



Harninkontinenz – Ein TABU ist zu brechen

N

ahezu jede dritte Frau leidet im Laufe ihres Lebens an unwillkürlichem Harnverlust. Das sind mehr Frauen als an Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Depressionen erkranken. Dennoch wird darüber beim Arztbesuch häufig „nicht“ gesprochen. Harninkontinenz ist fälschlicherweise nach wie vor ein großes Tabuthema. Ein Tabu, das es zu brechen gilt. Denn den meisten kann geholfen werden.

Schamgefühl, geringes Wissen über Behandlungsmethoden und einer damit verbundenen geringen Erwartungshaltung in einem Behandlungserfolg, wie auch die Angst vor einer möglichen Operation, sind von Patientinnen angegebene Gründe nicht ihre Ärztin/ihren Arzt aufzusuchen. Zusätzlich wird oftmals Harninkontinenz nicht als Krankheit, sondern als Alterserscheinung und als persönliche Schwäche angesehen.

So unterschiedlich die Ursachen der Harninkontinenz sind, so verschieden sind auch die Symptome. Harnverlust bei Bewegungen, beim Aufsitzen, Heben, Husten zum Beispiel, oder ständi-



ger Harndrang mit oder ohne ungewollten Harnverlust sind bereits Hinweise für therapiebedürftige Inkontinenzbeschwerden.

Anfangs lernen Frauen schnell beginnende Inkontinenzbeschwerden selbst zu bewältigen. Ein Faktor der zusätzlich dazu führt, dass Frauen wegen diesem scheinbar „alltäglichen“ Problem nicht rechtzeitig zum Arzt gehen. Kommt es jedoch zu einem hygienischen Problem, führt dies all zu häufig zu einem gravierenden Einschnitt in der Lebensqualität. Geringes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, damit verbundene Depressionen können die Folge sein. Das Leben wird von der Inkontinenz bestimmt. Ausflugsziele, Veranstaltungsbesuche werden, wenn überhaupt nach dem Vorhandensein von Toiletten, oder der Möglichkeit von Toilettipausen geplant.

Die Belastungs- und die Dranginkontinenz sind die beiden häufigsten Formen der Harninkontinenz bei Frauen. Nicht selten treten beide Formen kombiniert auf. Viel seltener kommt es zu Formen der sogenannten Überlauf- und der Reflexinkontinenz. Diese sind dann meist Folge schwerer Schädigungen des Nervensystems aufgrund anderer Erkrankungen oder Traumata.



Sich ändernde Bezeichnungen für ein und dieselbe Form der Harninkontinenz sorgt nicht nur bei Patientinnen immer wieder für Verwirrungen.

Die Belastungsinkontinenz früher Stressinkontinenz genannt; engl. SUI – Stress Urinary Incontinence) ist die häufigste Form der Harninkontinenz. Sie wird ausgelöst durch tägliche körperliche Belastungen, wie bei

- Husten, Niesen, schwerem Heben (Grad I),
- abrupten Bewegungen, Laufen, Gehen, Aufstehen (Grad II), oder
- Bewegungen ohne Belastung, Ruhe (Grad III).

Die Ursache liegt vor allem in einer Schädigung des Verschlussmechanismus durch Schwächung der Beckenbodenmuskulatur zum Beispiel durch Schwangerschaft, Geburt, oder Gewebsänderungen während den Wechseljahren letztlich als Folge der hormonellen Umstellung.

Frühe Formen lassen sich gut durch Beckenbodentraining (mit oder ohne Biofeedback, oder Elektrostimulation), aber auch medikamentös behandeln. Neuere minimal invasive Operationsverfahren mit speziellen Bändern (z.B. TVT, TVT-O; TVT-S) bieten eine zusätzliche gute



Therapiemöglichkeit, neben den altbewährten Operationsverfahren bei fortgeschrittenem Leidensdruck. Pessare können vor allem bei älteren Patientinnen zu einer Besserung führen. „Gel-Umspritzungen“ der Harnröhre stellen im Einzelfall eine neue Alternative der Therapie dar.

Die Dranginkontinenz (auch Reizblase; früher engl. Urgeincontinence; engl. OAB – Overactive Bladder) ist die zweithäufigste Form der Harninkontinenz. Die Symptome sind häufig auftretender unachgiebiger Harndrang mit oder ohne ungewollten Harnverlust. Ursachen können vielfältig sein, wie zum Beispiel: Entzündungen, Blasensteine, Tumore, die einen ständigen Reiz auslösen können. Aber auch nervale Schädigungen aufgrund anderer Erkrankungen können die Symptome einer Dranginkontinenz auslösen. Eine fachärztliche Abklärung ist daher besonders wichtig.

Sind neurologische Ursachen ausgeschlossen, lassen sich die Symptome der Dranginkontinenz meistens gut medikamentös behandeln.

In 13% der Fälle treten eine Belastungsinkontinenz und eine Dranginkontinenz in unterschiedlichen Ausprägungen gemeinsam auf.

Wichtig ist, dass Sie sich bereits bei beginnenden Inkontinenzbeschwerden an Ihren Arzt wenden. Sie verbessern damit Ihre Lebensqualität und können Spätschäden vermeiden. •

Info

Dr. med. Gerald Michael Radner

FA f. Gynäkologie u. Geburtshilfe

Ordination:

1080 Wien, Josefstädter Straße 3/1/4/5

Tel. 01/406 99 41, Fax 01/406 99 41-9

Mobil 0664/539 30 07

g.radner@aekwien.at