3.4.2 Prätherapeutische Diagnostik

Obligate Diagnostik

- Anamnese zur Erfassung des Inkontinenztyps
- klinische Untersuchung (abdominal, perineal, rektal)
- bei Frauen vaginale Einstellung mit Erfassung des Oxford-Gradings zur Quantifizierung der Beckenbodenkontraktilität, Bonney-Test bei Belastungsinkontinenz
- neurourologischer Status
- Urinsediment/Urinkultur (Harnwegsinfekt? Proteinurie i. S.e. Nierenbeteiligung? Mikrohämaturie i. S.e. V. a. Blasentumor?)
- Miktionstagebuch über 3 Tage (Miktionsfrequenz, Miktionsvolumina, Vorlagenverbrauch)
- Fragebögen (Lebensqualität, z. B. ICIQ-U1-SF) QUID
- Sonografie (Blase, Restharn, Nieren, Prostata; bei Frauen perineale Sonografie zur Erfassung der Harnröhrenmobilität, der Blasenhalsöffnung sowie eines Beckenbodendefekts)
- Labor (Kreatinin, GFF)
- Pad-Test (1 h/24 h; Schweregradeinteilung)

Fakultative Diagnostik

Bei komplizierter Harninkontinenz oder Versagen der konservativen Therapie:
- Urethrozystoskopie
- (Video-)Urodynamik, bei Frauen mit Urethradruckprofil
- neurophysiologische Tests (V. a. neurogene Blasenfunktionsstörung)
- Bildgebung des unteren und oberen Harntrakts

3.4.3 Konservative Therapie

Lebensstilmodifikation

Lebensstilmodifikationen sind obligater Bestandteil vor sowie begleitend zur medikamentösen Therapie bei jedem Inkontinenztyp:
- BMI-Optimierung (> 5 % Gewichtsverlust optimiert Harninkontinenz)
- Vermeidung schwerer körperlicher Belastung
- Trinkmengenreduktion
- Koffeinreduktion zur Verbesserung der Urgency-Frequency-Symptomatik, keine Verbesserung der Harninkontinenz
- Darmregulation (Therapie von Obstipation und Diarrhoe)
- Verhaltenstherapie mit Miktion nach der Uhr
- Therapieoptimierung symptomverstärkender Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, COPD, neurologischer Erkrankungen (z. B. Apoplex, MS), Schlafstörungen (SAS)
- Prüfen und Anpassen Inkontinenz-verstärkender Basismedikation (α-Blocker können Harninkontinenz verursachen oder verschlimmern bei Frauen, Diuretika, systemische Hormontherapie bei Frauen, Psychopharmaka)

Speziell bei Belastungs- und Mischinkontinenz:
- Beckenbodengymnastik + ggf. Biofeedback oder Elektrostimulationstherapie über mindestens 3 Monate
- Pessartherapie bei Prolaps bzw. Belastungsinkontinenz zur Wiederherstellung der physiologischen Urethralage und Optimierung der Drucktransmission, temporär bis zur operativen Sanierung oder als Alternative bei nicht operationsfähigen oder hierzu nicht gewillten Patientinnen

Medikamentöse Therapie

Bei Belastungs- bzw. Mischinkontinenz mit führender Belastungskomponente

Topische (vaginale) Östrogenisierung bei Frauen

► **Indikation.** Belastungs- und Dranginkontinenz bei postmenopausalen Frauen mit vaginaler Atrophie, rezidivierenden Harnwegsinfekten, Dyspareunie (Empfehlung Grad A gemäß den EAU-Guidelines)

► **Wirkmechanismus**
- Optimierung der urogenitalen Durchblutung, Epithelproliferation
- Erhöhung der Sensibilität der α-Rezeptoren am Blasenhals und Urethra
- Senkung des mechanosensorischen Schwellenwerts des Blasentrigonums (Erhöhung der Blasenkapazität)

► **Dosierung**
- Eindosierung notwendig von 0,5 mg Estriol (Vaginaltabletten, Cremes, Ovula) 1 × tägl. über 14 Tage, danach 2 × pro Woche
- Dosisreduktion bei systemischen Nebenwirkungen wie z. B. Brustspannen

aus: Heidenreich u. a., SOPs in der Urologie (ISBN 9783132013919) © 2015 Georg Thieme Verlag KG

▶ **Kontraindikationen**
- Lebererkrankungen
- hormonabhängige Mamma-/Uterustumoren
- Endometriumhyperplasie
- Z. n. Thromboembolien
- Pankreatitis
- Porphyrie
- schwere Hypertonie

Serotoninwiederaufnahmehemmer Duloxetin (Yentreve)

▶ **Indikation**
- Belastung-/Mischinkontinenz nach Versagen von Beckenbodengymnastik bzw. topischer Östrogenisierung und Lebensstilmodifikation bei Frauen
- Off-Label bei Männern (Empfehlung Grad B gemäß den EAU-Guidelines)

▶ **Wirkmechanismus.** Inhibition der Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahme des Nucleus Onuf des Sakralmarks → Konzentrationserhöhung der Transmitter im synaptischen Spalt → Stimulation von Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren der pudendalen Motoneurone: Erhöhung des Tonus und der Kontraktionskraft des urethralen Sphinkters

▶ **Dosierung.** Eindosierung: 1 × 20 mg für 1 Woche, danach 2 × 20 mg, später 2 × 40 mg (max. 120 mg/Tag) wegen Übelkeit/Erbrechen bei ca. 40 %

▶ **Nebenwirkungen.** Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Mundtrockenheit, Insomnie, Obstipation, Schwindel, Diarrhoe, Angst, Libidoverlust, Anorgasmie, Kopfschmerzen, Tremor, Verschwommensehen, Nervosität, Schwitzen, Lethargie, Pruritus, Schwäche

▶ **Kontraindikationen**
- Leberfunktionsstörungen
- Schwangerschaft/Stillzeit

β- und α-Adrenergika

▶ **Indikation.** Belastungsinkontinenz; **keine** Leitlinienempfehlung

▶ **Wirkmechanismus**
- α-Adrenergika (Midodrin): Tonuserhöhung der glatten Urethramuskulatur

▶ **Dosierung**
- Midodrin 3 × 10 mg

▶ **Nebenwirkungen**
- Hypertonie
- Tachykardie
- Herzrhythmusstörungen

Tab. 3.6 Peroral zu verabreichende Antimuskarinergika bei Drang- bzw. Mischinkontinenz mit führender Drangkomponente.

Wirkstoff	Handelsnamen	Rezeptor-selektivität	Zusätzliche Wirkungen	Besonderheiten	Dosierung pro Tag
Flavoxat	Spasuret	–	Ca-antagonistisch, lokalanästhetisch	OTC, Effektivität fraglich	3–4 × 200 mg
Propiverin	Mictonetten, Mictonorm, Propimedac, Propiverin HEXAL Mictonorm uno	M2/M3	Ca-antagonistisch, lokalanästhetisch	–	2–3 × 5 mg, 2–3 × 15 mg 1 × 45 mg
Oxybutynin	Cystonorm, Dridase, Oxybutynin, Spasyt	M2/M3	lokalanästhetisch	hohe Nebenwirkungsrate	3 × 2,5–5 mg
Trospium-chlorid	Spasmex, Spasmolyt, Spasmo-Urgenin, Trospi, Urivesc	M2/M3	myotrop-relaxierend	keine Passage der Blut-Hirn-Schranke, keine ZNS-NW	2–3 × 15 mg, 2 × 30 mg 1 × 60 mg
Tolterodin	Detrusitol, Detrusitol retard	M2/M3	–	–	2 × 1–2 mg, 1 × 4 mg
Fesoterodin	Toviaz	M2/M3	–	–	1 × 4–8 mg
Darifenacin	Emselex	M3	–	Obstipation häufig	1 × 7,5–15 mg
Solifenacin	Vesikur, Vesicare	M3	–	–	1–2 × 5–10 mg

aus: Heidenreich u. a., SOPs in der Urologie (ISBN 9783132013919) © 2015 Georg Thieme Verlag KG

Bei Drang- bzw. Mischinkontinenz mit führender Drangkomponente

Antimuskarinergika

▶ **Indikation.** Drang-/Mischinkontinenz (Empfehlung Grad A gemäß den EAU-Guidelines)

▶ **Wirkmechanismus**

- M2-(80 %) und M3-(20 %)Rezeptoren für die Detrusorkontraktion verantwortlich
- durch Inhibition der Detrusormuskulatur Steigerung der Blasenkapazität

▶ **Präparate**

- Die peroral zu verabreichenden Antimuskarinergika sind in ▶ Tab. 3.6 aufgeführt.
- transdermale Applikation von Oxybutinin (Kentera-Pflaster 3,9 mg/24 h, Wechsel alle 3–4 Tage): weniger systemische Nebenwirkungen, aber häufig allergische Hautreaktionen
- bei älteren Patienten:

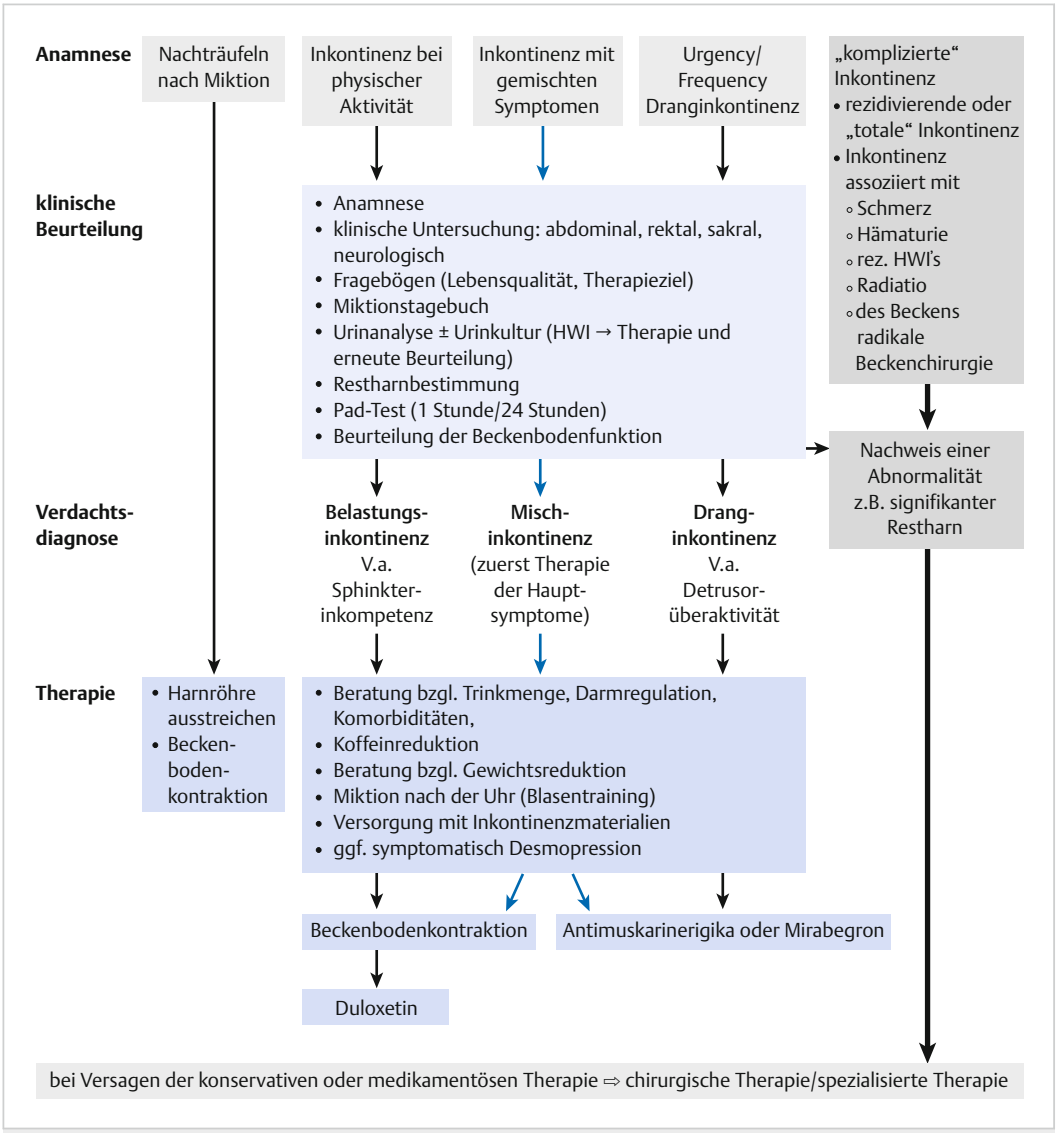

Abb. 3.2 Nicht neurogene Harninkontinenz. Initiales Management beim Mann [1]; [15].

aus: Heidenreich u. a., SOPs in der Urologie (ISBN 9783132013919) © 2015 Georg Thieme Verlag KG

- keine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten durch Tolterodin oder Trospiumchlorid
- keine vermehrte kognitive Dysfunktion unter Solifenacin, Darifenacin oder Fesoterodin
- regelmäßige Kontrolle der kognitiven Fähigkeiten erforderlich

▶ **Nebenwirkungen**
- Mundtrockenheit
- Obstipation
- Akkommodationsstörungen
- Mydriasis
- Tachykardien
- zentralnervöse Nebenwirkungen

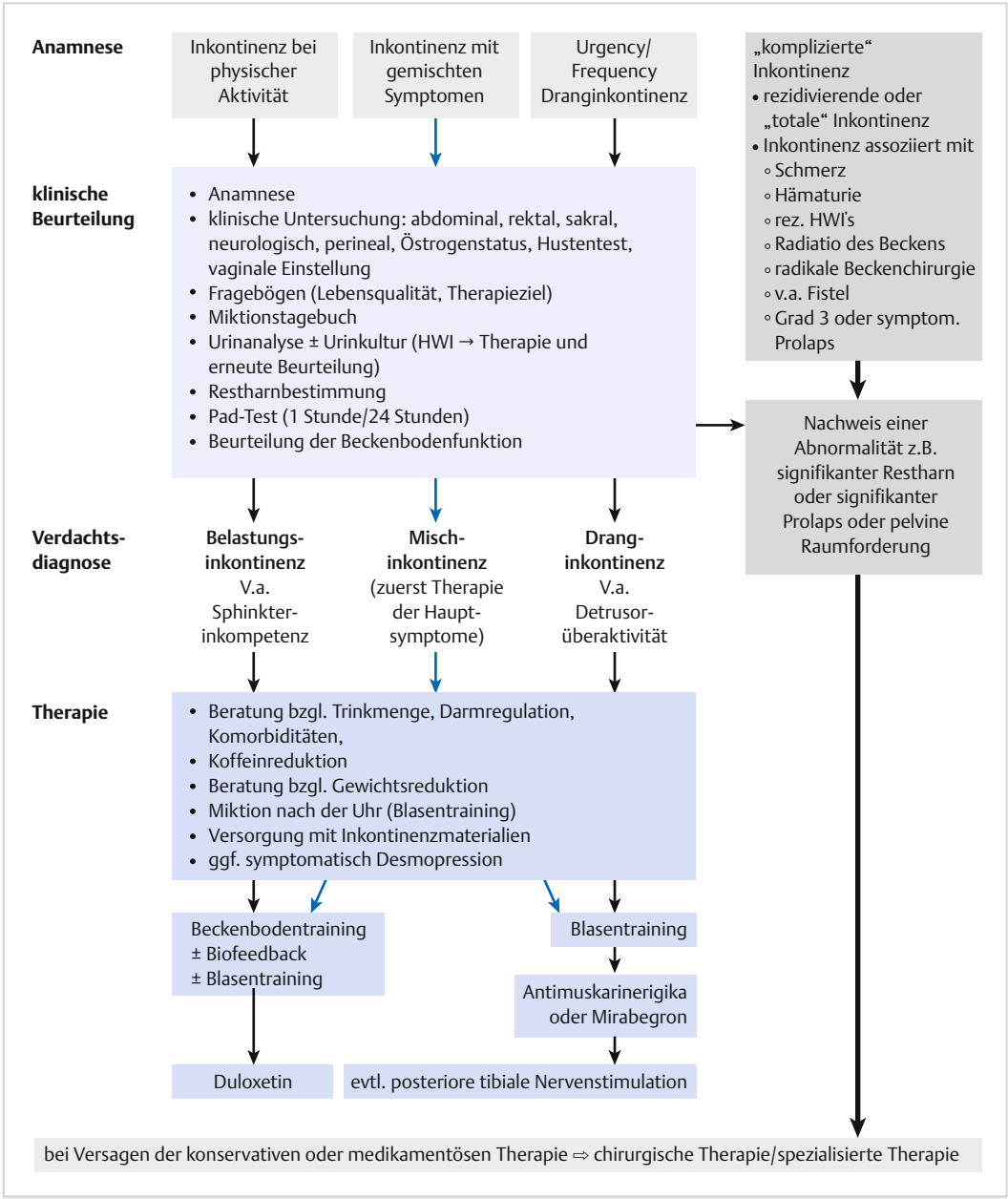

Abb. 3.3 Nicht neurogene Harninkontinenz. Initiales Management bei der Frau [1]; [15].

aus: Heidenreich u. a., SOPs in der Urologie (ISBN 9783132013919) © 2015 Georg Thieme Verlag KG