



Weibliche Belastungsinkontinenz- Update Behandlungsverfahren

Dr. Nicole Lövin



Quellenangaben

- Guidelines der European Association of Urology (EAU, 2013)
- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2013) getragen durch:

Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und
Plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB)
Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie Schweiz (AUG)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Österreichische Gesellschaft für Urologie
u.a.



Inhalt

- Definition
- Epidemiologie
- Diagnostik
- Therapie → konservativ
 - operativ
 - Methodenvergleich
 - Therapiewahl



Epidemiologie

- Stressinkontinenz: bis zu 42 % der Frauen

abhängig von: Alter und Parität (erstes Kind gravierender als die nachfolgenden), (1)

- Auf jede Art der Inkontinenz hat ausserdem der BMI, Rauchen und Diabetes einen negativen Einfluss

(1): Hannestad YS, A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord Trøndelag. J Clin Epidemiol., 2000 Nov;53(11):1150-7.

Definition



Belastungsinkontinenz (Stressharninkontinenz) ist der unwillkürliche Urinverlust bei körperlicher Anstrengung, beim Niesen oder Husten. Klinisch ist sie demnach durch Harnaustritt aus der Urethra synchron zu körperlicher Anstrengung gekennzeichnet.

Diagnostik



- Anamnese, Fragebögen, Miktionsprotokoll, Klinische Untersuchung, Urinuntersuchung, Restharmessung, urogenitale Sonographie mit Beurteilung des Uterus und der Adnexen
- Urodynamik (Uroflowmetrie, Zystometrie und Urethradruckprofile), besonders bei Drang, Voroperationen oder bei Blasenentleerungsstörungen
- Zystoskopie (Drangsymptome, Entleerungsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfekte, Hämaturie)



Konservative Therapie

- **Östrogene: Intravaginal verabreichte Östrogene können eine Harninkontinenz bei postmenopausalen Frauen verbessern oder heilen.**

Die Therapiedauer und der beste Applikationsmodus sind unklar.

Ein Jahr nach systemischer E2- Gabe verdoppelt sich bei kontinenten Frauen die Prävalenz der Harninkontinenz im Vergleich mit der Placebogruppe. Bei inkontinenten Frauen besteht nach systemischer E2- Gabe im Vergleich zu Placebo eine 30% Wahrscheinlichkeit, dass sich die Inkontinenz verschlechtert.

Konservative Therapie

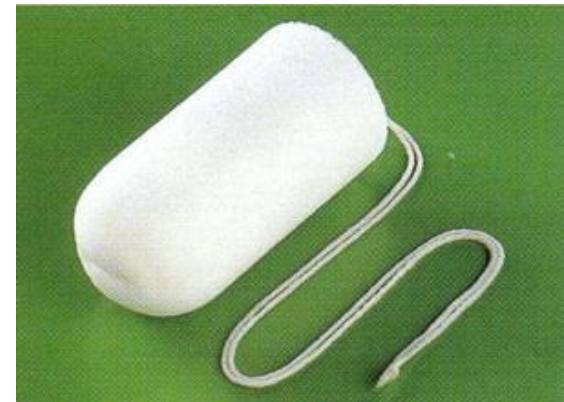


- Reduktion des Gewichtes: Übergewicht ist ein Risikofaktor für die Belastungsinkontinenz bei Frauen. Ein Gewichtsverlust um mehr als 5% verbessert die Inkontinenzbeschwerden. Übergewichtigen Patientinnen mit Harninkontinenz soll eine Gewichtsreduktion (>5%) empfohlen werden.

Konservative Therapie



- Pessartherapie:



Konservative Therapie



- Physiotherapie (in Einzelsitzungen):

Um der Patientin die Beckenbodenaktivität zu demonstrieren, kann der Einsatz eines apparativen Biofeedbackgerätes (Elektromyografie), des digitalen Tastbefundes oder eines Vaginalgewichtes (Vaginalkonen) sinnvoll sein.

Das angeleitete Beckenbodentraining sollte über mehr als drei Monate, kombiniert mit einem Blasentraining, durchgeführt werden.

Medikamentöse Therapie



Medikamente:

- Duloxetin (Cymbalta®): SSNRI zugelassen zur Behandlung von Depressionen, Schmerzen und Angststörungen. In der EU ist es (als Yentreve®) ausserdem bei mittelschwerer bis schwerer Belastungsinkontinenz zugelassen.

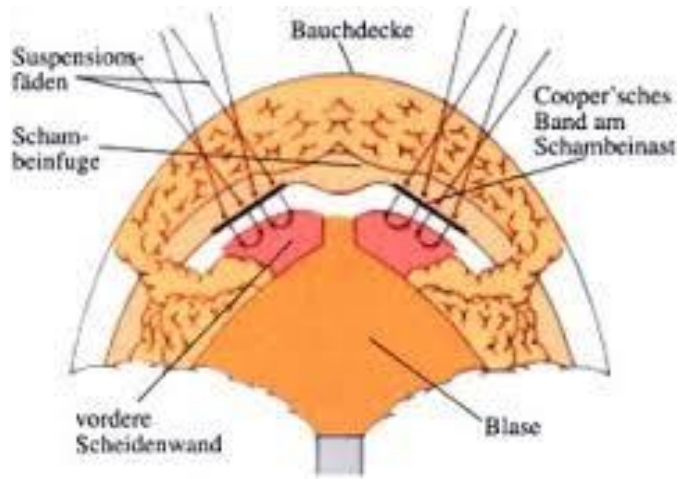
Die Inkontinenz wird hierbei nicht geheilt, aber die Beschwerden werden reduziert. Aufgrund hoher UAW's (Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Mundtrockenheit, Müdigkeit und Obstipation) soll die Therapie einschleichend begonnen werden.

- Imipramin (Tofranil®): Versuch bei Frauen mit Depression und Belastungsinkontinenz da es den Verschlussdruck des Urethralosphinkters erhöht.

Operative Therapien



- offene Kolposuspension nach Burch

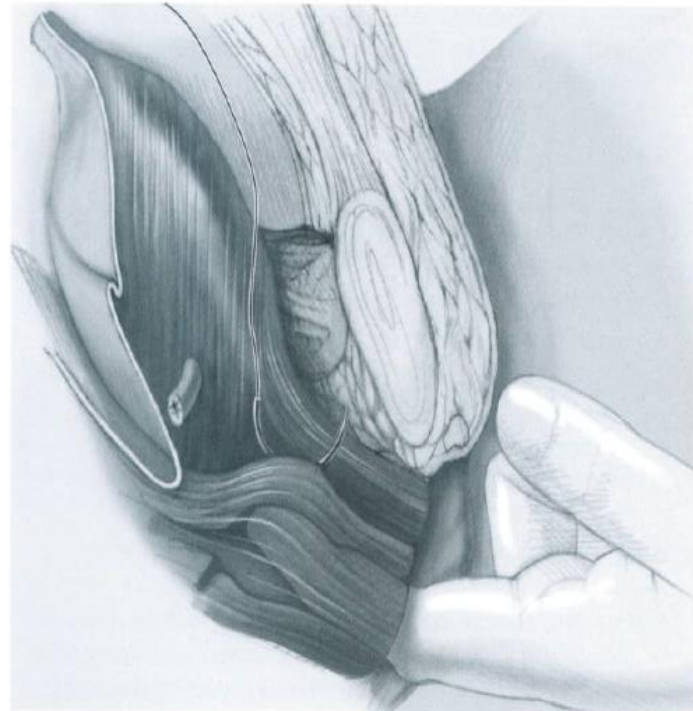
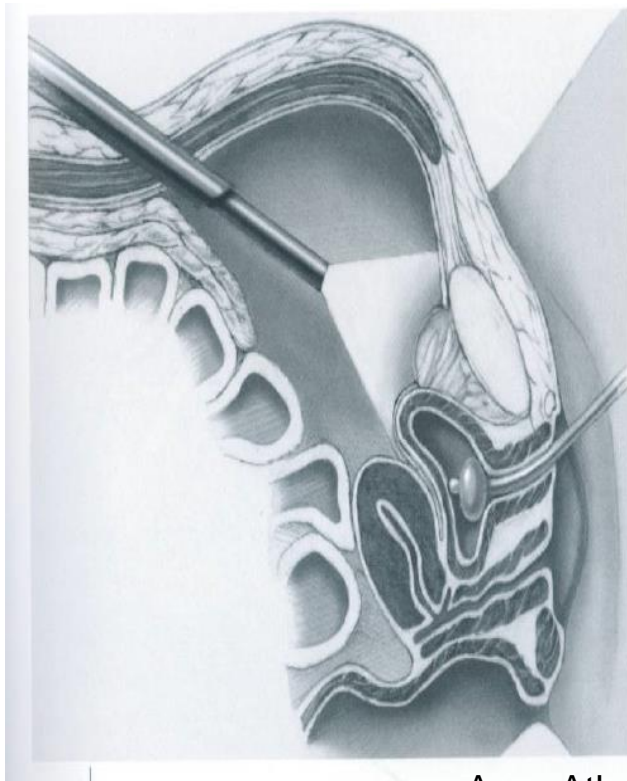


Das Gewebe neben dem Blasenhalss wird mit nicht resorbierbaren Nähten am Lig. Ileopectineum (Cooper-Ligamente) fixiert.

Operative Therapien



- laparoskopische Kolposuspension

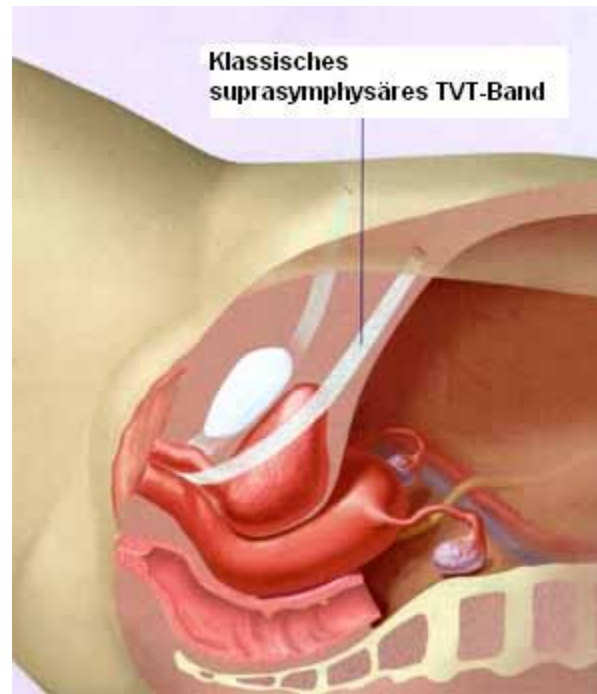


Aus: Atlas der gynäkologischen Operationen, O. Käser

Operative Therapien



- Suburethrale spannungsfreie Bänder:
 - retropubisch



Operative Therapien



- transobturatorisch:



Outside-in und Inside-out Verfahren sind gleich effektiv. Ersteres führt aber häufiger zu Blasenverletzungen- und entleerungsstörungen

Operative Therapien

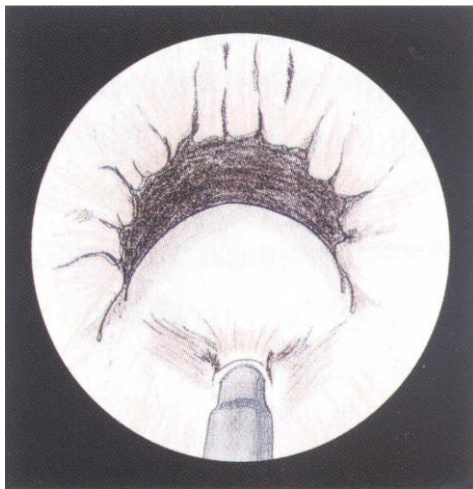


- Minischlingen: unterschiedliche makroporöse Polypropylenbänder zur Stabilisierung des mittleren Urethradrittels mit Insertionspunkten im retropubischen Gewebe oder in der obturatorischen Membran bzw. Muskulatur. 12 Monats follow-up bei Miniarc® den anderen Schlingen äquivalent. Weniger Blutverlust und weniger Schmerzen als bei Einlage anderer Bänder.
- Adjustierbare Schlingen: Diese ermöglichen die Spannung der Schlinge intra- und postoperativ zu verändern. Es gibt noch keine Studie die einen Vorteil gegenüber den konventionellen Schlingen beweist.

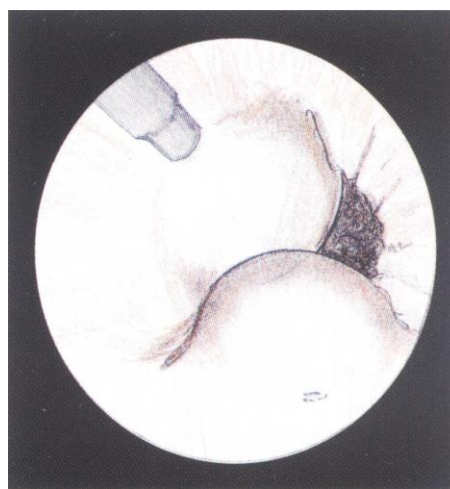
Operative Therapien



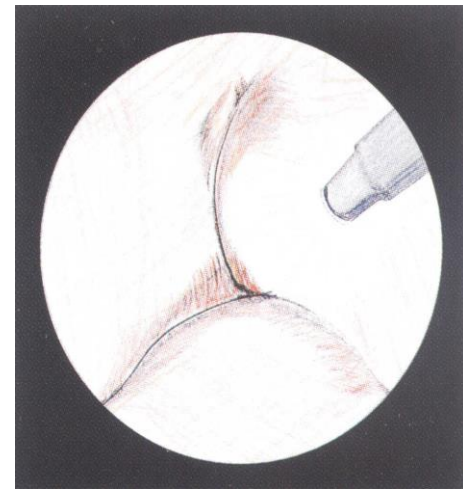
- Bulking agents: z.B. das Hydro- Gel Bulkamid® oder das silikonhaltige Macroplastique®. Transurethrale Injektionen in die Submukosa der proximalen Harnröhre, im Bereich des externen Sphinkters.



6 Uhr



9 Uhr



3 Uhr

Operative Therapien



- Weniger effektiv als die anderen Operationsverfahren, häufig sind wiederholte Injektionen notwendig, die einzelnen Substanzen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Effizienz.

Am ehesten geeignet für Patientinnen mit eingeschränkter Operabilität.

Cave: Kosten müssen von der Patientin selbst getragen werden

Operative Therapien



- Artificieller Schliessmuskel:

Ein Cochrane Review kam zur Schlussfolgerung, dass die Evidenz des Einsatzes des künstlichen Schließmuskels bei der Frau unzureichend ist (2). In Fallserien mit einem Follow-up von 1 Monat bis zu 25 Jahren berichten die meisten Patientinnen über eine Verbesserung der Belastungsinkontinenz. Die subjektiven Heilungsraten liegen zwischen 59-88%. Komplikationen umfassen mechanisches Versagen mit Revisionsoperationen in bis zu 42% der Fälle innerhalb von 10 Jahren und Explantationsraten von 6-15%.

(2: Lipp A, Mechanical devices for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jul 6;(7))

Methodenvergleich



- Für die Kolposuspensionstechniken und die suburethralen Schlingen werden vergleichbare Heilungsraten angegeben. Die Effektivität der Kolposuspension nimmt nach 5 Jahren ab.
- Häufiger genitale Senkungen nach Kolposuspension als nach anderen Inkontinenz- OP`s.
- Die offene geht mit einer längeren Katheterisierungsdauer, Hospitalisation, Rekonvaleszenz und mehr Schmerzen einher.

Methodenvergleich



- Nach suburethralen Bändern kommt es weniger häufig zu De- Novo- Urgency- Symptomen und Blasenentleerungsstörungen, jedoch häufiger zu Blasenperforationen, als nach Kolposuspension
- Die Heilungsraten der Bänder werden zwischen 77 und 100 % angegeben
- Eine Metaanalyse der EAU (2012) zeigte für retropubische und transobturatorische Bänder, 12 Mon. post operativ, gleiche subjektive und objektive Heilungsraten (3)

(3: Lucas MG. Eur Urol. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence 2012; 62:1118-1129)

Methodenvergleich



- Nach retropubischen Bändern:
häufiger Blasenperforationen, Blasenentleerungsstörungen
und retropubische Hämatome
- Nach transobturatorischen Bändern:
häufiger Schmerzen im Bereich der Oberschenkelinnen-
seiten und Leisten. Mehr vaginale Verletzungen im Bereich
der Sulci. In den ersten 12 Monaten post operativ häufiger
Urethraperforationen und chronische perineale Schmerzen



Therapiewahl

Problem	Operation
Hypermobile Urethra+ POP	Kolposuspension
Hypotone Urethra	TVT
Hypomobile (starre) Urethra	Kolposuspension, Bulkamid
Simultane abd. OP	Kolposuspension oder Band
Simultane POPQ- OP	2- zeitiges Vorgehen
Mischinkontinenz	OAB- Therapie, 2- zeitig OP, im Einzelfall primär OP
Adipositas	Band möglich
Rezidiv	Altes Band entfernen, neues Band (adjustierbar), Kolposuspension, Bulkamid



Danke für Ihre Aufmerksamkeit