

GEISSBÜHLER, V. und J. EBERHARD:
Konservative Therapie von Inkontinenz-
beschwerden

tägl. prax. 44, 537–552 (2003)
Hans Marseille Verlag GmbH München

Konservative Therapie von Inkontinenz- beschwerden

V. GEISSBÜHLER und J. EBERHARD

Frauenklinik
(Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. J. EBERHARD)
des Kantonsspitals Frauenfeld

*Harninkontinenz und urogenitale Beschwerden
als zunehmendes medizinisches und soziales
Problem in unserer Gesellschaft – Diagnostik
und konservative Therapie – Verständnis
und Geduld*

Einleitung

Harninkontinenz und Urogenitalbeschwerden sind sehr häufig und lästig. Frauen leiden häufiger darunter als Männer. Die Lebensqualität wird erheblich eingeschränkt; beliebte Aktivitäten im Alltag, im Beruf, im Sport und auf Reisen werden beeinträchtigt.

Um bei Inkontinenz einem unkontrollierten Harnverlust vorzubeugen, wird sowohl die Blase in immer kürzeren Intervallen entleert als auch weniger getrunken. Die Blasenkapazität nimmt ab; und zu den bereits vorhandenen Inkontinenzbeschwerden gesellen sich häufig Blasenbeschwerden (Reizblase, rezidivierende Harnwegsinfekte etc.).

Da unsere Bevölkerung immer älter wird, nehmen Inkontinenzbeschwerden zahlenmäßig an sozialer Bedeutung zu. Inkontinenz ist einer der Hauptgründe für die Einweisung in ein Alters- und/oder Pflegeheim.

Deshalb ist es wichtig, möglichst alle betroffenen Frauen zu erkennen, einer Frühdiagnostik mit wenig-invasivem Aufwand, einer effektiven Therapie sowie einer Langzeitprophylaxe zuzuführen.

Inkontinenzformen

Die beiden häufigsten Inkontinenzformen der Frau

1. Stressinkontinenz = Unfreiwilliger Harnverlust bei körperlicher Belastung (Urethraverschlussinsuffizienz).
2. Urgeinkontinenz = Harnverlust bei nicht unterdrückbarem Harndrang (motorisch: mit Detrusorkontraktionen, sensorisch: ohne Detrusorkontraktionen).

Seltenere Inkontinenzformen

Überlaufinkontinenz, Reflexinkontinenz und extraurethrale Inkontinenz (z. B. vesikovaginale Fisteln).

Harninkontinenz

Harnverlust bei körperlicher Belastung (Stressinkontinenz), bei Drang (Urgeinkontinenz), tagsüber, nachts, unbemerkt?

Reizblase

Pollakisurie, Nykturie, Dysurie, Drang?

Genitalbeschwerden

Pruritis, trockene Scheide, Dyspareunie, Deszensus?

Urogenitalinfekte

Vulvitis, Kolpitis, Harnwegsinfekte?

Hormonstatus

Zyklus, Ovulationshemmer, Menopause, hormonale Substitution?

Psychosoziale Probleme, Sexual- und Partnerkonflikte?

Vorangegangene Behandlungen

Konservativ/operativ, Geburten?

Neurogene Leiden, Stoffwechselkrankheiten?

Stressinkontinenz und Deszensusbeschwerden

Hustentest bei voller Blase liegend und stehend sowie mit und ohne Deszensusreposition

Hyperaktive bzw. Reizblase

Gynäkologischer Status, Harnkultur, Infektzeichen, Miktionskalender, eventuell Zystoskopie (Kapazität, Urothel)

Rezidivierende Infekte, Harnwegsinfekte, Pruritus vulvae

Harnkultur, Infektkette beachten (Vulva → Vagina → Harnwege. Bakterielle, mykotische, virale Infekte), Zystoskopie

Blasenentleerungsstörungen

Restharn, neurologische Untersuchung, Stoffwechselkrankheiten

Tab. 1

Fragen zur Anamnese

Beschwerdebilder

Zu den urogenitalen Beschwerden, welche häufig Inkontinenzbeschwerden begleiten (1), zählen :

Reizblase: Drangsyndrom mit Pollakisurie, Nykturie, Dysurie, früher Harndrang und kleine Blasenkapazität.

Hyperaktive Blase: Frequenz (Pollakisurie >8 Miktionen/24 Std.), Nykturie und Dringlichkeit (Drangsymptome mit oder ohne Urgeinkontinenz), bedingt durch unkontrollierbare Detrusor- Kontraktionen während der Füllungsphase (instabile Blase).

Urethralesyndrom: Dysurie, Pollakisurie, schmerzhaftes Harnröhre bei der Palpation, bei Keimzahlen <10⁵ ml Harn (Dysurie, Pyuriesyndrom).

Vulvovaginale Beschwerden: Pruritus vulvae, Fluor vaginalis, Beschwerden im Rahmen der Genitalatrophie u. a.

Harnwegsinfekte verschiedenster Art.

Pathophysiologie

Die kurze Harnröhre, die enge topographische Beziehung zwischen Urethra, Vagina, Vulva und Anus und die relative Instabilität des weiblichen Beckenbodens begünstigen sowohl die Entstehung einer Urethraverschlussinsuffizienz (Stressinkontinenz) als auch aufsteigende Infektionen und demzufolge urogynäkologische Reizzustände.

Tab. 2

Anamnesenorientierte Erstuntersuchung

de. Hinzu kommen mechanische Belastungen der Gewebestrukturen durch Schwangerschaften/ Geburten, hormonale Einflüsse im Zyklus und während der Schwangerschaft sowie die postmenopausale, östrogenmangelbedingte urogenitale Atrophie (2).

Häufig sind auch langjährige ungünstige Trink- und Miktionsverhaltensweisen sowie eine ungenügende Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur für das Entstehen von Inkontinenzbeschwerden mitverantwortlich. Systemische Erkrankungen wie Diabetes, Schilddrüsendysfunktion, neurogene Leiden und psychische Faktoren können ebenfalls zu Inkontinenz- und Blasenbeschwerden führen.

Sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Therapie von Inkontinenz- bzw. Blasenbeschwerden ist stets deren Polyätiologie zu berücksichtigen (3).

Diagnostik

Die Abklärung soll einfach sein und rasch zur Diagnose und effektiven Therapie führen.

Zur Diagnostik gehören:

- Urogynäkologische und kurze Allgemeinanamnese (Tab. 1).
- Gynäko-urologische Untersuchung.
- Harnstatus und -kultur.
- Trink- und Miktionskalender.
- Restharnbestimmung.
- Hustentest mit voller Blase.
- Zystoskopie.

Die klinische Untersuchung orientiert sich an der Anamnese (Tab. 2).

Abb. 1

Zystoskopieeinrichtung neben dem gynäkologischen Stuhl mit Monitor, Lichtquelle, Kamera und Videogerät



Die Zystoskopie ist eine wenig belastende Untersuchung für die Patientin; sie kann ohne größeren Aufwand durchgeführt werden und ist rasch erlernbar. Die Zystoskopieeinrichtung mit Kamera und Monitor steht uns direkt neben dem gynäkologischen Stuhl zur Verfügung (Abb. 1). Für die Zystoskopie verwenden wir eine 70°-Optik, für die Urethroskopie eine 5°-Optik.

Folgende Parameter werden bei der Zystoskopie abgeklärt:

Einführen des Zystoskops: Die Blase wird nach vorgängiger Spontanmiktion entleert. Bestimmt werden können Restharn sowie Harnstatus und -kultur.

Füllung der Blase mit warmer 0,9%iger NaCl-Lösung: Harndrang, Blasenkapazität, Beurteilung der Blasenwand mit Blasenschleimhaut, Gefäßzeichnung, allfällige Balkenblase, interstitielle Zystitis, Cystitis cystica (Abb. 2–9), Entnahme einer Spülzytologie zum Ausschluss eines Karzinoms.

Entfernung des Zystoskops, Blasenfüllung mit 300 ml warmer 0,9%iger NaCl-Lösung: Hustentest (liegend und stehend) mit voller Blase zur Diagnose der manifesten Stressinkontinenz und mit Deszensusreposition zur Erfassung einer larvierten Stressinkontinenz.

Eine erweiterte Diagnostik mit bildgebenden und funktionellen Methoden – wie die urodynamische Abklärung – ist indiziert, wenn die konservative Therapie innerhalb von 3 Monaten nicht zu einem befriedigenden Behandlungserfolg führt oder bei unklarer Diagnose; in der Regel auch vor Inkontinenz- und Deszensusoperationen.

Zusatzleiden (Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Parkinsonismus, multiple Sklerose) und die Einnahme von Medikamenten (Diuretika, Antidepressiva, Sedativa, Anti-PARKINSON-Mittel, Alpha-Rezeptor-Antagonisten, ACE-Hemmer etc.) sind bei der Allgemeinanamnese zu beachten und in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen.

Abb. 2–5
Normale Blase

Abb. 6–9
Interstitielle Zystitis/Cystitis cystica, vermehrte Gefäßzeichnung, Balkenblase



Konservative Therapie

Da Harninkontinenz und Urogenitalbeschwerden mehrere Krankheitsursachen haben können, kann durch sinnvolle Therapiekombinationen der Behandlungserfolg verbessert werden. Der Primärbehandlung hat immer eine Langzeitprophylaxe zu folgen (3).

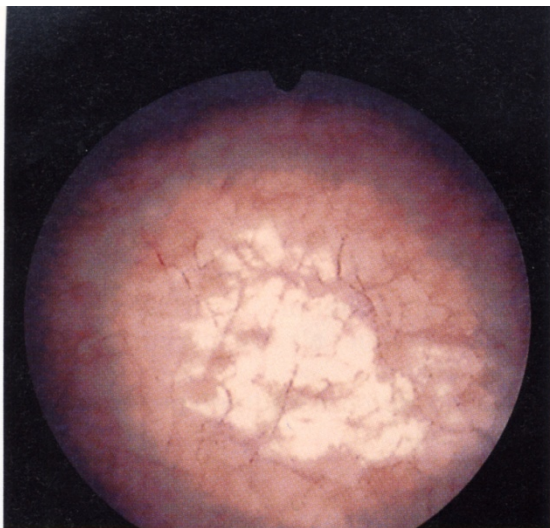
Bausteine der konservativen Therapie

Trink- und Miktionsstraining

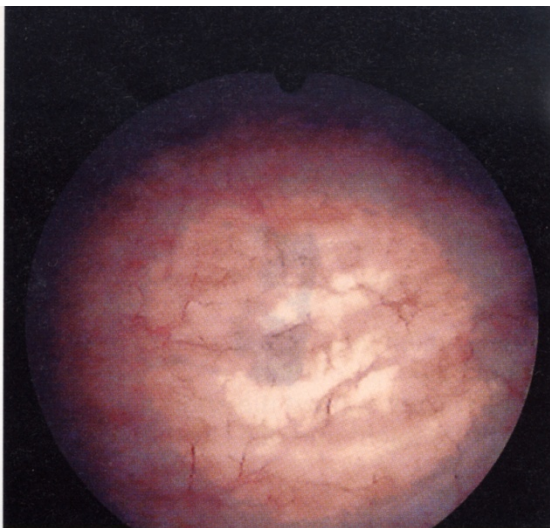
Große Trink- bzw. Harnmengen senken die Osmolarität aggressiver Harnsubstanzen, schützen dadurch die endotheliale Schutzschicht, welche sich vornehmlich aus Glykosaminoglykanen zusammensetzt (4). Fehlt die Schutzschicht – der Schleim über dem Urothel –, kommt es zu Urothelläsionen und Permeabilitätsstörungen mit folgenden Konsequenzen: Erhöhte Bakterienadhärenz an der Blasenwand, Durchlässigkeit für Kaliumionen, was zu einer Depolarisation des Detrusors und konsekutiv zu Blasenschmerzen, imperativem Harndrang und Inkontinenz führt.

Große Harnmengen spülen rascher Bakterien und aggressive Harnsubstanzen aus der Blase, was vor Infekten und Urothelläsionen schützt. Harnwegsinfekten, Drangsymptomatik und Urgeinkontinenz kann damit vorgebeugt, bereits bestehende Beschwerden können gebessert werden.

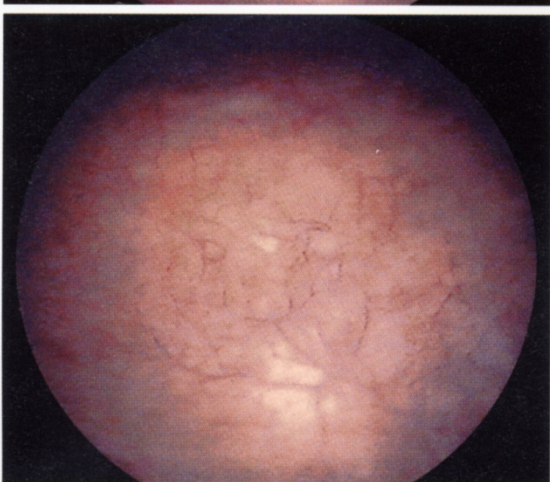
2



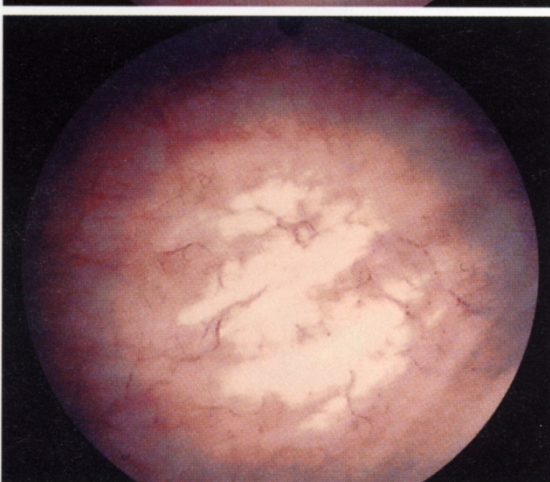
3



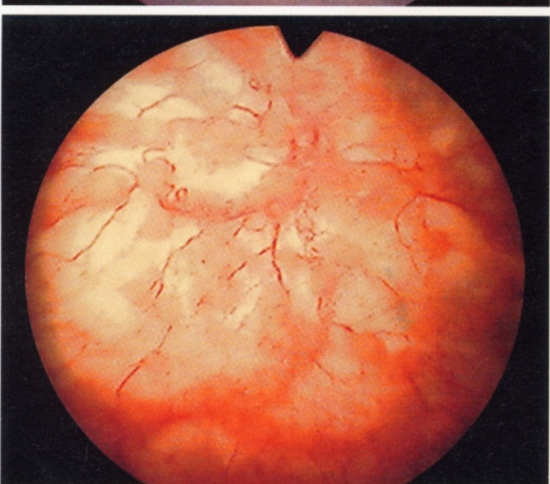
4



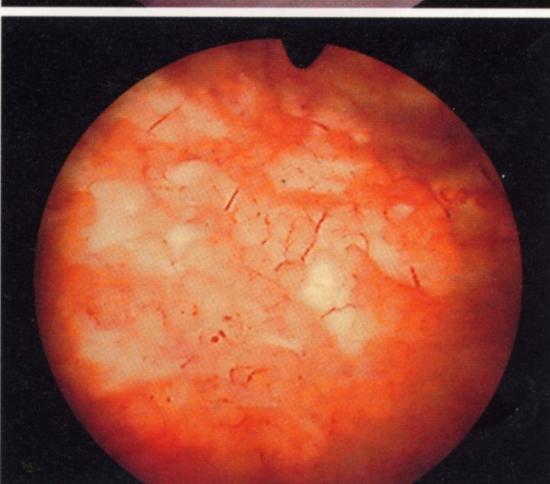
5



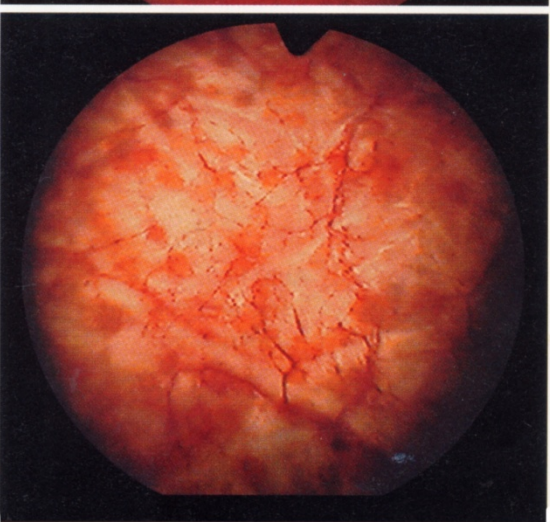
6



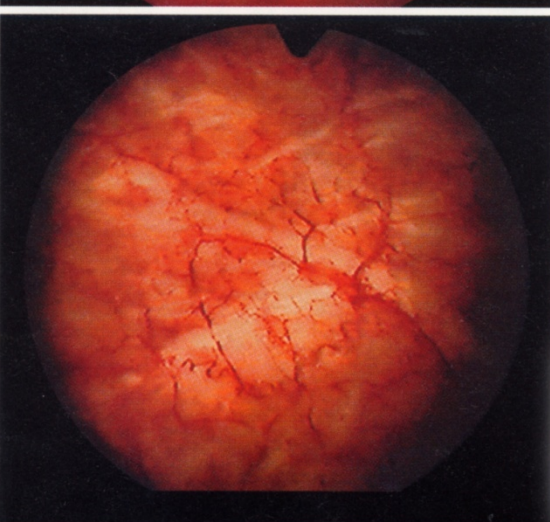
7



8



9



Therapiekonzept: Viel trinken!

- Viel trinken erzeugt viel Harn; viel Harn spült Bakterien aus der Blase.
- Viel trinken verdünnt den Harn und senkt die Osmolarität.
- Viel trinken schützt die endotheliale Schutzschicht und das Urothel.

- Viel trinken vermindert die Bakterienadhärenz am Blasenendothel.

Therapieziel

- Mehr als 2 Liter pro Tag trinken.
- Nicht weniger als 300 ml Harn pro Miktion.
- Nachts durch Harndrang geweckt werden.



Abb. 10

Aus großen Gläsern trinken
(≥ 300 ml)

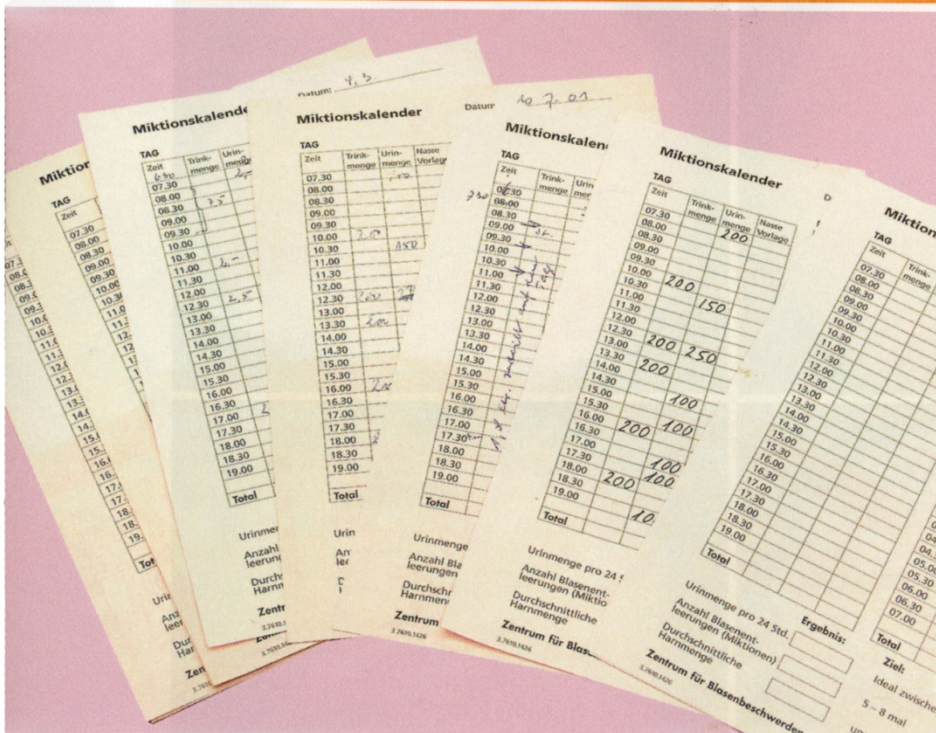


Abb. 11

Trink- und Miktions-
protokolle

Tipps

- Aus großen Gläsern trinken (Abb. 10).
- Trinkmenge am Morgen für den ganzen Tag bereitstellen.
- Am Vormittag häufig und viel trinken, abends wenig.
- Blase gut entleeren, Harnstrahl nicht unterbrechen.
- Trink- und Miktionsprotokoll (mindestens 1 Tag pro Monat) führen, bis das Trainingsziel erreicht ist (Abb. 11).

Das Therapiekonzept ist einfach, die Umsetzung schwierig und zeitaufwendig. Die Patientin muss in regelmäßigen Abständen – am besten alle 2–4 Wochen – vorbeikommen und die ausgefüllten Miktionsprotokolle mitbringen. Die Compliance zur Erreichung des Therapieziels ist dadurch größer. Zur intensiven Begleitung und Beratung steht an unserer Klinik eine Inkontinenzschwester zur Verfügung, welche telefonisch wie auch per e-mail jederzeit erreichbar ist.

Beckenbodentraining, Trainingshilfen

Durch Beckenbodentraining können Stressinkontinenz und Deszensusbeschwerden, sexuelle Funktionsstörungen und Stuhlinkontinenz gebessert oder gar geheilt werden (2, 5–8). Bei Urgeinkontinenz und Drangsymptomen helfen muskelrelaxierende Beckenbodenübungen und/oder eine Elektrotherapie (9).

Die meisten Beckenbodenprogramme folgen einem 3-Stufen-Konzept:

1. Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur.
2. Erlernen, die Muskeln reflexartig und situationsgerecht zu aktivieren, zu entspannen und ganzheitlich im Körperhaltungsfunktionskonzept zu integrieren.
3. Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur und Einüben der Reflexe durch Integration in den Alltag (Langzeitprogramm).

Wichtig ist eine kompetente, physiotherapeutische Instruktion mit Erfolgskontrolle.

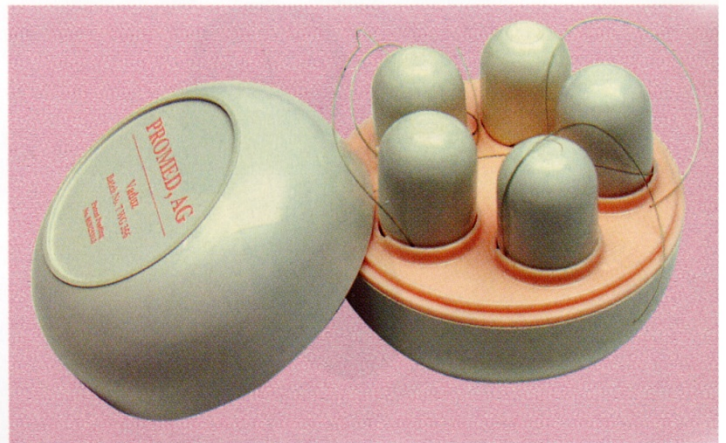
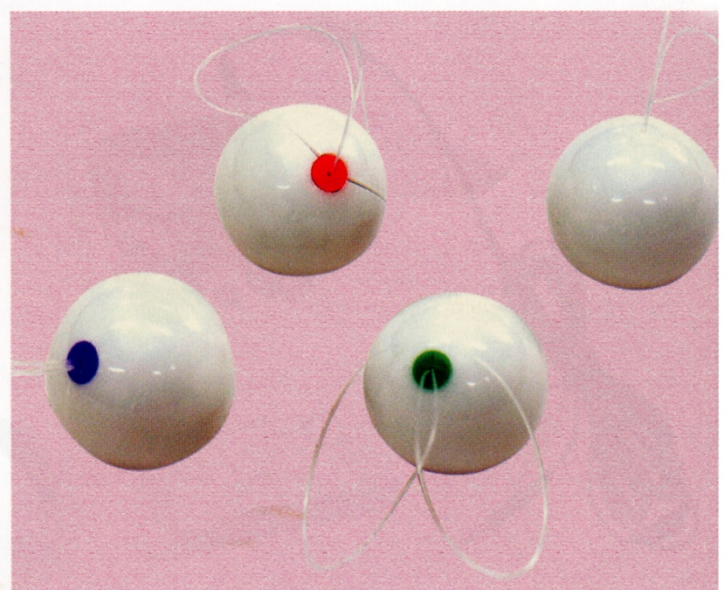


Abb. 12
Vaginalkonektoren

Hierbei sind Trainingshilfen nützlich, welche nach der Biofeedback-Methode arbeiten. Zu diesen Trainingshilfen zählen die vaginale Palpation der Beckenbodenmuskulatur, Vaginalkonektoren (Abb. 12) oder Kugeln (Abb. 13) (10, 11), das *Epi-No* (Abb. 14) sowie verschiedene Elektrostimulationsgeräte (Abb. 15 und 16).

Abb. 13
Kugeln



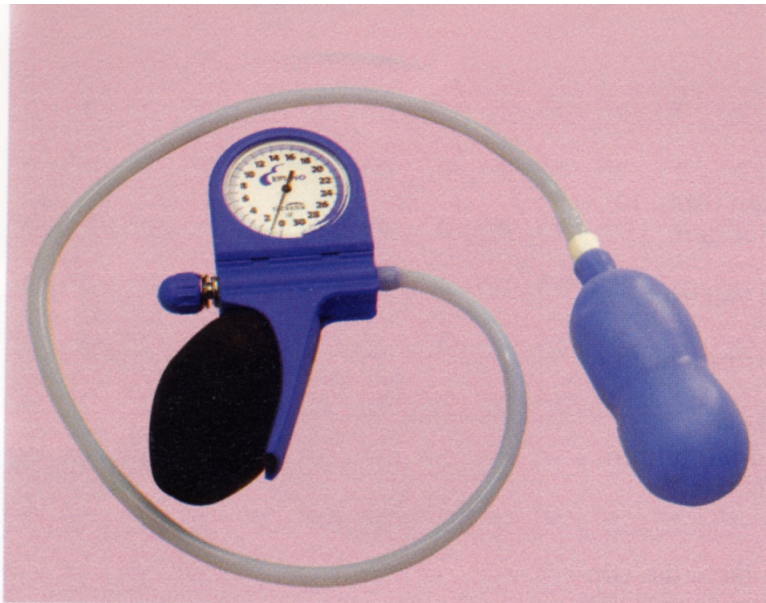


Abb. 14
Geburtstrainer Epi-No,
postpartal als Trainingshilfe
verwendet



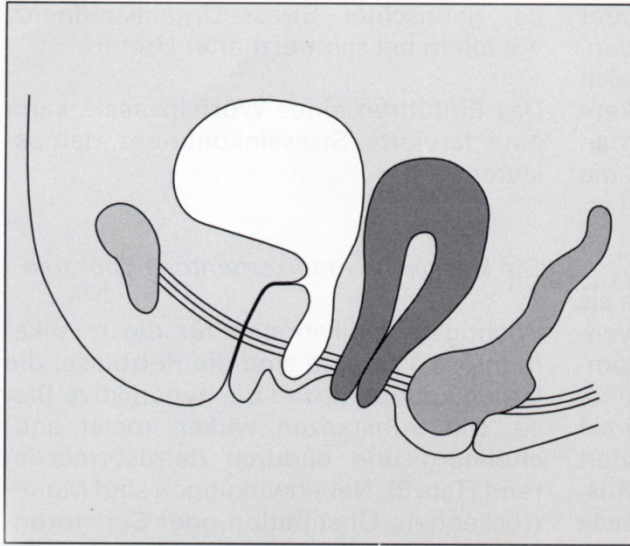
Abb. 15 und 16
Elektrostimulationsgeräte

Abb. 15
Ein Gerät für den Einsatz
in der Physiotherapie



Abb. 16
Heimgerät

17



18

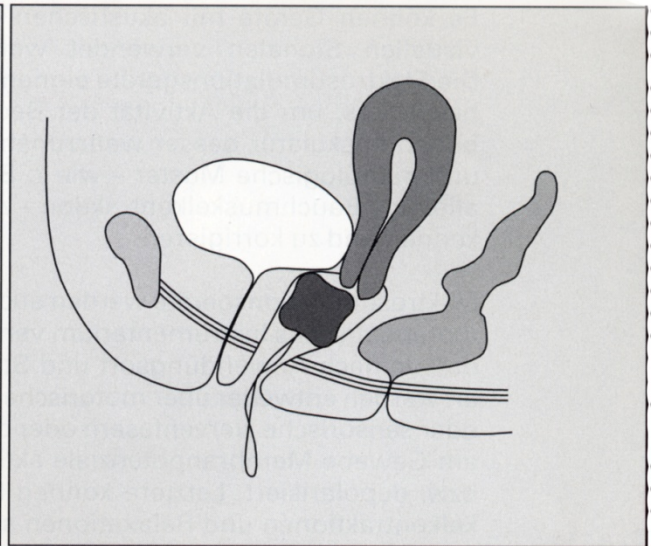


Abb. 17 und 18
Würfelpessar

Abb. 17
Blase, Uterus und Darm
sind abgesenkt

Abb. 18
Der Würfel ist eingelegt,
die Beckenorgane
sind reponiert

Abb. 19 und 20
Ringpessar

Abb. 19
Stressinkontinent

Abb. 20
Kontinent durch
eingelegtes Ringpessar

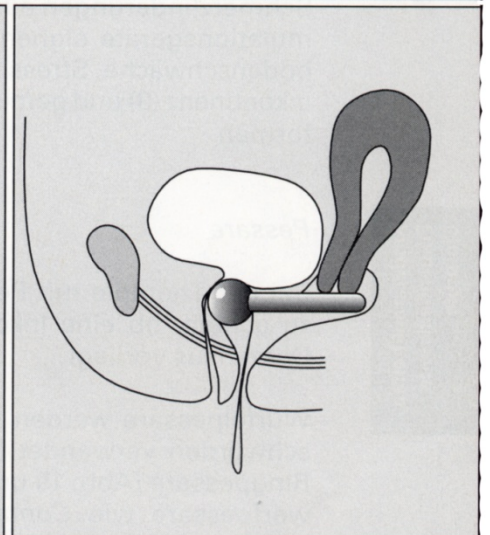
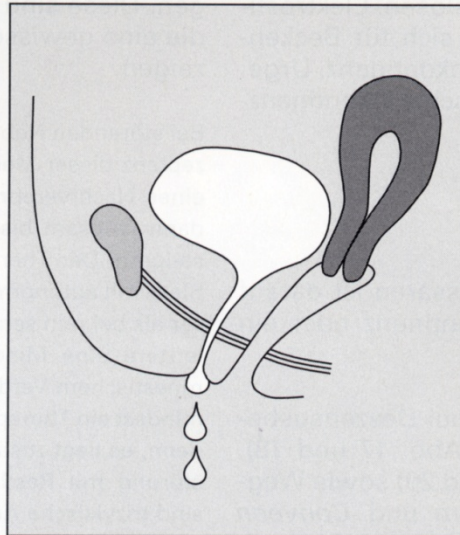


Abb. 21
Ringpessare,
Wegwerfpessare wie
Conveen und *Contam*



Es können Geräte mit akustischen oder visuellen Signalen verwendet werden. Die Elektrostimulationsgeräte eignen sich besonders, um die Aktivität der Beckenbodenmuskulatur besser wahrzunehmen und pathologische Muster – wie z. B. die alleinige Bauchmuskelkontraktion – zu erkennen und zu korrigieren.

Elektrostimulationsgeräte werden auch als therapeutisches Instrumentarium verwendet. Je nach Anwendungsort und Stromart werden entweder über motorische und/oder sensorische Nervenfasern oder direkt am Gewebe Membranpotenziale aktiviert bzw. depolarisiert. Letztere können Muskelkontraktionen und Relaxationen sowie Schmerzlinderungen auslösen. Elektrostimulationsgeräte eignen sich für Beckenbodenschwäche, Stressinkontinenz, Urgeinkontinenz (9) und gemischte Inkontinenzformen.

Pessare

Bei der Therapie mit Pessaren ist darauf zu achten, ob eine Inkontinenz oder ein Deszensus vorliegt.

Würfelpessare werden bei Deszensusbeschwerden verwendet (Abb. 17 und 18), Ringpessare (Abb. 19 und 20) sowie Wegwerfpessare wie *Contam* und *Conveen* bei Stressinkontinenz (Abb. 21). Die weichen Wegwerfpessare eignen sich sehr gut

bei gemischter Stress-/Urgeinkontinenz, vor allem bei schmerzhafter Urethra.

Das Einführen eines Würfelpessars kann eine larvierte Stressinkontinenz demaskieren.

Die klassische medikamentöse Therapie

Wichtigste Indikationen für die medikamentöse Therapie sind die Reizblase, die Urgeinkontinenz und die hyperaktive Blase. Die Substanzen wirken meist anticholinerg und dadurch detrusorrelaxierend (Tab. 3). Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Obstipation oder Sehstörungen. Diese sind geringer bei Substanzen, die eine gewisse Selektivität an der Blase zeigen.

Bei störenden Nebenwirkungen lässt sich die Akzeptanz dieser Medikamente steigern, wenn mit einer Nachtverabreichung begonnen wird, um dann langsam bis zur optimalen Tagesdosis zu steigern. Der Therapieeffekt ist bei hyperaktiver Blase mit autonomen Detrusorkontraktionen besser als bei rein sensorischer Urgeinkontinenz. Da letztere eine Minderheit darstellt, ist bei anamnestischem Verdacht auf hyperaktive Blase zumindest ein Therapieversuch gerechtfertigt, es sei denn, es liegt zusätzlich eine Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung vor. Gelegentlich sind trizyklische Antidepressiva (z. B. Imipramin) und bei psychogener Reizblase Tranquilizer hilfreich, vor allem abends und bei lästiger Nykturie.

Tab. 3
Detrusorrelaxierende Medikamente

* Schweizer Markennamen

Einsatzgebiet	Wirkstoff	Präparat*	Dosierung/d
Anticholinergika	Tolterodin	<i>Detrusitol SR</i> 4-mg-Kapseln	1 × 4 mg
	Oxybutynin	<i>Detrusitol</i> 2-mg-Tabletten	2 × 2 mg
	Emeproniumbromid	<i>Ditropan</i> 5-mg-Tabletten	3 × 5 mg
	Tropium chlorid	<i>Cetiprin</i> 200-mg-Tabletten	3–4 × 200 mg
		<i>Spasmo-Urgenin Neo</i>	2 × 20 mg
		20-mg-Dragees	
Spasmolytikum	Flavoxat	<i>Urispas</i> 200-mg-Dragees	3 × 200 mg

Einsatzgebiet	Wirkstoff	Präparat*	Dosierung/d
Alphablocker Sphinkterrelaxierung	Prazosin Terazosin Alfuzosin	<i>Minipress</i> 1-/2-/5-mg-Tabletten <i>Hytrin</i> 1-mg-/2-mg-/5-mg-Tabletten <i>Xatral</i> 2,5-mg-/SR 5-mg-Tabletten <i>Xatral Uno</i> 10-mg-Tabletten <i>Pradif retard</i> 0,4-mg-Kapseln	3 × 2–5 mg** 1–2 × 1–5 mg** 1–2 × 2,5–5 mg 1 × 10 mg 1 × 0,4 mg
	Tamsulosin		
Detrusor-tonisierung	Carbachol Bethanechol	<i>Doryl</i> 2-mg-Tabletten <i>Myocholine-Glenwood</i> 10 mg-/25-mg-Tabletten <i>Ubretid</i> 5-mg-Tabletten	3 × 1–2 mg 3 × 10–25 mg
	Distigmin bromid		1 × 5 mg

Tab. 4

Urethrelaxierende und detrusor-tonisierende
Medikamente

* Schweizer Markennamen

** einschleichend dosieren,
da blutdrucksenkend; Blutdruckkontrolle!

Die medikamentöse Behandlung der Blasenentleerungsstörung ist nur dann sinnvoll, wenn anatomisch-mechanische Ursachen ausgeschlossen sind. Hierbei lohnt sich der Einsatz von urethrelaxierenden und detrusor-tonisierenden Medikamenten (Tab. 4). Eine Langzeitbehandlung mit detrusor-tonisierender Medikation ist nur dann sinnvoll, wenn noch eine Restfunktion des Detrusors (hypotone Blase) besteht, bei atoner Blase muss diese Behandlungsform erfolglos bleiben.

Grosser Beliebtheit, vor allem bei chronischen Beschwerden wie Reizblase und Urgeinkontinenz, erfreuen sich komplementärmedizinische Therapien/Medikamente. Meistens kombinieren die Patientinnen diese Therapieformen mit der klassischen medikamentösen Therapie. Für die komplementärmedizinischen Therapien wenden sie sich in der Regel an spezialisierte Therapeuten/Therapeutinnen. Folgende Therapien haben sich erfahrungsgemäß bewährt: Homöopathie, Phytotherapie, Akupunktur und Bioresonanz (13).

Östrogene

Östrogene sind unentbehrlich bei atrophiebedingten, postmenopausalen uro-

genitalen Beschwerden (14). Topische Anwendungen sind aber oft auch schon prämenopausal sehr hilfreich, z. B. bei trockener Schleimhaut, Dyspareunie und Infektanfälligkeit (gehäuft bei jungen Frauen mit Ovulationshemmern).

Zusätzlich indiziert (und als Ergänzung gedacht) ist der Einsatz lokaler Östrogene bei Stress- und Urgeinkontinenz, Drangbeschwerden, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Urethralesyndrom, Dysurie, Pruritus vulvae, Dyspareunie etc.

Bei urogenitalen Problemen hat die lokale Östrogenanwendung Priorität, da die Akzeptanz größer ist, die Wirkung rascher eintritt und der Therapieeffekt intensiver ist als bei systemischer Substitution. Eine lokale Östrogenanwendung sollte weder zu systemischen Nebenwirkungen noch zu einer Endometriumproliferation führen und damit auch keine Gestagenzusatztherapie notwendig machen.

Bei Behandlungsbeginn – besonders bei trockener, atropher und entzündlicher Schleimhaut – sind Östrogencremes zu wählen, da sie weniger Juckreiz und Brennen verursachen als Ovula. Später wird je nach Behandlungsziel (12, 14) und auf Wunsch der Patientin eventuell auf Ovula, auf Vaginaltabletten oder auf den Vaginalring gewechselt.

In den ersten beiden Behandlungswochen wird die Östrogencreme vaginal jeden 2. Tag eingeführt, vulvär jeden Tag aufgetragen. Zur Erhaltungstherapie genügen größere zeitliche Abstände: Vaginal 1–2-mal wöchentlich (eventuell sogar nur 1–2-mal monatlich), vulvär 2–3-mal wöchentlich. Hierbei darf der Patientin nicht verschwiegen werden, dass es sich wahrscheinlich um eine lebenslange Therapie handelt.

Therapeutisch zu beachten sind die großen Konzentrationsunterschiede des Estriols in den Vaginalcremes und damit auch die unterschiedlichen Applikatorfüllmengen (14).

In Tab. 5 sind die Östrogenpräparate aufgeführt, die wir für die lokale vaginale Anwendung und bei der Pessartherapie (12) einsetzen.

Infekttherapie und Intimpflege

Behandlung und Prophylaxe der Harnwegsinfektionen sowie von urogenitalen

Reizzuständen sind heute komplex und bestehen nicht nur aus der Verabreichung eines Antibiotikums. Berücksichtigt werden muss die ganze Infektkette Vulva → Vagina → Urethra → Blase (3). Häufig bestehen unspezifische urogenitale Reizzustände; Keime sind nicht nachweisbar.

Gezielt gesucht werden müssen Chlamydieninfekte (Urethraabstrich), HPV-Infekte (Essigprobe mit 5%iger Essigsäure, eventuell Biopsien).

Zur Behandlung und Prophylaxe zählt neben der Verabreichung eines Antibiotikums eine geeignete Intimpflege (Abb. 22), wobei austrocknende und stark reizende Substanzen vermieden werden sollen. Wichtig ist ein gutes Trink- und Miktionsverhalten, eine lokale (postmenopausal u. U. auch eine systemische) Östrogensubstitution sowie die Vermeidung der Hautaustrocknung durch Verabreichung von Melkfett oder anderer fetthaltiger Cremes/Salben (Abb. 23).

Tab. 5
Östrogenpräparate (Schweizer Markennamen)
zur lokalen vaginalen Anwendung

Vaginalcremes	
<i>Ovestin</i>	0,1% Estriol/0,5 g Creme pro Applikator
<i>Oestro-Gynaedron Neu</i>	0,05% Estriol/1 g Creme pro Applikator
<i>Ortho-Gynest</i>	0,01% Estriol/5 g Creme pro Applikator
<i>Colpotrophine</i>	1% Promestrien/1 g Creme pro Applikator
<i>Premarin</i>	0,625 mg konjugierte Östrogene/1 g Creme pro Applikator
Ovula/Kapseln	
<i>Ovestin Ovulum</i>	0,5 mg Estriol
<i>Ortho-Gynest Ovulum</i>	0,5 mg Estriol
<i>Ortho-Gynest D Ovulum</i>	3,5 mg Estriol
<i>Colpotrophine Vaginalkapseln</i>	10 mg Promestrien
Tabletten	
<i>Ovestin</i>	1 mg Estriol
<i>Vagifem</i>	25 µg Estradiol
Vaginalring	
<i>Estring</i>	4,5 µg Estradiol/24 Std. über 3 Monate

Abb. 22
Geeignete Intimpflege:
Hormoncremes, Wund-
salben, fettende Salben



Abb. 23
Rückfettende
Waschemulsionen,
nicht-austrocknende
und juckreizstillende
Badezusätze



Bei anamnestisch rezidierten Harnwegsinfekten oder Reizblasenzuständen sollen auslösende Noxen, wie hoher Kaffeeconsum, Nikotin etc., reduziert oder vermieden werden.

Auch Preiselbeersaft (hoher Gehalt an Kalium, Tannin und Benzoesäure) wird häufig zur Prophylaxe von Harnwegsinfekten und als Therapie beim Reizblasensyndrom empfohlen (15).

Dieser soll auf natürliche Art an den Schleimhäuten der Harnwege stark entzündungshemmend sein und die Schutzschicht (Schleim) des Urothels verbessern, wodurch Bakterien und anderen Noxen die Entfaltung ihrer schädigenden Wirkungen erschwert wird. Der klinische Alltag bestätigt die gute Wirkung, diese wird aber in 2 aktuellen Cochrane Reviews stark angezweifelt (16).

Medikamenten-Pass

Name: Muster
 Vorname: Maria
 Adresse: Frauenfeld
 PLZ/Wohnort: Frauenfeld
 Allergien:

Frauenklinik Frauenfeld
 Sprecher:

Medikamente / Behandlung	morgens	mittags	abends	nachts	Besondere Hinweise
<u>Overstimine me</u>				/x	pro Woche
<u>Detrusitol 4mg SR</u>				/x	täglich

Bitte Medikamenten-Pass zu jedem Arztbesuch mitbringen

Abb. 24
Medikamentenpass



Abb. 25
Verschiedene
Teemischungen

Von der Diagnose zur Therapie

Diagnose: Stressinkontinenz.

Therapie: Beckenbodentraining inkl. Trainingshilfen, Elektrostimulation, Pessare, Östrogensubstitution, eher selten medikamentöse Therapie (sphinktertonisierende Medikamente); wenn kein Erfolg eintritt, Inkontinenzoperation.

Diagnose: Urgeinkontinenz und hyperaktive Blase.

Therapie: Trink- und Miktionsstraining, Infekttherapie und »allgemeine Maßnahmen«, detrusorrelaxierende Medikamente, Östrogen Therapie, eventuell (je nach Grundleiden) internistische Behandlungen; Psychotherapie.

Diagnose: Gemischte Stress-/Urgeinkontinenz.

Therapie: Kombinationen der zuvor aufgelisteten Bausteine.

Diagnose: Urogenitale Beschwerden im Vordergrund.

Therapie: Infekttherapie mit Allgemeinmaßnahmen wie geeignete Intimpflege, medikamentöse (vor allem auch komplexermedizinische) Therapien, eventuell internistische Behandlungen des Grundleidens; Psychotherapie.

Diagnose: Urethralesyndrom im Vordergrund.

Therapie: Intimpflege, Infektsanierung (Tetracycline), Östrogene, Urethral-/Wegwerfpessare (Massage der SKENE-Drüsen), viel trinken.

Ergänzende Empfehlungen und Tipps

Da gerade bei älteren Frauen die Inkontinenz sehr häufig ist, zusätzliche medikamentöse Therapien aus anderer Indikation bestehen, muss genügend Zeit aufgewendet werden, die Therapien mündlich und schriftlich zu erläutern und zu erklären. Dazu geeignet ist ein übersichtlicher und gut lesbarer Medikamentenpass (Abb. 24).

Dankbar sind die Patientinnen immer, wenn Empfehlungen abgegeben werden,

was getrunken werden könnte, z. B. was es an Teemischungen (Abb. 25) gibt.

Wichtig ist, und dabei hilft die Inkontinenzschwester, sich vor allem für ältere Frauen Zeit zu nehmen, Geduld zu haben, die Therapie genau und ausführlich zu erklären und leserlich (in großer Schrift) zu notieren.

Eine erfolgreiche konservative Therapie, welche (was unter Umständen aufwendig ist) die verschiedenen Bausteine berücksichtigt, erfordert viel Zeit, liebevolle Begleitung und Betreuung. Dies ist umso wichtiger, als – mit Ausnahme der Stressinkontinenz – die meisten Inkontinenzformen/Inkontinenzbeschwerden einer operativen Therapie nicht zugänglich sind.

Zusammenfassung

Mit zunehmender Überalterung unserer Gesellschaft nehmen Harninkontinenz und urogenitale Beschwerden zahlenmäßig und somit an sozialer Bedeutung zu. Da die Lebensqualität der betroffenen Frauen stark beeinträchtigt wird und auch die Folgekosten für unser Gesundheitswesen erheblich werden, werden Prophylaxe, Frühdiagnostik und effektive konservative Therapien immer bedeutender.

Die Diagnostik ist einfach, zu ihr zählen eine gezielte Anamnese, klinische gynäkologisch-urologische Untersuchung einschließlich Restharnbestimmung und gleichzeitiger Zystoskopie sowie ein Hustentest mit voller Blase. Diese Untersuchungen sollten problemlos in der gynäkologischen Praxis durchgeführt werden können.

Nach der Diagnosestellung erfolgt die Therapieplanung. Dabei sind Trink- und Miktionsstraining, Beckenbodentraining mit Trainingshilfen, Elektrostimulation, Pessare, medikamentöse Therapien, Östrogene, geeignete Intimpflege sowie eine umfassende Infektprophylaxe und -therapie die wichtigsten Schritte.

Soll die konservative Therapie erfolgreich sein, so erfordert sie die Kenntnis der verschiedenen Bausteine, das Verständnis und die Geduld für aufwendige und zeitintensive Behandlungsformen; nicht zuletzt aber auch eine liebevolle Begleitung und Betreuung der Patientin.

GEISSBÜHLER, V. and J. EBERHARD: Conservative treatment of incontinence symptoms

Summary: Urinary incontinence and urogenital disorders are increasing. This is bothersome and impinges on the patient's quality of life. Early recognition, allowing early diagnosis, effective therapy as well as long-term prophylaxis are important.

For diagnosis that quickly leads to a therapeutic decision, the anamnesis should specifically cover this area. Additionally, clinical examination, urinalysis including residual urine determination and cystoscopy for evaluating the bladder wall and a coughing test with a full bladder should be performed – all investigations easily done in the gynecologists's practice.

After diagnosis, treatment planning takes place. Urinary incontinence and urogenital complaints often have several pathologic causes. To improve success, various treatment possibilities should be optimally combined. Conservative therapy basics include: drinking and miction training, pelvic floor training including training aids and electrostimulation, pessaries, pharmaceutical therapies, estrogen as well as a thorough prophylaxis and treatment of infection. The primary treatment must be followed up with long-term prophylaxis.

The most important requirements for a successful conservative therapy include knowing the various treatment basics, their uses, understanding and having the patience to follow through with an involved and time-intensive treatment plan. This work provides an overview of the various conservative treatments and their successful combinations.

Key words: *Urinary incontinence – pelvic floor muscle exercises – pessaries – drug therapy – micturition diary*

Literatur

1. Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Urologie/Gynäkologie (AUG). Urininkontinenz und hyperaktive Blase bei der Frau. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. Schweiz, 2001.
2. Sjöberg NO, Holmdahl TH, Crafoord K, Hrsg. Female Urinary Incontinence. New York-London: Parthenon Publishing Group; 2000. p. 15–36 and p. 85–94.

3. Eberhard J, Geissbühler V. Konservative und operative Therapie bei Harninkontinenz, Deszensus und Urogenitalbeschwerden. J Urol Urogynäkol 2000; 3: 22–35.
4. Hohlbrugger G. Aktuelle Aspekte zur Therapie des Reizblasensyndroms. Acta Urol 1998; 29: 1–7.
5. Berghmans LC, et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. BJU Int 2000; 85: 254–263.
6. Cammu H, et al. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. BJU Int 2000; 85: 655–658.
7. Nygaard IE, et al. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 120–125.
8. Holtedahl K, Verelst M, Schiefloe A. A population based, randomized, controlled trial of conservative treatment for urinary incontinence in women. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 671–677.
9. Yasuda K, Yamanishi T. Critical evaluation of electrostimulation for management of female urinary incontinence. Curr Opin Obstet Gynecol 1999; 11: 503–507.
10. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
11. Arvonen T, Fianu-Jonasson A, Tyni-Lenne R. Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence: Neuro-urolog Urodyn 2001; 20: 591–599.
12. Eberhard J, Geissbühler V. Pessarbehandlung in der Urogynäkologie und Geburtshilfe. gynäkol prax 2002; 26: 119–133.
13. Dittmar FW, Loch EG, Wiesenauer M. Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 2. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1998.
14. Eberhard J, Geissbühler V. Urogenitalproblematik und Harninkontinenz im Alter – Wirkungen von Östrogenen. J Menopause 2000; 7 (Sonderheft 1): 27–31.
15. Kontiokari T, et al. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. BMJ 2001; 322: 1571.
16. Jepson RG, Mihaljevic L, Craig J. Cranberries for treating urinary tract infections (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Dr. VERENA GEISSBÜHLER
Frauenklinik
Kantonsspital
CH-8501 Frauenfeld

verena.geissbuehler@kttg.ch