

9 Harninkontinenz

Norbert Köhler, Sigrun Holze, Lutz Gansera, Elmar Brähler
und Ralf Thiel

In Deutschland leiden etwa 10 Prozent aller Männer unter Inkontinenzbeschwerden. Während bei den 18-40-jährigen nur etwa vier Prozent betroffen sind, sind es bei den über 60-jährigen immerhin knapp 18 Prozent (Beutel et al. 2005). Harninkontinenz ist somit vor allem ein Altersphänomen, von dem Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer (Herzog u. Fultz 1990). Infolge des demographischen Wandels ist in Zukunft mit einer steigenden Prävalenz der Harninkontinenz zu rechnen.



Harninkontinenz betrifft vor allem ältere Männer.

9.1 Definition

Harninkontinenz wird allgemein als ungewollter Harnverlust definiert, der in unterschiedlichen Schweregraden auftreten kann. Abhängig von den Ursachen und vom Auftreten wird zwischen drei Hauptformen der Harninkontinenz unterschieden:

Dranginkontinenz wird auch als „Reizblase“ bzw. „überaktive Blase“ bezeichnet. Sie liegt vor, wenn ein plötzlicher, starker Drang zur Blasenentleerung auftritt, selbst wenn die Harnblase nicht vollständig gefüllt ist. Ursächlich ist eine Störung der Steuerung der Blasenmuskulatur.

Bei einer **Stress- oder Belastungsinkontinenz** (unwillkürlicher Harnverlust unter Belastung) ist der Harnblasenverschluss geschwächt. Eine Druckerhöhung im Bauchraum, z. B. hervorgerufen durch Husten, Niesen, Lachen oder abrupte Körperbewegungen, bewirkt einen unwillkürlichen Harnverlust.

Misch-Inkontinenz: Belastungs- und Dranginkontinenz können auch in Kombination auftreten. Diese Form der Inkontinenz wird als Misch-Inkontinenz bezeichnet.



9.2 Ursachen

Die Ursachen der Harninkontinenz sind vielfältig, lassen sich aber grob drei Kategorien zuordnen:

9.2.1 Neurogene Ursachen

Neurogene Ursachen von Harninkontinenz gehen „mit einer Störung der Impulsleitung vom Gehirn über das Rückenmark zur Blase“ einher (Sachsenmaier 1991). Dabei wird eine *motorische* Dranginkontinenz durch Erkrankungen ausgelöst, die eine Schädigung des Großhirns zur Folge haben (z.B. Morbus Parkinson, Alzheimer). Eine *sensorische* Dranginkontinenz hingegen kann entstehen, wenn eine Schädigung des Blasenmuskels oder der Schleimhaut vorliegt. Bei der sogenannten Reflexblase bzw. *Reflexinkontinenz* liegt eine Schädigung der Überleitung vom Gehirn zur Blase vor (Sachsenmaier 1991; Heidler 2004).

9.2.2 Störungen des Verschlusssystems der Blase

Die Stress- bzw. Belastungsinkontinenz wird durch eine *mangelnde Funktion des Schließmuskels* bzw. die Schwächung der gesamten Beckenbodenmuskulatur verursacht. Bei Männern ist diese Schädigung fast immer eine Folge von Operationen an der Prostata (z.B. radikale Prostatektomie oder transurethrale Prostataresektion). Eine Überlaufinkontinenz ist bedingt durch eine permanente Überdehnung der Harnblase, die zur Beschädigung der Blasenmuskulatur und dem *Verlust der Kontraktionsfähigkeit* führen kann, wobei der Betroffene keinen Harndrang mehr verspürt.

Auch ein mit zunehmendem Alter häufiger auftretender Diabetes mellitus ist eine mögliche Ursache von Harninkontinenz.

9.2.3 Nicht-organische Ursachen

Harninkontinenz kann auch als Nebenwirkung verschiedener Medikamente auftreten. Dabei seien vor allem Schlafmittel, Schmerzmittel, Medikamente gegen Herzinsuffizienz sowie blutdrucksenkende Mittel genannt. Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Demenz können zu Inkontinenz führen.

9.3 Psycho-soziale Beeinträchtigungen

Harninkontinenz stellt für viele Betroffene eine große psychische Belastung dar. Es wird befürchtet, dass der unwillkürliche Urinabgang vom Umfeld gesehen oder gerochen werden kann, was Schamgefühle hervorruft. Wie eine Befragung zeigt, leiden Menschen mit einer Inkontinenzproblematik weit häufiger unter psychischen Beschwerden und Erschöpfung als Nichtbetroffene (Beutel et al. 2005).

Auch soziale Beziehungen können durch Harninkontinenz beeinträchtigt werden. Viele Betroffene verzichten auf bestimmte Alltagsaktivitäten. Häufig werden diese Probleme beim Hausarzt oder Urologen nicht thematisiert. Soziale Kontakte werden

eingeschränkt oder gehen ganz verloren, was zu Vereinsamung und sozialer Isolation führen kann (Ahnis u. Knoll 2008). Auch im Bereich der Sexualität führt Harninkontinenz zu erheblichen Einschränkungen; sie mindert die Orgasmusfähigkeit, befördert sexuelle Abstinenz und kann somit auf die Partnerschaft der Betroffenen negative Auswirkungen haben (Stifter 2005).



Inkontinenzprobleme werden von Patienten oft nicht thematisiert.

9.4 Hilfsmittel

Die Teilhabe am sozialen Leben kann in der Regel durch Inkontinenzhilfen erheblich erleichtert werden. Sofern durch Inkontinenzhilfen für die Betroffenen ein sozial und hygienisch akzeptabler Zustand erreicht wird, spricht man auch von „sozialer Kontinenz“.

Allgemein unterscheidet man aufsaugende (z.B. Vorlagen, Windeln) und ableitende (z.B. Katheter, Kondomurinale) Inkontinenzhilfsmittel. Neben der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dienen Inkontinenzhilfen auch zur Verhütung von Hautschäden.

9.5 Therapieoptionen

9.5.1 Konservative Therapie

Konservative, d.h. nicht-operative Therapiemethoden spielen bei der Behandlung der Harninkontinenz eine wesentliche Rolle. Vor allem Verhaltenstraining (z.B. Beckenbodentraining, Miktionstraining, Toilettentraining) und medikamentöse Therapie sind in diesem Zusammenhang zu nennen (Fuesgen u. Welz-Barth 2004).

Beckenbodentraining gilt als erfolgreiches Therapiekonzept bei der Behandlung der Belastungsinkontinenz. Durch Stärkung der Beckenbodenmuskulatur wird die Funktionalität des Schließmuskels verbessert und somit ungewollter Harnverlust verhindert. Das Beckenbodentraining kann durch Biofeedback (die Umsetzung der Muskelaktivität in akustische oder visuelle Signale, die dem Patienten als Orientierung dienen) ergänzt werden (Peschers u. Buczkowski 2001).

Toilettentraining soll von Inkontinenz Betroffene befähigen, durch Vorgabe eines Miktionsrhythmus die Entleerung der Blase auf kontrollierte Zeiten zu beschränken (Fuesgen u. Welz-Barth 2004).

Eine medikamentöse Therapie der Harninkontinenz ist vor allem bei Dranginkontinenz angezeigt. Ziel der medikamentösen Therapie mit Anticholinergika ist eine Entspannung der Blasenmuskulatur. Die Blase kann somit mehr Urin aufnehmen, womit sich der Harndrang vermindert und ungewollter Harnverlust reduziert werden kann.

Wenn die orale Gabe von Medikamenten nicht ausreicht oder zu viele Nebenwirkungen hat, ist auch ein direktes Einbringen in die Blase möglich. Da die Harnblase aber keine Medikamente aufnimmt, kann dies durch Iontophorese (Wanderung der Me-



dikamentenmoleküle im elektrischen Feld) ermöglicht werden. Bei der sogenannten EMDA-Therapie (Electro Motive Drug Administration) werden blasenberuhigende Medikamente direkt über einen Spezialkatheter in die Blase gegeben und eine niedrige elektrische Spannung angelegt. Die Erfolgsraten betragen etwa 60% (Riedl et al. 1998). Vor allem bei hochgradig überaktiver Blase hat sich in den letzten Jahren die Injektion von Botulinustoxin (z.B. Botox®) in die Harnblase bewährt (nur Off-Label-Gebrauch, da keine Zulassung).

Die medikamentöse Therapie der Belastungsinkontinenz ist schwieriger, da es derzeit nur ein einziges Medikament gibt, das diesbezüglich einen Wirksamkeitsnachweis hat und auch zugelassen ist. Das Präparat (Duloxetin) ist nur für Frauen zugelassen und kann bei Männern im Off-Label-Gebrauch angewandt werden. Studien zeigen aber, dass Duloxetin auch beim Mann gerade nach radikaler Prostatektomie wirksam ist (Nyarangi-Dix et al. 2010; Schlenker et al. 2006). Aufgrund der vor allem zu Beginn der Therapie vorkommenden Nebenwirkungen sollte eine einschleichende Dosierung erfolgen.

9.5.2 Operative Behandlung

Eine operative Behandlung der Harninkontinenz ist in der Regel dann angezeigt, wenn eine konservative Therapie nicht erfolgreich war. Bei Männern wird eine Indikation zur operativen Therapie in der überwiegenden Mehrzahl nach Prostataoperationen gestellt. Operative Therapien haben das Ziel, den ungewollten Urinverlust durch eine Sphinkterstabilisierung, Wiederherstellung der normalen Anatomie oder eine mechanische Obstruktion zu verhindern.

Bei der für eine Belastungsinkontinenz typischen Schließmuskelschwäche gilt in besonders schweren Fällen der sogenannte „artifizielle Sphinkter“ als Goldstandard. Wie verschiedene Studien zeigen, führt die Implantation eines artifiziellen Sphinkters langfristig bei 20 bis 61% der Patienten zu vollständiger Kontinenz (Litwiller et al. 1996; Mottet et al. 1998; Gousse et al. 2001).

Ein weiteres Verfahren zur Therapie der Belastungsinkontinenz ist die sogenannte Bandchirurgie. Bei diesem Verfahren werden entweder adjustierbare oder nichtadjustierbare Schlingensysteme eingesetzt. Es ist besonders geeignet für Patienten nach radikaler Prostatektomie mit milder bis mäßiggradiger Belastungsinkontinenz (Amend et al. 2009).

Nicht-adjustierbar ist z.B. das AdVance-Band®, dessen Wirkmechanismus auf einer Rekonstituierung der Harnröhren-Blasenhals-Anatomie beruhen soll (s. Abb. 1). Durch dieses sehr komplikationsarme und minimal-invasive Verfahren können Kontinenzraten von ca. 60% und Besserungsraten von etwa 25% erzielt werden (Rehder u. Gozzi 2007).



Mit dem minimal-invasiven AdVance-Band®-Verfahren können Kontinenzraten von 60% erreicht werden.

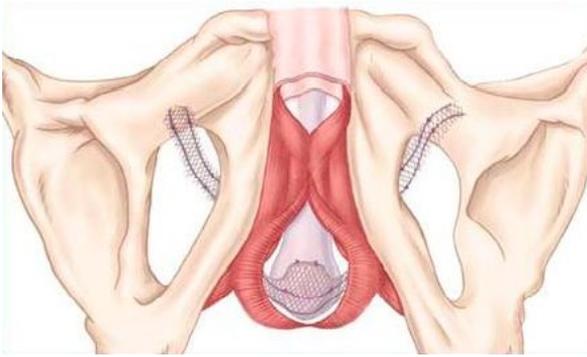


Abb. 1 Ein AdVance-Band® kann die Funktion eines noch teilweise funktionierenden Blasenschließmuskels wieder herstellen (mit freundlicher Genehmigung der AMS Deutschland GmbH)

Bei adjustierbaren Bändern vom Typ Argus® und Reemex® besteht die Möglichkeit, die Spannung des Bandes auch postoperativ nochmals zu erhöhen, falls initial keine ausreichende Kontinenz erzielt wurde.

Die in den letzten Jahren häufig durchgeführten Unterspritzungsbehandlungen des Schließmuskels mit sogenannten Bulging Agents (z.B. Kollagen, Hyaluronsäure) werden aufgrund der geringen Erfolgsrate nur noch selten angewandt.

9.6 Prävention

Auch die Prävention der Harninkontinenz steht zunehmend im Fokus der Aufmerksamkeit von Ärzten und Patienten. Dabei wird angestrebt, durch Aufklärungskampagnen und Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung des Themas Harninkontinenz in der Bevölkerung beizutragen (Robert-Koch-Institut 2007).

Wie bereits dargelegt, tritt Harninkontinenz beim Mann häufig nach einer Prostataoperation auf. Ein wichtiger Aspekt der Prävention ist deshalb auch die Verbesserung der Operationstechniken und die richtige Patientenauswahl bei der kurativen Behandlung des Prostatakarzinoms (Hohenfellner 2010).

Literatur

- Ahnis A, Knoll N (2008) Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz – eine qualitative Analyse. *Z Gerontol Geriat* 41, 251–260
- Amend B, Reisenauer C, Stenzl A, Sievert K (2009) Therapie der Belastungsharninkontinenz bei Frau und Mann. *Urologe A* 58, 1059–1067
- Beutel M, Hessel A, Schwarz R, Brähler E (2005) Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. *Urologe A* 44, 232–238
- Fuesgen I, Welz-Barth A (2004) Therapieoptionen bei Blasenfunktionsstörungen im Alter. *Urologe A* 42, 547–551
- Gousse AE, Madjar S, Lambert MM, Fishman IJ (2001) Artificial urinary sphincter for post-radical prostatectomy urinary incontinence: Long-term subjective results. *J Urol* 166, 1755–1758
- Heidler H (2004) Spezielle Ursachen der Harninkontinenz beim Mann. *J Urol Urogynaekol* 11, 17–18

- Herzog AR, Fultz NH (1990) Prevalence and Incidence of Urinary-Incontinence in Community-Dwelling Populations. *J Am Geriatr Soc* 38, 273–281
- Hohenfellner M (2010) Männliche Harninkontinenz. *Urologe A* 49, 471
- Litwiller SE, Kim KB, Fone PD, White RWD, Stone AR (1996) Post-prostatectomy incontinence and the artificial urinary sphincter: A long-term study of patient satisfaction and criteria for success. *J Urol* 156, 1975–1980
- Mottet N, Boyer C, Chartier-Kastler E, Ben Naoum K, Richard F, Costa P (1998) Artificial urinary sphincter AMS 800 for urinary incontinence after radical prostatectomy: The French experience. *Urol Int* 60, 25–28
- Nyarangi-Dix J, Schultz-Lampel D, Hohenfellner U, Huber J, Hatiboglu G, Djakovic N, Haferkamp A, Hohenfellner M (2010) Konservative Therapie der postoperativen Harninkontinenz des Mannes. *Urologe A* 49, 498–503
- Peschers U, Buczkowski M (2001) Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie der Harninkontinenz. *Zentralbl Gynakol* 123, 685–688
- Rehder P, Gozzi C (2007) Transobturator sling suspension for male urinary incontinence including post-radical prostatectomy. *Eur Urol* 52, 860–867
- Riedl CR, Knoll M, Plas E, Pfluger H (1998) Electromotive drug administration and hydrodistention for the treatment of interstitial cystitis. *J Endourol* 12, 269–272
- Robert-Koch-Institut (2007) Harninkontinenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 39. Robert-Koch-Institut Berlin
- Sachsenmaier B (1991) Inkontinenz. Hilfen, Versorgung und Pflege. Schlütersche Hannover
- Schlenker B, Gratzke C, Reich O, Schorsch I, Seitz M, Stief CG (2006) Preliminary results on the off-label use of duloxetine for the treatment of stress incontinence after radical prostatectomy or cystectomy. *Eur Urol* 49, 1075–1078
- Stifter K (2005) Inkontinenz und Sex. *J Urol Urogynaekol* 4, 21–23