

Tabuthema

Inkontinenz: Ärzte sollten Patienten ansprechen – Hilfe in vielen Fällen möglich

„Nehmen Sie Ihren Arzt in die Pflicht!“, lautet die Überschrift einer Pressemitteilung der Deutschen Kontinenz Gesellschaft (DKG). Weiter ist zu lesen, dass viele Patienten nicht richtig behandelt werden. Das habe „mit Unwissen und mit einer Verharmlosung des Problems Inkontinenz auch durch die Ärzte zu tun“. Das ist aus Sicht der Fachgesellschaft ärgerlich. Denn mit Physiotherapie, Medikamenten oder minimal-invasiven chirurgischen Maßnahmen kann heute vielen Betroffenen geholfen werden – vorausgesetzt, die Diagnose stimmt.

„Viele Patienten werden so anbehandelt als hätten sie eine überaktive Blase, also eine Harndranginkontinenz. Erst mit der Zeit stellt ich oft heraus, dass es eine Belastungsincontinenz oder ein Mischbild ist“, sagt Prof. Dr. Axel Haferkamp, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie des Universitätsklinikum Frankfurt und Erster Vorsitzender der DKG. Eine Belastungsincontinenz sei letztlich immer ein Schließmuskelproblem. „Als überaktiv gilt eine Blase, wenn die Betroffenen tagsüber häufiger als acht Mal und nachts mindestens zwei Mal zur Toilette müssen. Das Kernsyndrom dabei ist der Harndrang, die Ursache ist nervlich begründet.“

Laut DKG haben jede vierte Frau und jeder achte Mann in Deutschland Probleme mit der Kontinenz. „Und davon gehen viele aus Schamgründen gar nicht zum Arzt“, so Axel Haferkamp. „Wahrscheinlich suchen nur rund 20 bis 30 Prozent der Betroffenen deswegen überhaupt einen Arzt auf.“ Es sei daher wichtig, dass ein Arzt bei Verdacht das heikle Thema direkt anspricht.

Grundsätzlich falsch sei es nicht, zunächst einen medikamentösen Therapieversuch zu starten, sagt Axel Haferkamp. Um sicher sagen zu können, ob nervliche oder organische Ursachen Grund der Erkrankung sind, komme sei jedoch eine gezielte Anamnese und sorgfältige Diagnose wichtig. Zur Basisdiagnostik gehören dem Experten zufolge drei Elemente: „Man sollte immer den Urin auf einen Infekt hin untersuchen. Ebenso sollte man schauen, ob die Patienten Restharn haben.“ Zudem sei eine Sonographie sinnvoll, um die Abflussverhältnisse zu überprüfen. Zur ausführlichen Diagnostik gehörten dann noch eine urodynamische Untersuchung (Blasendruckmessung) und gegebenenfalls eine Blasenspiegelung.

Therapien: neuer Wirkstoff mit weniger Nebenwirkungen

Die Harndranginkontinenz, also die überaktive Blase, ist in erster Linie das Feld der medikamentösen Therapie. „Hier werden traditionell anticholinerge Medikamente eingesetzt, die den Blasenmuskel ruhig stellen und an Muscarin-Rezeptoren in der Harnblase ansetzen.“ Das Problem: Diese Wirkstoffe haben alle Nebenwirkungen, sie führen typischerweise zu Mundtrockenheit. Deswegen sei die langfristige Compliance der Patienten mit 10 bis 20 Prozent auch relativ niedrig. Das habe sich erst Ende 2012 mit der Zulassung des Wirkstoffs Mirabegron verändert. „Das ist ein Beta-3-Sympathomimetikum, das eine neue Medikamentenklasse repräsentiert. Es hat nicht die Nebenwirkungen der älteren Medikamente und wird daher von den Patienten wesentlich besser toleriert“, sagt Axel Haferkamp.

Das IQWiG betrachtet den neuen Wirkstoff allerdings kritisch: Zwar zeige Mirabegron bei der Behandlung von Erwachsenen mit überaktiver Blase einen Vorteil in Bezug auf Nebenwirkungen, doch in der Gesamtschau sei ein Zusatznutzen nicht belegt, so das Institut Anfang September in einer Pressemitteilung. In der Chirurgie hat laut DKG die Entwicklung ergänzender und verbessernder Kontinenztherapieverfahren womöglich gerade erst begonnen. So erfahre die minimalinvasive durch die 3D-Laparoskopie einen regelrechten Push. Der Einsatz der roboterassistierten Chirurgie bei Prolaps-Operationen werde „nur durch die noch deutlich über den diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, kurz DRG) liegenden Kosten gebremst“.

Beckenbodentraining vor der Prostataresektion

„Grundsätzlich ist aber bei einer Belastungsinkontinenz das Beckenbodentraining nach wie vor das Therapieverfahren der ersten Wahl“, stellt Axel Haverkamp klar. Bei vielen Patienten – Frauen oder Männern – führe das zu deutlichen Verbesserungen. Aber auch dazu gibt es Neues: „Es scheint hilfreich zu sein, wenn Männer schon vor der Prostataresektion mit dem Beckenbodentraining beginnen. Einige Studien belegen einen positiven Effekt.“ Insgesamt sei die Datenlage in diesem Punkt jedoch nicht eindeutig.

Eine Liste der Kontinenz- und Beckenboden-Zentren bieten die Webseiten der Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. (www.kontinenz-gesellschaft.de)

01.02.2015 22:36:34, Autor: Arndt Petry, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/154379>