

Belastungsinkontinenz

Ein Überblick für Frauen

1. Was ist Belastungsinkontinenz?
2. Wie funktioniert eine normale Blase?
3. Warum bekommt man Belastungsinkontinenz?
4. Wie wird Belastungsinkontinenz diagnostiziert?
5. Welche Untersuchungen sind notwendig?
6. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Was ist Belastungsinkontinenz?

Als Belastungsinkontinenz wird ein unfreiwilliger Urinverlust z.B. bei sportlichen Aktivitäten oder beim Husten, Niesen, Heben, oder Lachen bezeichnet. Ungefähr 10 - 20% der Frauen sind betroffen, aber nur die wenigsten wissen, dass es einfache Behandlungsmöglichkeiten gibt. Belastungsinkontinenz kann das tägliche Leben, die Lebensqualität, persönliche Beziehungen und sportliche Aktivitäten erheblich einschränken.

Wie funktioniert eine normale Blase?

Unsere Fähigkeit, Urin zu speichern und auf Abruf zu entleeren, wird vom Gehirn gesteuert unter Mitwirkung von Blase und Harnröhre, sowie den Muskeln und den Nerven im Beckenboden. Wenn die Blase Urin produziert und speichert, entspannt und erweitert sich die Blasenwand (Blasenmuskel), um den Urin aufnehmen zu können. Ist die Blase zu einem bestimmten Teil gefüllt, gibt sie ein Signal, den Harndrang. Erst wenn Ort und Zeit geeignet sind, signalisiert das Gehirn dem Beckenboden sich zu entspannen und dem Blasenmuskel sich zu kontrahieren, damit der Urin abfließen kann. Die typische Blase muss ungefähr 4-7 mal am Tag und gar nicht oder einmal pro Nacht geleert werden. Die Harnröhre und die Blase werden vom Beckenboden unterstützt, der während der Belastung beim Husten oder bei sportlichen Aktivitäten z.B. durch entsprechende Kontraktion vermeidet, dass Urin abläuft. Wenn diese Muskeln schwach sind oder beschädigt, kann es zum unfreiwilligen Urinverlust kommen.

Warum bekommt man Belastungsinkontinenz?

- Schwangerschaft und Geburt
 - Übergewicht, chronischer Husten, häufiges schweres Heben
 - Verstopfung
- Diese Faktoren können zu einem erhöhten Druck im Bauchbereich und so zur Entstehung Belastungsinkontinenz beitragen.
- Vererbung oder genetische Vorbelastung

Wie wird Belastungsinkontinenz diagnostiziert?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie genau befragen, z.B. nach den Aktivitäten, die zum Urinverlust führen. Meistens werden sie vaginal untersucht, um Senkungszustände und andere Probleme zu erkennen und der Beckenboden wird abgetastet. Frauen mit Belastungsinkontinenz haben häufig auch andere Probleme mit der Blase, wie Dranginkontinenz. Es ist wichtig, alle Symptome zu besprechen.

Welche Untersuchungen sind notwendig?

- Vaginale und ggf. rektale Untersuchung.
- Um den Urinverlust zu sehen, werden Sie eventuell zum Husten aufgefordert, während Ihre Blase gefüllt ist.
- Um Angaben über Ihre Trinkmenge, die Häufigkeit von Blasenentleerung und Urinverlust sowie Menge des gelassenen Urins zu erhalten, werden Sie eventuell gebeten, ein sogenanntes Blasentagebuch ausfüllen.
- Eventuell wird ein Blasenfunktionstest (Urodynamik) vorgeschlagen. Hiermit können Blasenfüllkapazität, Sensibilität, Ihre Wahrnehmung der Füllung, Ursachen des Urinverlustes und die genauen Vorgänge beim Wasserlassen überprüft werden.
- Mit einem Ultraschall können sowohl die Restmenge von Urin in der Blase nach dem Wasserlassen (Restharn) als auch die anatomischen Gegebenheiten von Harnblase, Harnröhre und Beckenboden dargestellt werden.
- Mit einem Schnelltest kann man eine Blasenentzündung erkennen.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen die für Sie in Frage kommenden Optionen vorstellen. Wahrscheinlich werden Ihnen als erstes konservative, also nicht-operative, Methoden angeboten.

Worauf Sie achten sollten

Trinken Sie genügend, um 4-6 mal am Tag auf Toilette zu müssen (ungefähr 1,5 - 2 Liter am Tag.) Bleiben Sie

in Form, treiben Sie regelmässig Sport und vermeiden Sie Übergewicht. Vermeiden Sie alles, was zu Verstopfung führen könnte und verzichten Sie aufs Rauchen.

Beckenbodentraining

Beckenbodentraining kann die Symptome der Belastungsinkontinenz erheblich verringern. Fast 75% der Frauen zeigen eine Verbesserung in internationalen Studien. Voraussetzung ist, dass überprüft wurde, dass Sie den Beckenboden richtig anspannen können und die Übungen korrekt ausführen. Beckenbodenübungen müssen ins tägliche Leben integriert werden (z.B. Beckenbodenanspannung vor dem Husten oder Aufstehen), um optimale Ergebnisse zu erzielen. Eine Physiotherapeutin kann Ihnen beim Lernen und der Ausführung der Übungen helfen. Falls Sie auch unter Dranginkontinenz leiden, kann zusätzlich auch ein sogenanntes Blasentraining helfen, bei dem die Blase langsam trainiert wird, grössere Urinmengen zu halten.

Kontinenzhilfen

Es gibt von der Industrie gefertigte Spezialtampons und sogenannte Pessare (Vaginalring z.B.), die in die Vagina eingeführt werden und helfen, den Urinverlust zu vermeiden. Diese können z.B. vor dem Sport eingeführt werden oder, im Fall eines Ringpessares, auch dauerhaft getragen werden. Auch ein großer Menstruationstampon kann für manche Frauen hilfreich sein. Diese Möglichkeiten sind gut für Frauen geeignet, deren Urinverlust nur bei bestimmten Tätigkeiten auftritt oder die eine Operation (noch) nicht wünschen.

Ich habe die Übungen gemacht, aber sie haben nicht geholfen. Welche operativen Optionen gibt es?

Das Ziel der Operation ist es, die Harnröhre zu unterstützen und z.B. schlaffes Bindegewebe zu ersetzen. Wenn Ihre Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist, muss eine Operation ausführlich abgewogen werden, da Ihnen dann zur Entbindung ein Kaiserschnitt empfohlen wird und auch schon die Schwangerschaft ein gutes Operationsergebnis beeinträchtigen kann.

Die Harnröhren-Schlinge („Bändchen-Op“)

Vor 1993 war die Operation der Belastungsinkontinenz mit einem Bauchschnitt verbunden. Heutzutage ist es dagegen üblich, ein permanentes Band unter die Harnröhre zu legen. Diese Schlinge unterstützt die Harnröhre beim Husten, Niesen und Sport. Dazu ist nur ein kleiner Schnitt in der Vagina unterhalb der Harnröhre notwendig und die Schlinge kann dann auf verschiedene Weise verlaufen:

(Retropubische) Schambein-Schlingen: sie verlaufen unter der Harnröhre und hinter dem Schambein und werden oberhalb des Schambeines durch zwei kleine Schnitte hinausgeführt.

(Retropubische) Schambein-Schlingen



(Transobturatorische) Hüftloch-Schlingen: verlaufen unter der Harnröhre und werden durch je einen Schnitt rechts und links in der Leiste hinausgeführt.

(Transobturatorische) Hüftloch-Schlingen



Einzel-Schnitt-Schlingen: sind unter der Harnröhre und seitlich oder oberhalb mit dem Gewebe befestigt und werden nicht durch die Haut geführt. Allerdings gibt es zum Erfolg dieser Methode nur wenige Studien.

80-90% der Frauen, die mit dieser Bändchen- oder Harnröhren-Schlingen Operationen behandelt wurden, sind entweder vollständig geheilt oder deutlich verbessert hinsichtlich der Belastungsinkontinenz. Die Einzel-Schnitt-Schlingen-OP ist relativ neu und es gibt noch keine verlässlichen Daten.

Diese Schlingen-Operationen sind nicht zur Therapie der Dranginkontinenz geeignet, dennoch spüren fast die Hälfte aller Frauen eine Verbesserung der Drangsymptome nach der OP. Nur 5% finden, dass es nach der OP schlimmer geworden ist.

Die meisten Frauen erholen sich von der Operation innerhalb von 2 bis 4 Wochen. Manche verspüren einen leichten Schmerz im Unterleib für ein paar Wochen. Auch ein leichtes Bluten aus der Scheide für 7 - 10 Tage ist nicht ungewöhnlich.

Burch Kolposuspension

Diese Operation galt für lange Zeit als die Standardbehandlung für die Belastungsinkontinenz. Sie wird entweder durch einen 10-12cm langen Schnitt im Unterbauch oder als Bauchspiegelung (Schlüssellochtechnik, minimal-invasiv) durchgeführt. Bei dieser Operation wird durch 4-6 Nähte das Bindegewebe unter der Blase seitlich am Schambein verankert, um Blase und Harnröhre Halt zu geben und so den Urinverlust zu vermeiden. Die Erfolgsraten sind wie bei den Schlingen-Operationen, wie Langzeitstudien belegen konnten. Ähnliche Resultate werden von erfahrenden Operateuren auch bei der Bauchspiegelung erzielt.

Harnröhrenumspritzung

Bestimmte Quellwirkstoffe können um die Harnröhre gespritzt werden, um sie dichter zu machen. Sie schließen die Harnröhre oder verringern ihren Durchmesser. Es gibt verschiedene Mittel, die gespritzt werden können. Es wird entweder in die Haut neben der Harnröhre oder direkt in die Harnröhre gespritzt. Die OP ist kurz und kann mit Vollnarkose oder nur mit lokaler Betäubung erfolgen. Nach der OP kann es beim Wasserlassen zu einem leichten Brennen kommen. Obwohl teilweise gute Resultate mit dieser Methode erzielt werden, ist die Erfolgsrate bei den Schlingen-Operationen deutlich besser. Manchmal müssen die Injektionen wiederholt werden. Komplikationen können auftreten und sind je nach Wirkstoff unterschiedlich und sollten ausführlich besprochen werden.



Die Informationen in dieser Broschüre sind zu Bildungszwecken zusammengestellt worden. Sie können nicht die von einem Arzt und/oder Physiotherapeuten initiierte Diagnostik und Therapie ersetzen. Grundsätzlich sollte ein Arzt aufgesucht werden, wenn Sie Beckenbodenprobleme haben.



Aus dem Englischen von:
PD Dr. Kaven Baessler, Leiterin Beckenbodenzentrum Charité
Charité Universitätsmedizin
Hindenburgdamm 30 | 12203 Berlin