Damit die Blase zur Ruhe kommt

Die Dranginkontinenz wird konservativ behandelt

Zur Therapie von Frauen mit Harninkontinenz steht ein Spektrum konservativer, chirurgischer und interventioneller Optionen zur Verfügung. Bei Drangsymptomen sollte erst mal nicht operiert werden. Hier können Verhaltensänderungen, Anticholinergika, Östrogene oder Botulinumtoxin A bei Therapieresistenz eingesetzt werden.

Zentraler Angriffspunkt der Therapie bei weiblicher Belastungsinkontinenz ist die Schwäche des Beckenbodens. Die unterschiedlichen Formen des Beckenbodentrainings, etwa mit oder ohne Biofeedback, per Elektrostimulationstherapie oder die Arbeit mit Vaginalkugeln, sollen unter fachgerechter Anleitung über mindestens drei Monate stattfinden, fordern Urologen. Pessare und Tampons seien als

Eine Operation könnte ihre Beschwerden verschlechtern.

Monotherapie der Physiotherapie unterlegen, so Dr. Alexander Kretschmer vom Klinikum München-Großhadern [1].

Der Effekt eines positiv veränderten Lebensstils ist ebenfalls nicht zu unterschätzen: Gelingt es, das Körpergewicht um 5–10% zu reduzieren, führt das zu einer signifikanten Minderung des Urinverlusts. An Medikamenten steht bei Belastungsinkontinenz lediglich Duloxetine mit subjektiven Besserungsraten von bis zu 62% zur Verfügung. Die meisten Frauen brechen die Behandlung jedoch wegen unerwünschter Wirkungen ab.

Ist die konservative Therapie bei Belastungsinkontinenz nicht erfolgreich, werden minimalinvasive operative Verfahren angeboten wie die Implantation von Schlingen. Nach Kretschmers Angaben scheinen retropubische im Vergleich zu transobturatorischen Schlingen im Langzeitverlauf etwas bessere Ergebnisse zu liefern mit Erfolgsquoten von etwa 80% nach elf Jahren.

Keine Op bei Drangsymptomen

Wichtiger ist jedoch, vor einer Operation auszuschließen, dass Drangsymptome vorliegen. Denn diese können sich nach der Operation verschlechtern. Bei Mischinkontinenz gilt daher: Zuerst die Drangkomponente behandeln! Die Dranginkontinenz ist eine Domäne der medikamentösen Therapie. Zunächst gilt es aber auch hier, ggf. bestimmte Verhaltensweisen zu verändern: zwei Stunden vor dem Schlafengehen nur noch wenig trinken, Nikotin und scharfe Gewürze meiden, eine bestehende Obstipation angehen, ein Blasentraining praktizieren.

"Die lokale Östrogenisierung sollte fester Bestandteil bei der Therapie der überaktiven Blase bei Frauen sein", so Kretsch-

mer, denn damit würden Drangbeschwerden nachweisbar reduziert. Sogar eine Heilung sei möglich. Die Östrogenisierung soll mit Estriol erfolgen.

Der Hyperaktivität der Muskarinrezeptoren im Detrusor wird mit Anticholinergika wie Darifenacin, Fesoterodin, Oxybutynin, Propiverin, Solifenacin, Tolterodin und Trosipiumchlorid entgegengewirkt. Die Wirksamkeit dieser Substanzen ist ähnlich, differenzialtherapeutisch ist daher vor allem das jeweilige Nebenwirkungsspektrum relevant [2].

Blick auf kognitive Fähigkeiten

Multimorbidität und Inkontinenz verstärken sich gegenseitig. Mit Blick auf ältere Patientinnen könnte unter Umständen der medikamentöse Einfluss auf kognitive Fähigkeiten maßgeblich sein. Zumindest für Fesoterodin und Solifenacin ist dies auch bei längerfristiger Einnahme in kontrollierten Studien nicht beobachtet worden. Trosipiumchlorid durchdringt die intakte Blut-Hirn-Schranke nicht und steht wegen seines günstigen Nebenwirkungsprofils als Alternativ-Präparat in der PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.

Zu beachten ist bei multimedizierten geriatrischen Patienten, dass Antidepressiva, Antidementiva, Alphablocker und vermutlich weitere Substanzgruppen Auswirkungen auf die Blasenfunktion haben können. So wirken Cholinesterasehemmer detrusorstimulierend.

Bei therapierefraktären Verläufen sind mit intravesikalen Injektionen von Botulinumtoxin A Erfolge erzielt worden. Das Nebenwirkungspotenzial ist gering, selten kommt es temporär zu einer Restharnbildung. Es wird über Erfolgsquoten von bis zu 75% berichtet, und die Wirkung hält sechs bis neun Monate an. (Thomas Meißner)

1. Kretschmer A et al. MMW Fortschr Med. 2015 Sep 10; 157(15):48–51

2. Shamliyan T et al. Ann Intern Med. 2012 Jun 19; 156(12):861–74

© "DRB Images, LLC" / Getty Images / iStock