

**Drang- oder Urgeinkontinenz**

(Reizblase, hyperaktive Blase)  
Typisch ist eine Überempfindlichkeit der Blase (sensorische Urge) oder eine Hyperaktivität des Blasenmuskels (motorische Urge). Es resultiert ein zwingender plötzlicher unkontrollierter Harndrang durch Fehlregulation der Blasenmuskelaktivität mit häufigem (>8x/d) & nächtlichem Wasserlassen.

**Belastungs- oder Stressinkontinenz**

Sie zeichnet sich durch unwillkürlichen tropfenweisen Urinverlust bei körperlicher Anstrengung durch einen Druckanstieg im Bauchraum aus.

Einteilung:  
Grad I – bei heftigem Druckanstieg (Niesen, Lachen, schwere körperliche Anstrengung)  
Grad II – bei mittelstarkem Druckanstieg (Laufen, Treppensteigen)  
Grad III – bei geringem Druckanstieg (auch in Ruhe, im Liegen)

**Mischinkontinenz**

Kombinationen aus Drang- und Stressinkontinenz

**Reflexinkontinenz**

Hier kommt es zu unwillkürlichem Urinverlust bei gleichzeitiger Erkrankung oder Verletzung des Nervensystems; die Blasen- und Schließmuskeldoordination sind gestört.

**Überlaufinkontinenz**

Typisch ist hier ein ständiger unfreiwilliger tropfenweiser Urinverlust bei prall gefüllter Harnblase. Durch dauerhafte Überdehnung der Harnblase fehlt der Harndrang. Die Blase muss notfallmäßig per Katheter entleert werden.

Die Harninkontinenz ist gekennzeichnet durch einen unfreiwilligen Urinverlust und resultiert aus unterschiedlichen Ursachen. Männer leiden seltener an Harninkontinenz als Frauen. Bei Männern ist sie meist Folge einer vorausgegangenen Prostataoperation. Bei fortschreitendem Alter kann es zu einer Zunahme der Inkontinenz durch ein Nachlassen der Schließmuskelschlussmechanismen kommen.

**Ursachen der Drang- oder Urgeinkontinenz (1)**

Blasentzündung, Tumore, Prostatavergrößerung, Harnröhrenstriktur, Folgen einer Bestrahlung oder Chemotherapie, Fremdkörper, **interstitielle Zystitis**, psychische, **neurologische** und andere Erkrankungen

**Ursachen der Belastungs- oder Stressinkontinenz (2)**

Beckenbodenschwäche nach Schwangerschaft/ Geburten, bei Übergewicht, nach **Prostataoperationen**, Bestrahlung

**Ursachen der Reflexinkontinenz**

**Multiple Sklerose** und andere Erkrankungen des ZNS, Querschnittslähmung durch z.B. Verletzung oder Entzündungen des Rückenmarks

**Ursachen der Überlaufinkontinenz (3)**

Blasenentleerungsstörung durch Harnröhrenverengung oder Prostatavergrößerung

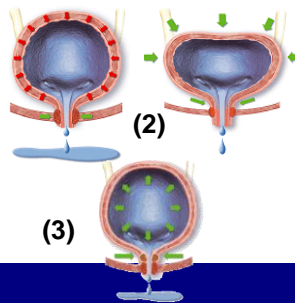
Vor einer zielgerichteten Behandlung steht die Diagnostik. Mittels Fragebögen wird eine Anamnese erhoben. Oft hilft hier auch ein Miktionstagebuch, in dem Häufigkeiten des Wasserlassens, auch nachts, sowie Inkontinenzepisoden aufgelistet werden. Ein **PAD-Test** (Messung des Urinverlustes durch Auswiegen von verbrauchten Vorlagen) erleichtert eine Einschätzung der Schwere der Inkontinenz.

Eine klinische Untersuchung sowie ein Ultraschall der Harnblase, Niere und ggf. Prostata wird durchgeführt. Der Urin wird auf Bakterien untersucht.

Zur weiteren Diagnostik können sich urodynamische Untersuchungen (**Blasendruckmessung**) und / oder eine **Blasenspiegelung (Zystoskopie)** anschließen. In Einzelfällen ist auch eine Röntgendiagnostik nötig.



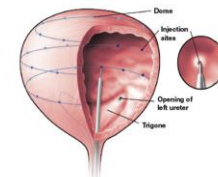
Urodynamikmessplatz



Im Mittelpunkt der Behandlung steht nach allgemeinen Maßnahmen, wie Gewichtsreduktion und Blasenretraining, zunächst die **medikamentöse Therapie** mit unterschiedlichen Wirkstoffen, die eine Entspannung der Harnblasenmuskulatur bewirken sollen, so dass das Fassungsvermögen der Harnblase zunimmt und damit die Häufigkeit der Toilettengänge reduziert wird. Bei bestimmten Indikationen können auch **Spülungen** der Harnblase (z.B. Gepan) zu einer Beschwerdeverbesserung führen.

Ergänzend können ein **Blasenretraining** (Antrainieren von festen und langsam zunehmenden Intervallen des Wasserlassens), **Elektrostimulations-therapien** der Blasenmuskulatur sowie **psychotherapeutische Behandlungen** (Erkennen von seelischen Konfliktsituationen, die sich auf die Blase auswirken können) durchgeführt werden.

Bei ausbleibendem Erfolg mit Tabletten kann ein Medikament (**Neurotoxin-Botulinustoxin**) operativ in die Blaseschleimhaut gespritzt werden.



Botox-Injektion in die Harnblase

Nach Ausschöpfen der konservativen Therapie bleibt die Möglichkeit eines „**Blasenschrittmachers**“, d.h. der **Sakralnervenstimulation** oder sakralen Neuromodulation. Nach einer Testung, die klärt, ob sie für diese Methode infrage kommen, werden operativ dünne Drähte in die untere Wirbelsäule (Kreuzbein) eingebracht und mit einem Schrittmacher, der oberhalb des Gesäßes unter der Haut implantiert wird, verbunden. Die Steuerung des Wasserlassens läuft dann über eine Fernbedienung.

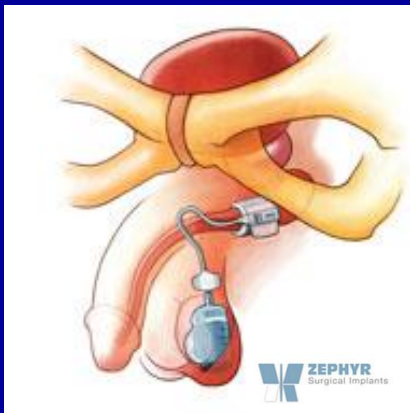
Da bei Männern fast immer eine Schwächung bzw. Schädigung des Schließmuskelsystems der Harnröhre nach Operation der Prostata und/oder Bestrahlung vorliegt, werden leichte Formen zunächst durch ein Beckenbodentraining in Kombination mit Elektrotherapie und ggf. Medikamenten behandelt. Auch hier kann sich eine Gewichtsreduktion sehr positiv auswirken. Nach einer Prostata-OP sollte mindestens über 6 Monate mit diesen konservativen Maßnahmen therapiert werden.

Bei ausbleibendem Erfolg können bei leicht- bis mittelgradiger Harninkontinenz justierbare (**Remeex-System**) oder nichtjustierbare (**AdVanceXP-Band**) Harninkontinenz-Bänder implantiert werden. Diese verlagern die Harnröhre zurück in den Beckenboden, um eine Verbesserung der Kontinenzsituation zu erreichen. In den meisten Fällen sind kontinente Miktionsverhältnisse oder eine deutliche Reduktion der Vorlagenzahl möglich. Für Frauen bieten die Kollegen der Gynäkologie entsprechende Optionen.

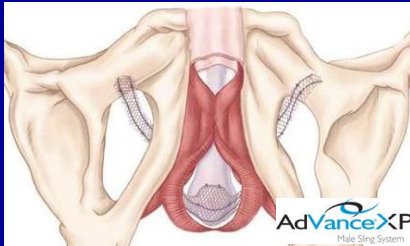
Bei hochgradiger Inkontinenz ist Therapie der Wahl die Implantation eines **künstlichen Harnblasenschließmuskels** (artificialer Spinkter – z.B. Zephyr ZSI 375). Operativ wird eine Manschette um die Harnröhre gelegt, die diese verschließt. Zum Wasserlassen wird eine in den Hodensack implantierte Pumpe bedient.



Künstlicher Blaseschließmuskel Zephyr ZSI 375



Zephyr-Harnblasensphinkter-System



Spannungsfreies AdVanceXP-Band

Bildhafte Darstellungen der Therapieoptionen



Adjustierbares Remeex-System



Sakralnervenstimulation



Klinik für Urologie und Kinderurologie

# Harninkontinenz – kein Tabu-Thema

Eine Informationsbroschüre für Patienten mit Harninkontinenz

*Fragen Sie unser Team kompetenter Ärzte & Schwestern. Lassen Sie sich beraten! Eine Inkontinenz kann in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden!*



UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR  
UROLOGIE UND KINDERUROLOGIE  
Univ.-Prof. Dr. med. Martin Schostak

Sprechstunde für Harninkontinenz  
OA Dr. A. Janitzky

Telefonische Terminvereinbarung  
unter 0391 / 67-13132



OTTO VON GUERICKE  
UNIVERSITÄT  
MAGDEBURG

MEDIZINISCHE  
FAKULTÄT

UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
MAGDEBURG

