Abend, Einnahme der Diuretika am Morgen anstatt am Abend usw.).

Bei Versagen der konservativen Therapie oder bei Unklarheiten sollte die/der Betroffene an eine Fachärztin oder einen Facharzt weitergewiesen werden, da in diesen Fällen meist invasive Abklärungen und Therapien notwendig werden.

### Dranginkontinenz

#### Bei Frauen

Ausschluss (resp. Sanierung) eines Harnwegsinfektes, Ausschluss (bzw. Sanierung) eines Blasensteines oder Blasen Tumors, Trink- und Miktionstraining, detrusorrelaxierende Medikamente (Tab. 1 )<sup>1</sup>, topische Östrogene, unterstützende Psychotherapie, Neuromodulation (Tab. 2 )<sup>1</sup>, Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den Detrusormuskel (Tab. 2).

#### Bei Männern

Ausschluss (bzw. Sanierung) eines Harnwegsinfektes, Ausschluss (bzw. Sanierung) eines Blasensteines oder Blasen Tumors, Trink- und Miktionstraining, detrusorrelaxierende Medikamente (nur nach Ausschluss einer infravesikalen Obstruktion!), unterstützende Psychotherapie, Neu-

romodulation (Tab. 2), Injektion von Botulinumtoxin Typ A in den Detrusormuskel (Tab. 2).

#### Bemerkung zu den (detrusorrelaxierenden) Anticholinergika

Hier stehen fünf Medikamente mit unterschiedlicher Selektivität für einen der Subtypen der Muscarinrezeptoren zur Auswahl (Tab. 1). Trotz diesem theoretischen Unterschied haben unabhängige klinische Studien gezeigt, dass die Präparate bezüglich Wirksamkeit und Häufigkeit der Nebenwirkungen untereinander vergleichbar sind. Generell empfiehlt sich eine einschleichende Dosierung zur Evaluation der Verträglichkeit.

### Belastungsinkontinenz

#### Bei Frauen

Physiotherapie (Beckenboden-Training, Biofeedback, evtl. Elektrostimulation), sphinktertonisierende Medikamente (Tab. 1), topische Östrogene, Pessareinlage, Schlingensuspension (TVT [tension-free vaginal tape], TOT [transobturator tape]), Kolposuspension (Tab. 2).

#### Bei Männern

Physiotherapie (Beckenboden-Training, Biofeedback, evtl. Elektrostimulation), sphinktertonisierende Medikamente (Tab. 1), periurethrale Injektionen (Tab. 2), Sphinkterprothese (Tab. 2).

Tabelle 1. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz.

Wirkung/ Medikamentengruppe	Wirkstoff	Markenname	Maximale Tagesdosis	Typische Nebenwirkungen
<b>A Detrusorrelaxation</b>				
Anticholinergika	Oxybutynin <sup>1</sup>	Ditropan® Lyrinel®	3× 5 mg	Mundtrockenheit, Obstipation, Sehstörungen, Verwirrtheit
	Tropiumchlorid <sup>1</sup>	Spasmo-Urgenin® Neo	2× 20 mg	
	Tolterodin <sup>1</sup>	Detrusitol®	1× 4 mg	
	Solifenacin <sup>1</sup>	Vesicare®	1× 10 mg	
	Darifenacin <sup>1</sup>	Emselex®	1× 15 mg	
Spasmolytika	Flavoxat	Urispas®	3× 200 mg	
<b>B Detrusortonisierung</b>				
Parasympathomimetika	Bethanechol <sup>1</sup>	Myocholin®	4× 25 mg	Bradykardie, Blut- ruckabfall, Diarrhoe
	Distigminbromid <sup>1</sup>	Ubrexid®	1× 5 mg	
<b>C Blasen Halsrelaxation</b>				
Alphablocker	Terazosin <sup>1</sup>	Hytrin®	2× 5 mg	Schwindel, Orthostatische Hypotonie, Kopfschmerzen
	Alfuzosin	Xatral Uno®	1× 10 mg	
	Tamsulosin	Pradif T®	1× 0,4 mg	
		Omnice®	1× 0,4mg	
<b>D Sphinktertonisierung</b>				
Alphaagonisten	Midodrin <sup>1,2</sup>	Gutron®	3× 2,5 mg	Blutdruckanstieg, Pruritus, Parästhesien
Serotonin-norepinephrin- wiederaufnahme-Hemmer	Duloxetine <sup>1,3</sup>	Yentreve®	2× 40 mg	Übelkeit, Obstipation, Mundtrockenheit

<sup>1</sup> Einschleichend dosieren (zur Evaluation der Verträglichkeit).

<sup>2</sup> In der Schweiz keine Zulassung für diese Indikation.

<sup>3</sup> Markteinführung in der Schweiz ab 2007.

Tabelle 2. Operative Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz.

Operation	Zielgruppe	Indikation	Bemerkungen
Periurethrale Injektion	Männer Frauen	Belastungsinkontinenz	Transurethrale Unterspritzung des äusseren Schliessmuskels mit Kollagen, Silikon oder Kunststoff (nicht kassenpflichtig)
Artifizielle Sphinkterprothese	Männer Frauen	Belastungsinkontinenz	
Schlingensuspension (TVT, TOT), Kolposuspension	Frauen	Belastungsinkontinenz	Langzeitkontinenzraten bis zu 95%
Sakrale Neuromodulation	Frauen Männer	Dranginkontinenz Detrusorschwäche	Stimulation und Modulation der peripheren Innervation des unteren Harntraktes auf der Ebene S2–S4 Erfolgt mittels Oberflächenelektroden oder mit implantierbaren Elektroden an spezialisierten Kliniken
Injektion von Botulinumtoxin Typ A in die Harnblase	Frauen Männer	Dranginkontinenz	In der Schweiz für diese Indikation noch nicht zugelassen: nur an spezialisierten Kliniken

Abkürzungen: TVT = tension-free vaginal tape, TOT = transobturator tape

#### *Bemerkung zur Belastungsinkontinenz bei Männern*

Die Belastungsinkontinenz tritt bei Männern selten (meist nach Operationen) auf und sollte urologisch abgeklärt werden.

#### **Überlaufinkontinenz**

##### *Bei Frauen*

Behebung der infravesikalen Obstruktion mittels Medikamenten (blasenhalsrelaxierende Medikamente, Tab. 1) oder Operation (Urethrotomie) bzw. Tonisierung der Detrusormuskulatur (Tab. 1).

##### *Bei Männern*

Behebung der infravesikalen Obstruktion mittels Medikamenten (blasenhalsrelaxierende Medikamente, Tab. 1) oder Operation (Prostataresektion, Urethrotomie) bzw. Tonisierung der Detrusormuskulatur (Tab. 1).

#### **Reflexinkontinenz**

Primär Therapie der ursächlichen neurologischen Erkrankung.

#### **Extraurethrale Inkontinenz**

Operative Sanierung.

#### **Literatur**

- Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG). Urininkontinenz und hyperaktive Blase bei der Frau (resp. beim Mann) – Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie für den Arzt. Erarbeitet durch die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Urologie/Gynäkologie. Schaffhausen: Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO); 2005. Brochures en vente sous: [www.urogyn.ch](http://www.urogyn.ch).
- Abrahms P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, éditeurs. Incontinence. Paris: Editions 21; 2005.

#### Korrespondenz:

PD Dr. med. Tobias Zellweger  
Urologische Abteilung  
St. Claraspital  
Kleinriehenstrasse 30  
CH-4058 Basel  
[tobias.zellweger@claraspital.ch](mailto:tobias.zellweger@claraspital.ch)