



**Bereich:**

Klinik für Urogynäkologie

Prof. Dr. med. Ralf Tunn  
Chefarzt

**TEL:** (030) 2311- -2878

**FAX:** (030) 2311- -2728

**E-Mail:**

r.tunn@alexius.de

08.06.2012

IHRE NACHRICHT

IHR

UNSER

## Aktueller Stellenwert der Contam-Anwendung im Rahmen der Harninkontinenz-Therapie

### Einführung in die Problematik

Die Harninkontinenz gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Frau. Trotz der damit hohen gesundheitspolitischen Bedeutung und der meist sehr ausgeprägten subjektiven Belastung der Betroffenen ist diese Erkrankung weiterhin tabuisiert; auch wir Ärzte sind offenbar häufig immer noch nicht in der Lage, die Patientin mit Harninkontinenz angemessen beraten und betreuen zu können.

Andererseits ist es mittlerweile sehr gut möglich, evidenzbasierte Aussagen zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz zu machen. Nach richtiger Indikationsstellung kann eine Belastungsinkontinenz oftmals geheilt werden, bei anderen Inkontinenzformen (Mischharninkontinenz, Dranginkontinenz) erreicht man häufig eine deutliche Steigerung der Lebensqualität. Profitiert die Harninkontinenz I. Grades durch die Physiotherapie und konservative Hilfsmittel, können höhergradige Harninkontinenzen mittels Duloxetin bzw. ein operatives Vorgehen behandelt werden.

Therapeutisch benachteiligt sind Frauen, die physiotherapeutisch keine ausreichende Besserung erfahren haben, bzw. hierfür eine eingeschränkte Compliance mitbringen und sich aus verschiedenen Gründen gegen ein operatives Vorgehen entscheiden. Dies gilt auch für Frauen, die nach einer operativen Therapie der Harninkontinenz keine komplette Remission der Harninkontinenz erreicht haben. Schließlich entscheidet die Höhe des Leidensdruckes über die Umsetzung eines operativen Verfahrens. Und hier besteht bei den Betroffenen oft eine große Ambivalenz. Einerseits fühlen sie sich durch eine Belastungsharninkontinenz in ihrer Lebensqualität erheblich eingeschränkt, wenn kein Sport mehr getrieben werden kann bzw. Urlaube ohne

körperliche Aktivitäten geplant werden müssen, andererseits fällt es schwer, einer Operation zuzustimmen, obwohl man ja nicht ständig diesen Beschwerden ausgesetzt ist.

Die **Belastungsinkontinenz** ist der unwillkürliche Urinabgang bei körperlicher Belastung ohne gleichzeitige Detrusorkontraktion. Unbedingt beachtet werden sollte, dass auch tröpfchenweiser Urinabgang schon dazu gehört, und weitere Massnahmen bezüglich Diagnostik und Therapie allein vom Leidensdruck der Patientin abhängt.

Pathophysiologisch ist die Ursache der Belastungsinkontinenz in einem verminderten Verschluss der Urethra bzw. einer Insuffizienz der urethraumgebenden Strukturen zu finden [verschiedene Theorien: Enhörning, Petros, Ulmsten 1990, DeLancey].

Wichtig sind hierbei die Komponenten:

- Harnröhrentonus (Ruheverschlussdruck)
- passive Drucktransmission: Drucktransmission auf Blasen Hals und Urethra in Ruhe
- aktive Drucktransmission: Kontraktion der quergestreiften Beckenboden – und Sphinktermuskulatur (Leilinie 2010)

Durch die multifaktorielle Genese der Harninkontinenz bedarf es individueller, meist multimodaler Therapiekonzepte.

### **Welche Diagnostik ist vor einer Kontinenz-Tampon Verordnung sinnvoll?**

Zentraler Punkt der Diagnostik ist die **Anamnese**. Hier können bereits durch einfache Fragen erste Hinweise auf die Form der Inkontinenz gegeben werden:

- Kommt es bei körperlicher Belastung (Sport, Husten, Niesen, Lachen) zum unwillkürlichen (auch tröpfchenweisen) Urinverlust?
- Tritt die Harninkontinenz vor allem bei Lagewechsel, Erschütterungen auf? Hierbei sollte an eine Überlaufinkontinenz gedacht werden.
- Geht der Inkontinenzepisode ein Harndrang voraus? Kennt die Patientin typischerweise jede Toilette im Umkreis, hat sie häufig ununterdrückbaren Harndrang, auch ohne Inkontinenzepisoden? Muss die Patientin häufig (> 2mal) nachts zur Toilette, wird sie von Harndrang geweckt? Hierbei ist an ÜAB zu denken.
- Kommt es zu ständigem unbemerktem Urinverlust, insbesondere bei Vorbehandlungen (Operationen, Radiatio) im kleinen Becken? Dies könnte richtungsweisend für eine urogenitale Fistel sein.

Bei über 50% der Frauen gibt es allerdings anamnestische Überschneidungen bei Vorliegen von ÜAB und Belastungsinkontinenz.

### **Basisuntersuchungen**

**Validierte Fragebögen** und **Leidensdruckskalen** können hilfreich sein, um die Abläufe in der Sprechstunde zu optimieren, einzelne Merkmale zu objektivieren und zu vergleichen und nicht zuletzt, um der Patientin das berichten über unangenehme Themen zu erleichtern.

Das Führen eines **Miktionsstagebuches** empfiehlt sich über 3-5 Tage (24 Std.). Hierbei kann neben einer Konkretisierung der individuellen Problematik auch schon durch Aufdecken falscher Trink – und Miktionsgewohnheiten (hohe Trinkmengen, spätabendliches Trinken) eine Verhaltensmodifikation begonnen werden. [Ku et al. 2004; Neurourology urodyn 23:331-335]

Die **gynäkologische Untersuchung** erfolgt unter folgenden Gesichtspunkten:

- Beurteilung einer eventuellen urogenitalen Atrophie
- Einteilung eines eventuell vorliegenden **Descensus urogenitalis** (empfohlen: POPQ-Schema)
- Objektivierung eines Lateral- (verstrichene Längsfurchen) bzw. Zentraldefekts (verstrichene Rugae vaginales) bei ggf. geplanter Operation
- zur Objektivierung des unwillkürlichen Urinabganges beim Husten bei einer anamnestischen Belastungsincontinenz dient die Durchführung eines Stresstests bei gefüllter Blase; Vorlagenwiegetest als Alternative

Die **Beckenbodenkontraktilität** kann nach der Einteilung in Schweregrade nach Oxford (0-5) seitengetrent erfasst werden.

- liegt eine Beckenbodenatonie bzw. -bewusstseinsstörung vor, benötigt die Patientin vor dem eigentlichen Beckenbodentraining eine Elektrostimulation bzw. ein Biofeedbackverfahren; eine alleinige bzw. primäre Beckenbodengymnastik wäre unwirksam
- ist die Kontraktilität lediglich eingeschränkt, kann die Patientin von Beckenbodentraining (unter Anleitung) profitieren

Die **Urinanalyse** bzw. **Urethraabstriche** (Chlamydien, Mykoplasmen, ggf. Herpes) gehören zur Basisdiagnostik, da Entzündungen Inkontinenz – und Drangsymptome hervorrufen können.

Die **Restharnbestimmung** (Restharn als Ursache für Überlaufinkontinenz, Drang und Pollakisurie) erfolgt sonographisch oder im Rahmen der Urinanalyse mittels Einmalkatheter.

Die **Perineal – oder Introitussonographie** ist ein weiterer Punkt der Basisdiagnostik. Mit dieser dynamischen Methode kann die Lageveränderung der Beckenorgane beim Pressen und die Reaktionsfähigkeit des Beckenbodens beim Kneifen auch der Patientin gut gezeigt werden. Die bei Belastungsincontinenz häufig auftretende **Trichterbildung** der Urethra beim Pressen lässt sich ebenso darstellen wie eine **eingeschränkte Urethramobilität** (mit schlechteren Therapieerfolgen). Auch **Urethradivertikel** als Ursache für Drangbeschwerden, die bei ÜAB häufig verdickte Blasenwand (> 5mm) lassen sich sonographisch abbilden. [Tunn et al, 2003 Ultrasound Obstet Gynec 22:005-213],

Diese Elemente der Basisdiagnostik sind erforderlich und gleichermaßen ausreichend, um eine konservative Therapie einzuleiten.

## **Stellewert der Kontinenz-Tampons im Rahmen der Harninkontinenz-Therapie**

Erstmaßnahmen bei der Behandlung der Belastungsincontinenz als auch überaktiven Blase sollten konservativ sein. Im Sinne der Mehrschritttherapie sollten die konservativen Maßnahmen auch nach erfolgreicher Operation fortgeführt werden, um eine Rezidivsituation zu vermeiden.

### **Belastungsharninkontinenz**

#### **Konservative Therapie:**

- **Verhaltenstherapie** (v.a. Gewichtsreduktion mit guter Datenlage, LoE Ib; Leitlinie)
- **Physiotherapie:** Eine Cochrane-Metaanalyse (Hay-Smith) konnte den positiven Effekt von Physiotherapie unter Anleitung eindeutig belegen. Daten zum langfristigen Effekt fehlen. Ebenso gibt es keine Daten zum Vergleich alleiniger Physiotherapie mit der Kombination mit Biofeedbackverfahren und Elektrostimulation, so dass man das Vorgehen diesbezüglich in Absprache mit der Patientin, den Therapeuten und der klinischen Erfahrung variiert. Die individuelle Therapieplanung sollte anhand des jeweiligen Beckenbodenstatus (erhoben mittels vaginaler Untersuchung) erfolgen.
- **Vaginalkonen:** Es liegen keine ausreichenden Vergleichsdaten vor, so dass nach Einzelfall entschieden wird Leitlinie BIK.

- **Pessare:** In der Behandlung der Belastungsinkontinenz gibt es gute Erfahrungen mit Pessaren, welche den urethra-vesikalischen Übergang elevieren. Die Patientin sollte in der Lage sein, das Pessar eigenständig zu benutzen. Damit können dann Situationen, in denen Inkontinenz auftritt (z. B. Sport), überbrückt und kontrolliert werden.
- Einen gesonderten Stellenwert als Pessartherapie nehmen die **Kontinenztampons** ein. Sie haben keine aufsaugende Funktion, sondern sollen suburethral und -vesikal ein mechanisches Widerlager bilden, um somit Harninkontinenz-Episoden in ihrer Intensität zu vermindern bzw. ganz zu vermeiden. Durch die Stabilisierung des urethrovesikalischen Übergangs kann es zusätzlich zur Abnahme der Drangsymptomatik am Tage (Reduktion von Pollakisurie und Drang) kommen. Diese Drangsymptomatik am Tage wird oft durch eine Trichterbildung der Urethra unterhalten, die bei liegendem Tampon mechanisch zurück gehalten wird. Patientinnen, die durch eine Zystozele zusätzlich unter einer Harnblasenentleerungsstörung leiden, profitieren oft durch eine bessere Harnblasenentleerung unter Nutzung von Tampons. Dieser Effekt kann insbesondere genutzt werden, wenn Harnblasenentleerungsstörungen nach Harninkontinenzoperationen auftreten und geklärt werden muss, ob eine Zystozele dafür verantwortlich ist.  
Aufgrund der Materialeigenschaften der Tampons (Schaumstoff) scheinen sie im klinischen Alltag bessere Trageeigenschaften als Würfelpessare zu haben (weniger Schmerzen, insbesondere nach stattgehabten vaginalen Operationen, Narbenbildungen). Bessere Eigenschaften zeigen die Tampons auch beim Entfernen, da sie sich nicht so fest saugen, wie die Würfelpessare durch ihre konkaven Wände. Die eingeschränkte Wiederverwendbarkeit ist kostenintensiver als die Verordnung eines Pessars, wird aber von vielen Frauen aus hygienischen Gründen bevorzugt. Häufig werden Pessare bereits nach kurzer Anwendung durch brüchige Oberflächen und Verfärbungen unhygienisch.
- **medikamentöse Therapie:** Duloxetin (Yentreve) als einziges Medikament zur Behandlung Belastungsinkontinenz zugelassen. Wirkt analog der SSRI-Substanzgruppe. Die Datenlage ist gut, es zeigen sich **positiv-synergistische Effekte von Duloxetin in Kombination mit Beckenbodentraining**. Die Anwendung im Alltag ist allerdings durch das ausgeprägte Nebenwirkungsprofil deutlich eingeschränkt: häufig sind Schwindel und Übelkeit limitierende Faktoren, das Nebenwirkungsspektrum erweitert sich bei eingeschränkter Wirkung bei Vorliegen von Komedikation. Empfohlen wird die einschleichende Dosierung von 2x20 mg/d über 2 Wochen auf die Zieldosis von 2x40 mg/d, ausschleichendes Therapieende.

### Operative Therapie der Belastungsharninkontinenz

Operiert werden sollte, wenn nach konservativer Therapie ein persistierender Leidensdruck besteht, die Harninkontinenz objektivierbar ist und ein operatives Konzept vorliegt.

Bandoperationen (transobturatorisch, retropubisch und intraobturatorisch) stehen hier sicher im Vordergrund. Bestehen Unsicherheiten in der Indikationsstellung, wie z.B. beim ausgeprägten Lateraldefekt der vorderen Vaginalwand, dann bietet sich auch hier im Vorfeld der Versuch einer Tampon Therapie an, um das Kolposuspensionsergebnis zu imitieren.

### Therapie der Mischharninkontinenz

Die gemischte Harninkontinenz ist anspruchsvoll in Diagnose und Therapie und erfordert sowohl eine gute Aufklärung als auch die enge Zusammenarbeit mit der Patientin. Wichtig ist das Verständnis für das gemeinsame Vorliegen zweier unterschiedlicher Krankheiten. Grundsätzlich gilt: behandelt wird erst die Komponente welche den höchsten Leidensdruck verursacht.

Unterschieden wird ein belastungsinkontinenzdominierende – von einer drangbetonten gemischten Harninkontinenz.

Bei dominierender Belastungskomponente ist die operative Intervention mittels Schlingentechniken mit guten Erfolgen indiziert. In verschiedenen Studien hatten 63 bis 80% der Frauen nach der Operation keine Drangbeschwerden mehr, 57 % konnten die präoperativ erhaltene anticholinerge Therapie absetzen (Rezapour, Ulmsten 2001; Segal 2004, 2006).

Pathophysiologischer Hintergrund dieses Erfolges könnte darauf beruhen, dass eine Trichterbildung der proximalen Urethra und des Blasenhalses (introitussonographisch nachweisbar) zu Urineintritt in die Urethra führt und dadurch Harndrang auslöst. Diese Trichterbildung wird operativ durch Stabilisierung der Urethra mittels suburethraler Schlinge verhindert bzw. vermindert (Jung 1999, Dmochowski und Staskin 2005). Auch hier ist im Rahmen der präoperativen Diagnostik die Nutzung von Tampons sinnvoll, da damit das operative Ziel imitiert werden kann.

Bei dominierender Drangkomponente ist analog zur ÜAB eine anticholinerge Therapie indiziert, allerdings weniger gut wirksam.

### **Ausblick**

Kontinenz-Tampons wie z.B. Contam verursachen suburethral und –vesikal ein mechanisches Widerlager, was zur Stabilisierung des Kontinenzkontrollsystems der Harnblase führt. Dadurch können unterschiedliche Genesen der Belastungs- und der Mischharninkontinenz therapeutisch beeinflusst werden. Erreicht man z.B. durch die Physiotherapie eine Harnkontinenz in den alltäglichen Lebenssituationen, kann es erforderlich sein, beim Sporttreiben einen Kontinenz-Tampon zu tragen, um auch hier eine Belastungsharninkontinenz zu vermeiden. Contam wird in verschiedenen Größen angeboten, so dass der jeweiligen Scheiden- und Beckenbodenanatomie Rechnung getragen werden kann. Insbesondere nach urogynäkologischen Operationen und daraus resultierenden Narbenbildungen werden Tampons aufgrund der weichen Konsistenz oft besser toleriert, als Pessare aus Silikon.

Die Verordnung erfolgt als Hilfsmittel und kann daher ohne Budgetierung rezeptiert werden.

Im klinischen Alltag hat sich gezeigt, dass eine Mehrfachverwendung des Tampons auf eine hohe Akzeptanz bei den Anwenderinnen stößt. Aus klinischer Sicht gibt es ebenfalls keine Einwände, zumal Vaginalkonen bzw. Pessare mehrfach benutzt werden ohne, dass Infektionen als relevantes Risiko (bei nicht sterilem Scheidenmilieu) diskutiert werden.

Kontinenz-Tampons füllen eine therapeutische Lücke im Rahmen der Therapie der Belastungs- und Mischharninkontinenz.



Prof. Dr. med. Ralf Tunn