

Konservative und operative Therapie der Harninkontinenz

Harninkontinenz, Drangsymptome und Infektionen der Genitalorgane zählen zu den häufigsten Frauenleiden. Sie können Frauen aller Altersstufen betreffen. Häufig verlaufen diese Erkrankungen chronisch. Aus Angst vor Beschwerden meiden die Betroffenen zunehmend beliebte Tätigkeiten. Die Folgen sind soziale Isolation und Partnerprobleme. Deshalb sollte nach eingehender Untersuchung eine adäquate Therapie angestrebt werden. Die Behandlung der Inkontinenz beschränkt sich nicht nur auf die operative Therapie, sondern beinhaltet auch vielfältige konservative Methoden. Dabei sind Kombinationen oder eine Stufentherapie möglich.

Konservative Massnahmen

Trink- und Miktionstraining

Diese Möglichkeit ist sinnvoll bei Frauen mit Reizblasenbeschwerden, wiederkehrenden Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung) und bei Frauen mit Drang- oder Stressinkontinenz. Grosse Trinkmengen schonen die Blasenwand, spülen Bakterien rascher aus und schützen so vor Entzündungen. Sie mildern die Drangsymptomatik und Erhöhen das Fassungsvermögen der Blase. Es wird empfohlen wöchentlich (später monatlich) während 24 Stunden die Trink- und Urinmenge zu messen. Diese sollten zusammen mit den Beschwerden auf dem Miktionskalender eingetragen werden. Trainingsziele sind 1,5 Liter Urin in 24 Stunden bei durchschnittlichen Urinmengen von 200-300 ml.

Tips als Trainingshilfe:

- aus grossen Gläsern trinken
- Trinkmenge für den ganzen Tag bereitstellen
- viel trinken am Vormittag und weniger am Abend

Physiotherapie, Elektrostimulation und Biofeedback

Ziel der Physiotherapie ist es, die Beckenbodenmuskulatur zu kräftigen und ihre Funktion zu verbessern. Dabei soll erlernt werden, die Beckenbodenmuskulatur willkürlich zu aktivieren und zu entspannen. Etwa zwei Drittel der Frauen mit Stressinkontinenz profitieren von dieser Methode in Bezug auf Harn- und Stuhlinkontinenz, Sexualität und Lebensqualität. Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung sind der Wille und die Fähigkeit der Frau zur Mitarbeit sowie eine gute Anleitung durch die Physiotherapeutin. Zur Unterstützung können Hilfsmittel (Kugeln und Konen), die in der Scheide aktiv gehalten werden müssen, verwendet werden.

Stufenprogramm zum Beckenbodentraining:

1. Wahrnehmung des Beckenbodens
2. Aufbau einer guten Beckenbodenaktivität
3. Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur

Die Elektrotherapie dient zur Ergänzung der Behandlung bei muskulärer Beckenbodenschwäche. Dabei werden elektrische Impulse, welche die Muskulatur stimulieren, eingesetzt.

Biofeedback gibt Aufschluss über die Aktivität von bestimmten Muskelgruppen. Es ist deshalb so wichtig, weil Frauen mit Inkontinenz häufig nicht in der Lage sind, die Aktivität ihrer Beckenbodenmuskulatur wahrzunehmen. Die Muskelaktivität wird entweder direkt getastet oder mittels elektrischer Signale aufgezeichnet. Das ergibt Aufschluss über den Erfolg des Beckenbodentrainings.

Östrogene

Östrogenmangel der gehäuft bei Frauen in den Wechseljahren vorkommt, führt zu einer verminderten Durchblutung, trockenen Schleimhäuten und zum Verlust der Gewebestabilität. Deshalb können Östrogene sinnvoll bei der Behandlung von Inkontinenz, Reizblasenbeschwerden und Entzündungen eingesetzt werden. Möglichkeiten der lokalen Behandlung sind Cremes, Kapseln, Zäpfchen und Tabletten. Auch eine systemische Therapie mit Tabletten oder Pflastern kann sich positiv auswirken.

Pessare

Pessare sind die effektivste Soforthilfe bei Stressinkontinenz und Senkungsbeschwerden. Diese können solange eingesetzt werden, bis andere konservative Massnahmen erfolgreich sind oder eine operative Therapie eingeleitet wird. Es gibt verschiedene Formen von Pessaren, die von der Frau selbst eingelegt werden können. In Kombination mit Pessaren werden immer östrogenhaltige Cremes verwendet.

Medikamentöse Therapie

Blasenentspannende Medikamente reduzieren die Drangsymptomatik und die Häufigkeit des nächtlichen Wasserlösens. Als Nebenwirkungen könnte Mundtrockenheit auftreten. Medikamente, die spezielle Nerven der Blasenwand beeinflussen, können die Stressinkontinenz verbessern, dürfen jedoch bei Bluthochdruck nicht verwendet werden. Bei der medikamentösen Behandlung der Blasenentleerungsstörungen müssen zunächst mechanische Ursachen ausgeschlossen werden.

Operative Massnahmen

Bei erfolgloser konservativer Behandlung und starkem Leidensdruck, wird die operative Therapie in Betracht gezogen. Vor jeder Operation sollten jedoch Erfolgsaussichten und mögliche Komplikationen gegeneinander abgewogen werden.

Tension free vaginal tape (TVT)

Diese Methode wird zur Behandlung der Stressinkontinenz mit einer Erfolgsrate bis 90 % eingesetzt. Dabei wird ein Kunststoffband um die Harnröhre geschlungen. Dieser kleine Eingriff kann in örtlicher Betäubung ambulant durchgeführt werden.

Senkungsoperationen

Häufig ist es notwendig, die Gebärmutter zu entfernen. Dabei kann zusätzlich die vordere und hintere Scheidenwand gerafft werden. Wurde die Gebärmutter früher schon entfernt, kann der Scheidenstumpf an kräftigen Gewebestrukturen fixiert werden. Zu beachten ist, dass bei diesen Eingriffen, eine bestehende Stressinkontinenz verschlechtert wird. Deshalb muss bei Stressinkontinenz eine Senkungsoperation mit einer Inkontinenzoperation, wie oben beschrieben, kombiniert werden.