



Blasenschwäche

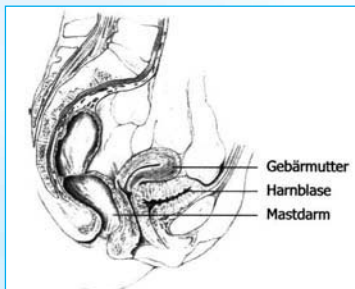
SPITAL LACHEN

IHR GESUNDHEITZENTRUM AM SEE

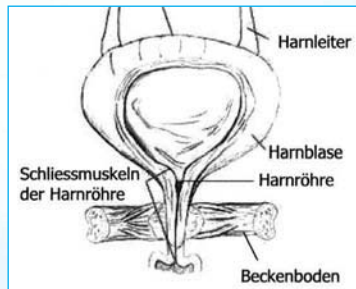
www.spital-lachen.ch

Die Blasenschwäche – das verschwiegene Leiden

Unkontrollierter Urinabgang (**Harninkontinenz**) wird als Blasenschwäche bezeichnet. Sie ist eine häufige und für die betroffene Frau oft einschränkende Erkrankung, welche die Lebensqualität entscheidend mindert. Die Blasenschwäche kann in allen Altersstufen auftreten, die Erkrankungshäufigkeit nimmt jedoch im höheren Alter zu. Der Leidensdruck der Patientinnen ist oft sehr gross, selten wird jedoch gesellschaftlich über das Problem der Harninkontinenz gesprochen. Auch in der ärztlichen Praxis wird dieses Thema oft verschwiegen.



Längsschnitt durch das kleine Becken



Harnblase und Beckenboden

Formen des unwillkürlichen Urinverlustes

Die Harninkontinenz ist ein Symptom und kein fest definiertes Krankheitsbild. Es wird zwischen fünf Hauptformen unterschieden:

- > **Belastungsinkontinenz:** Urinverlust bei körperlicher Belastung wie Husten, Niessen, Lachen oder Heben schwerer Lasten (mit ca. 60% aller Fälle die häufigste Form).
- > **Drang- oder Urgeinkontinenz:** Harnverlust bei nicht unterdrückbarem Harndrang.

Seltener sind die

- > **Reflexinkontinenz:** Harnverlust infolge unwillkürlicher Kontraktion des Blasenmuskels ohne Harndrang. Es besteht keine Kontrolle über die Blasenfunktion, meist als Folge von Verletzungen oder Erkrankungen des Rückenmarkes.
- > **Überlaufinkontinenz:** Harnverlust bei überfüllter Blase, ohne dass dadurch die Harnblase wirksam entleert wurde. Ursachen können eine Störung des Urinflusses durch ein Hindernis (z.B. durch eine Verengung der Harnröhre oder einen Tumor) oder eine mangelhafte Nervenversorgung des Blasenmuskels sein.
- > **Extraurethrale Inkontinenz:** Harnverlust bei Fisteln oder Fehlbildungen.

Häufig finden sich Mischformen der beiden erstgenannten Inkontinenzarten.

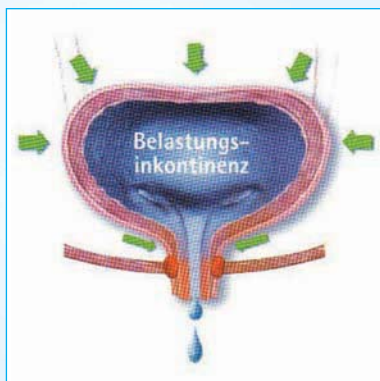
Belastungs- und Dranginkontinenz

Der Grund für die **Belastungsinkontinenz** liegt in einem geschwächten Blasenverschluss. Geburten, Übergewicht, Operationen, schwere körperliche Belastung oder schwaches Bindegewebe können die Funktion des Blasenverschlusses negativ beeinflussen. Bei manchen Frauen führt auch die hormonelle Umstellung während der Wechseljahre zu einem schwachen Beckenboden.

Aufgrund einer schwachen Beckenbodenmuskulatur kippt die Blase bei körperlicher Belastung nach unten. Dabei übersteigt der Blaseninnendruck den Verschlussdruck der Harnröhre, so dass Urin abgeht.

Bei der **Dranginkontinenz** gibt es zwei Ausprägungen: Bei der so genannten **sensoryischen** Dranginkontinenz sind die «Messfühler» in der Blasenwand überempfindlich. Dadurch gibt das Gehirn oft bereits bei geringer Füllmenge das Signal zur Blasenentleerung. Diese Art von Blasenschwäche ist häufig mit einem brennenden Schmerz in der Blase verbunden (oft deshalb auch Reizblase genannt).

Bei der **motorischen** Dranginkontinenz führt eine (oft verfrühte) unwillkürliche Anspannung des Blasenmuskels zu einer «sturzbachartigen» Entleerung der Blase.

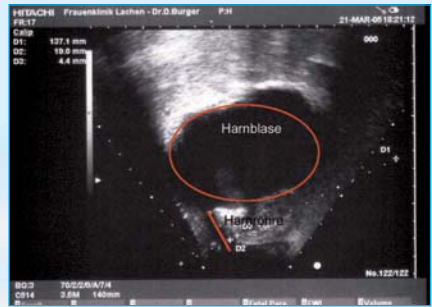


(mit freundlicher Genehmigung der Firma Pfizer)

Abklärungen

Meist kann schon im **Gespräch** mit dem Arzt/der Ärztin die Form der Inkontinenz eruiert werden. Senkungsbeschwerden wie Fremdkörpergefühl in der Scheide werden ebenfalls erfragt, da Senkungszustände im Bereich des Genitale häufig mit Inkontinenzbeschwerden vergesellschaftet sind. Es folgt dann die **gynäkologische Untersuchung**. Dazu gehört die Diagnostik von Senkungszuständen, der **Hustentest** (Geht bei gefüllter Blase sichtbar Urin ab?) und das Prüfen der **Beckenbodenkontraktionskraft**. Verliert die Patientin Urin beim Husten, spricht dies für eine Belastungsinkontinenz.

Die Ultraschalluntersuchung der Blase (**Perinealsonographie**) gibt einen Hinweis auf die Lage der Blase im kleinen Becken und ihr Verhalten beim Pressen und Husten.



Perinealsonographie: Beim Husten und Pressen kippt die Harnröhre nach hinten und unten.

Ein gutes Hilfsmittel zur Beurteilung des Trink- und Miktionsverhaltens (Miktion = Blasenentleerung) ist der so genannte **Miktionskalender**. Hier werden über einige Tage die Trinkmenge, die Urinportionen sowie die Inkontinenzereignisse dokumentiert. Häufige Blasenentleerung von über 7x pro Tag, nächtliches Wasserlösen und kleine Urinportionen weisen



auf eine Drangproblematik hin. Bei Drangproblemen muss immer eine Blaseninfektion ausgeschlossen werden.

In unklaren Situationen wird eine **urodynamische Untersuchung** durchgeführt. Bei dieser Untersuchung werden die Druckverhältnisse in der Blase und in der Harnröhre während der Füllung der Blase und das Verhalten des Harnröhrenverschlussdruckes während Belastungssituationen (z.B. Husten) aufgezeichnet. Bei einer Drangsymptomatik erfolgt zusätzlich eine **Blasenspiegelung**.

Therapie

Grundsätzlich richtet sich die Therapie der Harninkontinenz nach dem Beschwerdebild und dem Therapiewunsch der Patientin.

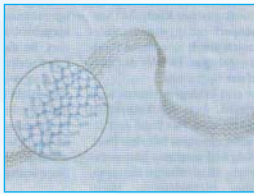
Therapie der Belastungsinkontinenz

Ein konsequent durchgeführtes **Beckenbodentraining** unter physiotherapeutischer Anleitung kann häufig zu einer deutlichen Besserung oder gar Heilung führen.

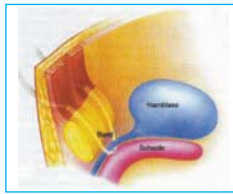
Medikamentöse Unterstützung kann bei älteren Frauen die lokale Anwendung von Östrogenen bieten (Scheidenzäpfchen oder Crème).

Kann die Belastungsinkontinenz mit konservativen Therapiemaßnahmen nicht zufriedenstellend behandelt werden, so ist eine **Inkontinenzoperation** indiziert. Dabei hat sich als minimal invasiver Eingriff die Einlage eines so genannten **TVT** (tension free vaginal tape), also eines Bandes bewährt. Dieses Band verhindert das Kippen der Blase nach unten und hält somit den Harnröhrenverschlussdruck aufrecht.

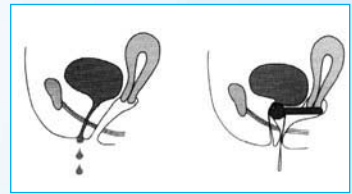
Sollten Gründe bestehen, die gegen eine Operation sprechen, kann allenfalls eine **Pessartherapie** die Situation verbessern (Urethrapessar). In naher Zukunft wird zusätzlich ein Medikament (Duloxetin) zur Verfügung stehen.



TVT: Prolen-Band



TVT: Schematische Darstellung



Das Urethrapessar schliesst bei körperlicher Belastung die Harnröhre.

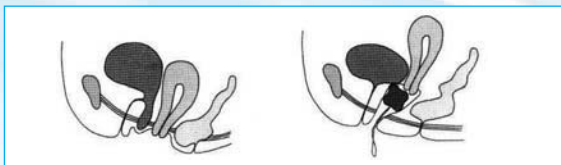
Therapie der Dranginkontinenz

Die Therapie der Dranginkontinenz ist vorwiegend konservativ und erfordert viel Geduld. **Trink- und Blasentraining** bilden die Grundlage der Behandlung. Das Ziel ist eine Trinkmenge von mindestens 2 Litern täglich, eine Miktionsfrequenz von unter 7x täglich und Urinportionen von ca. 300 ml. Mit Hilfe eines **Miktionsstagebuches** kann der Verlauf dokumentiert werden. Medikamente können dabei unterstützend wirken, dazu gehören **Medikamente**, die beruhigend und entspannend auf die überaktive Blasenmuskulatur einwirken (Anticholinergika) und bei bestehendem Hormonmangel auch der Einsatz von Östrogenen.

Therapie von Senkungszuständen

In fortgeschrittenen Situationen, d. h. bei störendem Fremdkörpergefühl, hilft nur ein **operativer Eingriff** mit der Entfernung der Gebärmutter und der Raffung der vorderen bzw. hinteren Scheidenwand.

Sollte eine Operation nicht möglich sein, können auch hier **Pessare** zum Einsatz kommen (Würfelpessar).



Das Würfelpessar verhindert das Absinken der Beckenorgane



Urethra- und Würfelpessar

Kontakt

Bei Fragen, Problemen oder Wunsch nach Abklärung rufen Sie uns an,
Sekretariat Frauenklinik, Telefon 055 451 33 01.

Team Frauenklinik:

Dr. Daniel A. Burger, Chefarzt
Dr. Patrick Rittmann, Leitender Arzt
Frau Dr. Beatrice Hung, Oberärztin
Frau Dr. Sandra Zehnder, Oberärztin



Beatrice
Hung



Sandra
Zehnder



Daniel A.
Burger



Patrick
Rittmann

SPITAL LACHEN

IHR GESUNDHEITSZENTRUM AM SEE

OBERDORFSTRASSE 41 · POSTFACH 238 · 8853 LACHEN
TELEFON 055 451 31 01 · TELEFAX 055 451 31 13
WWW.SPITAL-LACHEN.CH