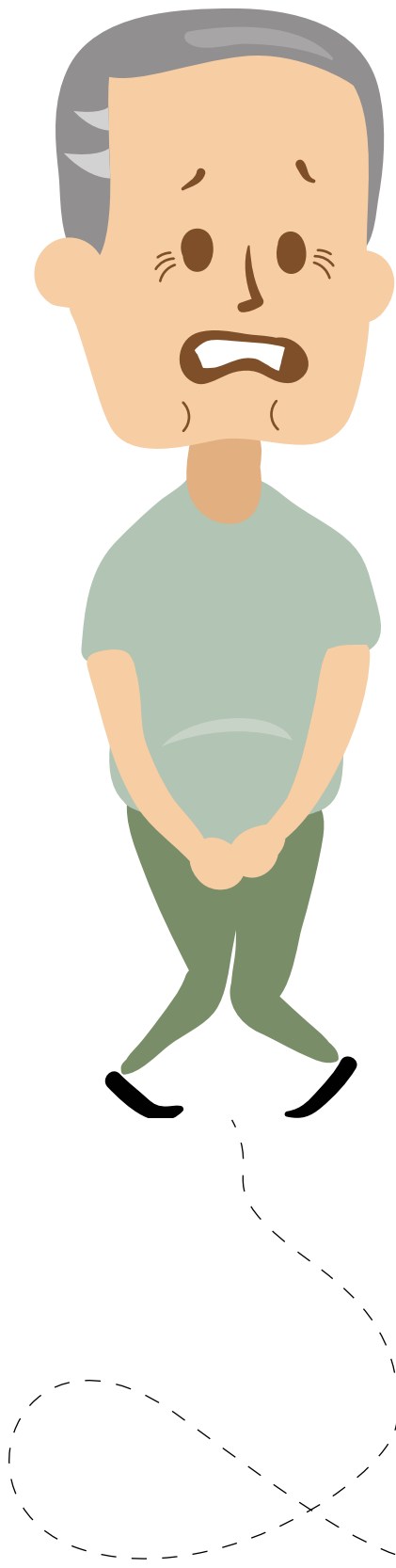


Sturm und Drang

Immer noch ein Tabuthema: **HARNINKONTINENZ** – dabei gibt es gute Behandlungsmöglichkeiten, die sich nach Art der Funktionsstörung richten



Wenn die Blase nicht in der Lage ist, den von den Nieren produzierten Urin sicher zu speichern und Menschen deshalb ungewollt Urin verlieren, sprechen Mediziner von einer Harninkontinenz. Sie kann als Folgeerscheinung anderer Erkrankungen auftreten, aber auch das Ausmaß einer eigenen Krankheit annehmen. Harninkontinenz ist immer noch ein Tabuthema. Patienten benötigen aus Scham meist viele Jahre, ehe sie sich einem Arzt anvertrauen, sagt Daniela Schultz-Lampel, die Direktorin und Cheffärztin des Kontinenzentrums Südwest am Schwarzwald-Baar-Klinikum in Villingen-Schwenningen. Dabei ist Harninkontinenz keine seltene Erkrankung. Experten schätzen, dass rund zehn Prozent der Deutschen in unterschiedlich starker Ausprägung davon betroffen sind.

Inkontinenz ist nicht gleich Inkontinenz. Sie kann verschiedene Ursachen haben, die unter anderem abhängig vom Geschlecht sind. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, in der Altersgruppe von 35 bis 65 Jahren sind sogar rund 80 Prozent der darunter Leidenden weiblich. Dieses Verhältnis ändert sich jedoch in späteren Lebensphasen. »Im Alter sind beide Geschlechter etwa gleich betroffen«, sagt Schultz-Lampel.

Bei jüngeren Menschen kommt Inkontinenz allgemein seltener vor als bei älteren. Vor allem Frauen können jedoch auch schon früh im Leben betroffen sein, der Grund ist ihre Anatomie. Der Beckenboden, der das Becken nach unten hin verschließt und die Schließmuskeln von Harnröhre und Darm

unterstützt, ist bei Frauen und Männern unterschiedlich stark. Während das Gespinn aus Muskeln, Bändern und Bindegewebe bei Männern kompakt und kräftig ist, wird es bei Frauen durch die Scheide geschwächt. Vor allem aber ist der weibliche Beckenboden elastischer und nicht so fest wie der männliche, da er in der Lage sein muss, sich bei Schwangerschaft und Geburt zu dehnen.

BELASTUNGSINKONTINENZ

Bereits während der Schwangerschaft steht der weibliche Beckenboden unter einer erheblichen Druckbelastung. Bei der Entbindung kann er zusätzlich mechanische Schädigungen erleiden. Ist die Muskulatur davon zu sehr geschwächt, »dann können Schließmuskel und Beckenboden die Harnröhre nicht mehr schließen«, sagt Schultz-Lampel, die auch dem Expertenrat der Deutschen Kontinenz Gesellschaft angehört. Wenn der Druck im Bauchraum plötzlich steige, wie es zum Beispiel beim Heben schwerer Lasten, beim Lachen, Husten oder Niesen geschehe, könne diese Beeinträchtigung des Schließmuskels dazu führen, dass die betroffenen Frauen Urinspritzer verlieren. Man spricht dann von Belastungsinkontinenz. Sie ist bei Frauen die am häufigsten vorkommende Form.

DRANGINKONTINENZ

Bei Männern hat Inkontinenz in der Regel andere Ursachen, zum Beispiel eine gutartige Vergrößerung der Prostata. Experten schätzen, dass mit 60 Jahren jeder zweite Mann unter einer solchen leidet. Ist die Prostata so groß, dass sie von unten die Blase eindrückt, kann das dazu führen, dass die Männer ihre Blase

nicht mehr vollständig entleeren können. Es verbleibt immer ein Restharn, der schnell wieder zu Harndrang führt – zu einer sogenannten Drangsymptomatik, bei der die Patienten ständig zur Toilette laufen. Die Dranginkontinenz ist die zweite weitverbreitete Form der Harninkontinenz.

ÜBERLAUFINKONTINENZ

Entscheidend sei jedoch auch, in welche Richtung sich die Prostata ausdehne, sagt Urologin Schultz-Lampel. Wenn sich das auch Vorsteherdrüse genannte Organ nach außen, also weg von der Harnröhre ausdehnt, muss sich ihr Wachstum nicht auf die Blasenfunktion auswirken. Problematisch wird es hingegen, wenn sie sich in Richtung der Harnröhre entwickelt, die sie umgibt. Denn dann engt sie diese möglicherweise ein. Die Folge: Der Urin wird beim Abfluss aus der Blase behindert, die Blase nicht vollständig entleert.

Häufig ist der Harnstrahl abgeschwächt. Restharn verbleibt auch nach dem Toilettengang in der Blase und sammelt sich. Ist die Blase gefüllt und der Druck entsprechend groß, tröpfelt Urin heraus. Das bezeichnet man als Überlaufinkontinenz. Wenn sich besonders viel Harn in der Blase sammelt, kann der Rückstau sogar die Nieren erreichen und dort Schmerzen verursachen.

ALTERSINKONTINENZ

Mit zunehmendem Alter steigt allgemein das Risiko der Inkontinenz. Die typische »Altersinkontinenz« betrifft beide Geschlechter gleichermaßen. Die Nervenverbindungen zwischen Gehirn und Harnblase funktionieren in dieser Lebensphase oftmals nicht mehr problemlos. »Die Funktion der den Harndrang hemmenden Nervenbahnen werden im Alter schlechter und der Nerv durch Krankheiten geschädigt«, sagt Schultz-Lampel.

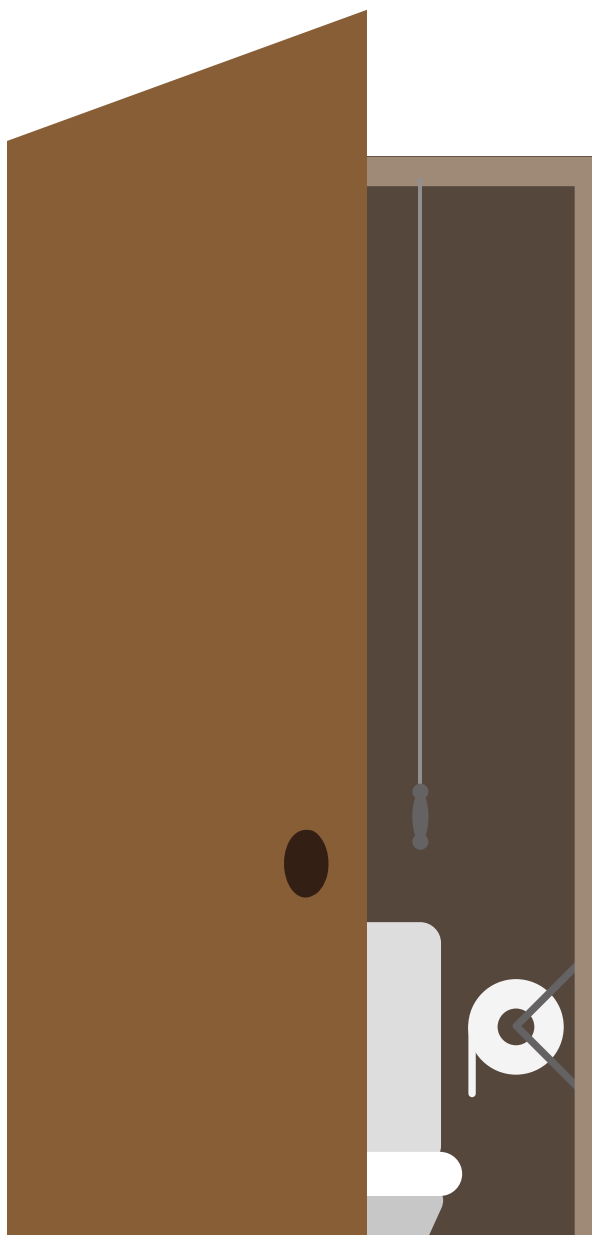
Die zuständigen Nervenbahnen verlaufen vom Gehirn über den unteren Rücken zur Blase und zum Schließmuskel. Neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Parkinson oder Operationen an der Wirbelsäule können Schäden an den Nervenbahnen verursachen. Darunter leidet die Kontrolle des Harntraktes durch das Gehirn, das heißt, Betroffene können ihre Blase nicht mehr eigenständig steuern. Auch dann kann sich eine Dranginkontinenz entwickeln.

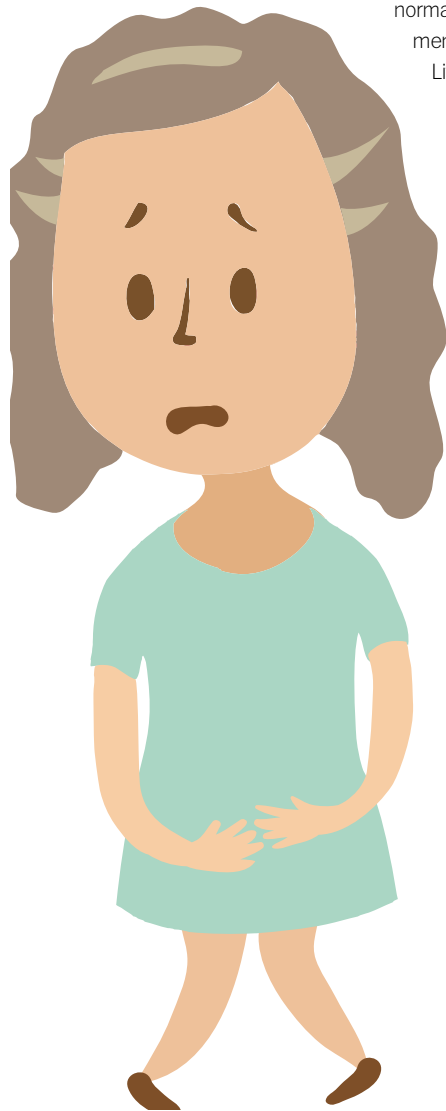
Der Harndrang tritt bei dieser Form sehr plötzlich und unvermittelt auf, und zwar auch dann, wenn die Blase gar nicht richtig gefüllt ist. »Der Patient muss dann ganz schnell zur Toilette«, sagt Urologin Schultz-Lampel.

Oft kommt der Harndrang sogar derart überfallartig, dass es den Betroffenen nicht möglich ist, die Toilette noch rechtzeitig zu erreichen. Den Urin verlieren sie ungebremst im Schwall. So eine hypersensitive Blase kann auch durch Infekte oder Entzündungen in der Blase entstehen.

DIAGNOSE

Zur Diagnose empfehlen Experten wie Schultz-Lampel neben einer ausführlichen Anamnese für einige Tage ein Trink- und Blasantagebuch zu führen, in dem man notiert, wann man welche Menge getrunken ➤





hat, wie oft und zu welchen Zeiten man auf die Toilette musste und wie viel Urin man gelassen hat. »Achtmal am Tag und bis zu zweimal nachts« nennt die Expertin als Richtwert für die normale Frequenz des Toilettengangs. Ausnahmen gibt es: Wer zum Beispiel vier bis fünf Liter Wasser am Tag trinke, was insbesondere unter Sportlern verbreitet sei, der müsse durchaus häufiger als achtmal täglich zur Toilette, ohne dass das behandlungsbedürftig wäre.

Wenn diese Art der Diagnostik noch keine ausreichenden Ergebnisse liefert, nutzen die Ärzte andere Verfahren. Dabei sind die Symptome entscheidend. Bei Verdacht auf eine Beckenbodenschwäche messen Ärzte den Schließmuskeldruck, ein Ultraschall kann Aufschluss über die Kapazität und Füllung der Blase sowie über die Lage der Organe und mögliche Organsenkungen geben. Handelt es sich eher um eine Drangsymptomatik, findet bei Männern eine rektale Tastuntersuchung statt, bei der der Arzt mit dem Finger Position und Größe der Prostata ermittelt. Zudem kann eine Ultraschalluntersuchung zeigen, ob die Prostata möglicherweise Druck auf die Blase ausübt oder die Harnröhre einengt.

Ein wichtiges Instrument, um zu klären, ob es sich um eine überaktive Harnblase handelt, ist die Blasendruckmessung. Dabei füllt der Arzt die Blase über einen Messkatheter mit Flüssigkeit auf und misst, wie sich der Druck während dieses Prozesses verändert und ob es zu plötzlichen Druckveränderungen kommt. Anschließend ermittelt er die Stärke des Harnstrahls, um die Harnröhre auf Abflusshindernisse zu prüfen.

THERAPIE

Auch die Behandlung hängt von der Form der Inkontinenz ab. Besteht eine Funktionsstörung am Schließmuskel, ist intensives Beckenbodentraining unter Anleitung eines Physiotherapeuten meist ausreichend, um die Muskulatur zu stärken und die Funktion des Muskels wiederherzustellen oder zumindest wesentlich zu verbessern. Neue Behandlungsmethoden ermöglichen ein

solches Training auch mittels vaginaler oder rektaler Elektrostimulation. Dabei wird eine Sonde eingeführt, die Strom führt und so den Beckenboden kontrahieren lässt.

Wenn die konservative Therapie nicht hilft, können in einer kleinen OP spannungsfreie Bänder unter die Harnröhre gelegt werden, die den Verschluss der Blase bei Belastung unterstützen. Diese Methode wird auch bei Männern angewendet, die nach einer radikalen Prostataentfernung unter Inkontinenz leiden. In besonders schweren Fällen kann ein künstlicher Schließmuskel eingesetzt werden.

Bei einer überaktiven Blase ist hingegen eher die Gabe von Medikamenten aus der Gruppe der Anticholinergika angezeigt. »Diese beruhigen die Nerven der Blase und verhindern, dass sich die Muskulatur zusammenzieht«, sagt Daniela Schultz-Lampel. Allerdings helfen diese Medikamente nur in 60 bis 65 Prozent der Fälle.

Und sie haben Nebenwirkungen zum Beispiel auf die kognitiven Fähigkeiten. Das kann gerade bei Demenz-Patienten Probleme verursachen. Besser verträglich könnte das Medikament mit dem Wirkstoff Mirabegron aus der Gruppe der Beta3-Adrenozeptor-Agonisten sein, das seit 2017 wieder auf dem Markt ist.

Wenn die medikamentöse Standardtherapie nicht zum Erfolg führt, können Ärzte Botulinumtoxin A verwenden, besser bekannt als Botox. Das Nervengift, das man eher mit straffen Gesichtszügen in Verbindung bringt, wirkt auch gegen Symptome einer überaktiven Blase. Dafür wird es bei einer Blasen Spiegelung direkt in die Blasenmuskulatur injiziert, »das lähmt den Muskel«, sagt Schultz-Lampel.

Ehe sich die gewünschte Wirkung einstellt, können zwei bis vier Wochen vergehen. Die Behandlung mit Botox muss in der Regel nach gut einem halben Jahr wiederholt werden, weil die Wirkung nachlässt. Bei dieser Methode müssen Patienten nach der Behandlung aufmerksam sein, denn bei einer hohen Dosierung kann der Patient insbesondere in der ersten Zeit nach der Injektion Probleme haben, seine Blase überhaupt zu leeren. Dann muss die Entleerung vorerst regelmäßig über einen Katheter erfolgen.

Eine neue Methode ist die Implantation eines Blaseschrittmachers. Dieser stimuliert über elektrische Impulse die Nerven, die die Blase steuern. HAUKE HOHENSEE