



# Diagnostik und Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau



## Autoren:

Prof. Dr. Christl Reisenauer, LL Koordination (AGUB der DGGG)

Dr. Cathleen Muche-Borowski, Methodische Betreuung und Moderation (AWMF)

Prof. Dr. Christoph Anthuber (AGUB), PD Dr. Dominique Finas (AGUB), Dr. Thomas Fink (AGUB), Prof. Dr. Boris Gabriel (AGUB), Dr. Markus Hübner (AGUB), Dr. Kurt Lobodasch (AGUB), Dr. Gert Naumann (AGUB), Prof. Dr. Ursula Peschers (AGUB), Prof. Dr. Dr. h.c. Eckhard Petri (AGUB), Dr. Nadine Schwertner-Tiepelmann (AGUB), Sonja Soeder (AGUB), Dr. Ulrich Steigerwald (AGUB), Prof. Dr. Alexander Strauss (AGUB), Prof. Dr. Ralf Tunn (AGUB), Prof. Dr. Volker Viereck (AGUB), Dr. Thomas Aigmüller (AUB), Dr. Dieter Kölle (AUB), Dr. Stephan Kropshofer (AUB), Prof. Dr. Karl Tamussino (AUB), PD Dr. Annette Kuhn (AUG), Prof. Dr. Klaus Höfner (DGU), Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns (DGU), PD Dr. Matthias Oelke (DGU), Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel (DGU), Prof. Dr. Christoph Klingler (ÖGU), Ulla Henscher (Deutscher Verband für Physiotherapie/ AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie) Almut Köwing (Deutscher Verband für Physiotherapie/ AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie), Bärbel Junginger (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten)

## Beteiligte Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften:

Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie Schweiz (AUG)

Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie Österreich (AUB)

Österreichische Gesellschaft für Urologie

Deutscher Verband für Physiotherapie/AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten



## 1. Anamnese und klinische Untersuchung

Die Abklärung der Patientinnen mit Harninkontinenz sollte systematisch erfolgen und die Allgemeinanamnese, urogynäkologische Anamnese, körperliche Untersuchung sowie Untersuchungs- und Behandlungserwartungen einschließen **(LOE 2, Empfehlungsgrad B)**.

Berücksichtigung sollten finden: Harnspeicherung, Blasenentleerung, Beschwerden nach der Blasenentleerung, Typ und Ausprägung der Inkontinenz sowie der Leidensdruck **(LOE 3, Empfehlungsgrad B)**.

## 2. Fragebögen

Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz darüber, dass der Einsatz von Fragebögen bei der Harninkontinenzbeurteilung das Therapieergebnis beeinflusst **(LOE 4)**.

## 3. Miktionsprotokoll / Miktionstagebuch

Miktionstagebücher, die 3-7 Tage lang geführt werden, sind eine zuverlässige Methode für die Quantifizierung des durchschnittlichen Miktionsvolumens und der Miktionshäufigkeit während des Tages und der Nacht.

Miktionsprotokolle werden eingesetzt, um Harninkontinenz-begleitende Blasenspeicher- und Blasenentleerungsstörungen zu erfassen und zu bewerten **(LOE 2b)**.



## 4. Urinuntersuchung

Bei Frauen mit Harnwegsinfekt tritt Harninkontinenz häufiger auf. Im Gegensatz zum symptomatischen Harnwegsinfekt scheint die asymptomatische Bakteriurie die Harninkontinenz wenig zu beeinflussen.

## 5. Restharnbestimmung

Die Sonographie der Harnblase am Ende der Miktion liefert eine genaue Einschätzung der Restharmenge. Die Restharmenge soll sonographisch bestimmt werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad A**).

Die Restharmenge sollte bei Patientinnen mit Harninkontinenz und/ oder Miktionsschwierigkeiten bestimmt werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad B**).

Die Restharmenge sollte bestimmt werden bei Patientinnen, die eine Behandlung erhalten, die potentiell eine Blasenentleerungsstörung verursachen oder verschlechtern kann (**LOE 1b, Empfehlungsgrad B**).

## 6. Padtest (Vorlagenwiegetest)

Padtests können als Verlaufskontrolle und zur Beurteilung des Behandlungserfolges eingesetzt werden. Ein Padtest sollte durchgeführt werden, wenn die Quantifizierung des Harnverlustes erforderlich ist. Padtests sollten durchgeführt werden, wenn der objektive Therapieerfolg beurteilt werden soll (**LOE 1b, Evidenzgrad B**).



## 7. Urodynamik

Die urodynamische Untersuchung dient der Objektivierung und Quantifizierung des Beschwerdebildes, der richtigen Zuordnung von Symptomatik und Pathophysiologie, sowie der Identifikation von Risikofaktoren, die entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg oder mögliche Komplikationen und unerwünschte Folgeerscheinungen haben.

Eine routinemäßige urodynamische Untersuchung ist vor einer konservativen Therapie der Harninkontinenz nicht indiziert (**LOE 1a, Empfehlungsgrad O**).

Vor operativen Eingriffen - insbesondere Rezidiveingriffen – sollte eine urodynamische Untersuchung durchgeführt werden, um mit größtmöglicher Sorgfalt die Patientin zu beraten und der richtigen Therapie zuzuführen (**LOE 3, Empfehlungsgrad B**).

Die Beurteilung der Urethrafunktion sollte im Rahmen der urodynamischen Abklärung der Belastungsinkontinenz Berücksichtigung finden (**LOE 3, Empfehlungsgrad B**).

Bei Patientinnen mit höhergradiger genitaler Senkung ohne Symptome einer Belastungsinkontinenz sollte ein Stresstest nach Prolapsreposition durchgeführt werden. Zur Beurteilung einer begleitenden larvierten Belastungsinkontinenz oder/und einer Detrusordysfunktion sollte eine Urodynamik mit Prolapsreposition durchgeführt werden (**LOE 3, Empfehlungsgrad B**).



## 8. Bildgebung

In der Bildgebung zur Darstellung der Morphologie und der Funktion des unteren Harntraktes verdrängen die Sonographie und Kernspintomographie zunehmend die Röntgenuntersuchungen.

Die Zystographie und Miktionszystourethrographie sind bei der Primärdiagnostik einer unkomplizierten Belastungsinkontinenz nicht indiziert (**LOE 4, Empfehlungsgrad O**).

Zur topographisch-funktionellen Beurteilung von Blase, Harnröhre und Beckenbodenmuskulatur werden die Introitussonographie und die Perinealsonographie eingesetzt. Die Sonographie hat mittlerweile einen etablierten Stellenwert in Bezug auf die Diagnostik und den weiteren Behandlungsalgorithmus bei Frauen mit Belastungsharninkontinenz (**LOE 2**). Gerade bei Therapieversagern kann ihr Einsatz klinisch sehr hilfreich sein. Im Rahmen der konservativen Therapie ist der Rehabilitative Ultraschall (RU) als Biofeedbackinstrument in der Physiotherapie etabliert.

## 9. Endoskopie

Bei Belastungsinkontinenz wird eine Urethrozystoskopie dann empfohlen, wenn zusätzliche Drangsymptome, Entleerungsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfekte oder eine Hämaturie bestehen, um morphologische Ursachen wie Harnblasentumore oder Steine, Harnröhrenstenosen oder chronische Blasenschleimhautveränderungen auszuschließen (**LOE 3**).



## 1. Östrogene

Eine lokale Östrogentherapie soll allen postmenopausalen Patientinnen mit Harninkontinenz empfohlen werden. Die Therapiedauer und der beste Applikationsmodus sind unklar **(LOE 1a, Empfehlungsgrad A)**.

Patientinnen sollen vor einer systemischen Östrogensubstitution darüber informiert werden, dass diese zum Auftreten oder zur Verschlechterung einer Harninkontinenz führen kann **(LOE 1a, Empfehlungsgrad A)**.

## 2. Körpergewicht

Übergewichtigen Patientinnen mit Harninkontinenz soll eine Gewichtsreduktion (>5%) empfohlen werden **(LOE 1b, Empfehlungsgrad A)**. Ein Gewichtsverlust um mehr als 5% verbessert die Inkontinenzbeschwerden **(LOE 1b)**.

## 3. Duloxetin

Duloxetin soll Frauen angeboten werden, die eine vorübergehende Verbesserung der Inkontinenzbeschwerden anstreben **(LOE 1b, Empfehlungsgrad A)**.

Aufgrund hoher Nebenwirkungen soll die Duloxetintherapie einschleichend begonnen werden **(LOE 1b, Empfehlungsgrad A)**.

## 4. Pessartherapie

Eine Pessartherapie sollte Patientinnen mit Belastungsinkontinenz als Therapieoption angeboten werden **(LOE 1b, Empfehlungsgrad B)**.



## 5. Beckenbodentraining

Bei einer Belastungsinkontinenz soll ein angeleitetes Beckenbodentraining über mehr als drei Monate, kombiniert mit einem Blasentraining, durchgeführt werden (**LOE 1a, Empfehlungsgrad A**).

In der Schwangerschaft und nach der Geburt soll ein Beckenbodentraining zur Prävention und Therapie einer Inkontinenz eingesetzt werden (**LOE 1a, Empfehlungsgrad A**).

Das Beckenbodentraining sollte individuell angeleitet werden und kann als Einzeltherapie, in der Gruppe oder im eigenverantwortlichen Training durchgeführt werden. (**LOE 1b und 2b, Empfehlungsgrad B**).

Beckenbodentraining sollte auch bei älteren Patientinnen durchgeführt werden (**LOE 1b und 2b, Empfehlungsgrad B**).

Aktives Beckenbodentraining sollte einer alleinigen Elektrostimulation vorgezogen werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad B**). Eine Kombination beider Maßnahmen kann wirksamer sein als Beckenbodentraining allein (**LOE 1b**).

Zur Beurteilung der Beckenbodenaktivität sollte die vaginale Palpation oder ein Perineometer eingesetzt werden (**LOE 2b, Empfehlungsgrad B**).

Die Vibrationstherapie mittels seitenalternierend schwingender Bodenplatte führt in Kombination mit Physiotherapie zu einer Verbesserung der Kontinenz (**LOE 2, Empfehlungsgrad 0**).





## Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz

1. Suburethrale Bandanlagen (retropubisch und transobturatorisch) sollen Frauen mit unkomplizierter Belastungsinkontinenz als primäre operative Therapieoption angeboten werden (**Empfehlungsgrad A**).
2. Die offene oder laparoskopische Kolposuspension oder die autologe Faszienring-Schlinge sollen Frauen mit Belastungsinkontinenz angeboten werden, wenn suburethrale Bandanlagen (retropubisch oder transobturatorisch) nicht in Betracht kommen. Eine Kolposuspension kann auch bei gleichzeitig bestehender Traktionszystozele sinnvoll sein, oder wenn bereits ein laparoskopischer/offener Zugangsweg aus anderen Gründen gewählt wurde (**Empfehlungsgrad A**).
3. Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine retropubische Schlinge angeboten wird, sollen über das höhere perioperative Komplikationsrisiko (v.a. Blasenverletzungen, retropubische Hämatome) im Vergleich zur transobturatorischen Schlingeneinlage aufgeklärt werden (**Empfehlungsgrad A**).
4. Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine transobturatorische Schlinge angeboten wird, sollen über das langfristig höhere Dyspareunie- und Schmerzrisiko aufgeklärt werden (**Empfehlungsgrad A**).



## Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz

5. Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, die eine Therapie mit einer autologen FaszienSchlinge erhalten, sollen über das hohe Risiko von Blasenentleerungsstörungen und die Notwendigkeit eines intermittierenden Selbstkatheterismus aufgeklärt werden; es sollte sichergestellt werden, dass sie dazu fähig und damit einverstanden sind **(Empfehlungsgrad A)**.
6. Die intraoperative Urethro-Zystoskopie sollte bei jeder retropubischen suburethralen Bandeinlage und Schwierigkeiten während einer transobturatorischen suburethralen Bandeinlage durchgeführt werden **(Empfehlungsgrad B)**.
7. Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine Minischlinge (single-incision Schlinge) angeboten wird, sollten darüber aufgeklärt werden, dass diese weniger effektiv als eine suburethrale Standardschlinge sein könnte und die Wirksamkeit nach einem Jahr bisher noch nicht endgültig geklärt ist **(Empfehlungsgrad B)**.
8. Justierbare suburethrale Schlingen sollten in der Primärtherapie der Belastungsinkontinenz nur im Rahmen von Studien angeboten werden **(Empfehlungsgrad B)**.
9. Periurethrale Bulking Agents sollen Frauen die eine Heilung der Belastungsinkontinenz anstreben nicht angeboten werden **(Empfehlungsgrad A)**.



## Empfehlungen zur operativen Therapie der komplizierten Belastungsinkontinenz

1. Die Wahl der operativen Therapie zur Behandlung einer Rezidiv-Belastungsinkontinenz sollte erst nach sorgfältiger Evaluierung jeder Patientin erfolgen (**Empfehlungsgrad B**).
2. Patientinnen sollen aufgeklärt werden, dass der operative Erfolg eines Rezidiveingriffes der einer Primärtherapie unterlegen ist, sowohl im Sinne eines reduzierten Nutzens als auch eines erhöhten intraoperativen Verletzungsrisikos (**Empfehlungsgrad B**).
3. Ein artifizieller Sphinkter sollte als Therapieoption einer komplizierten Belastungsinkontinenz nur dann angeboten werden, wenn einerseits die langfristige ärztliche Betreuung der Patientin gewährleistet ist und andererseits die Patientin in der Lage ist, den Sphinkter selbst zu bedienen. Über das höhere Risiko eines mechanischen Versagens und die Explantationsnotwendigkeit bei Komplikationen sollte bereits präoperativ aufgeklärt werden (**Empfehlungsgrad B**).



## Operative Therapie der Belastungsinkontinenz bei Frauen mit Mischharninkontinenz

Nach operativer Therapie der Belastungsinkontinenz kann sich eine präexistente Drangsymptomatik (Urgency) verbessern, gleich bleiben oder verschlechtern (LOE 3).

Frauen mit einer Mischharninkontinenz und urodynamisch nachgewiesener Detrusorhyperaktivität haben niedrigere Zufriedenheitsraten nach einer suburethralen Bandanlage im Vergleich zu Frauen mit alleiniger Belastungsinkontinenz.

Frauen mit Mischharninkontinenz mit dominierender Belastungsinkontinenzkomponente haben ein signifikant besseres Outcome nach operativer Therapie der Belastungsinkontinenz als Frauen mit einer dominierenden Dranginkontinenzkomponente.



**Mögliche Komplikationen die in Verbindung mit der operativen Therapie der Belastungsinkontinenz auftreten sind:**

Überaktive Blase

Restharnbildung

Urogenitale Komplikationen (Blasenverletzungen, Urethraverletzungen, Erosionen von Fremdmaterial in die Urethra, Blase oder Vagina, urethrovaginale und vesikovaginale Fisteln)

Allgemeine Komplikationen (kardiovaskuläre, dermatologische, febrile, infektiöse, neurologische und pulmonale Komplikationen, sowie Schmerzen und sexuelle Funktionsstörungen etc.)

Gastrointestinale Komplikationen (Darmverletzungen, Ileus)

Vaskuläre Komplikationen (Verletzungen von größeren Blutgefäßen)

Neurologische Komplikationen



Aktivitäten von denen postoperativ abgeraten wird (z.B. das Heben schwererer Lasten >5 Kg, körperliches Training) erzeugen keinen höheren intraabdominellen Druck als alltägliche, unvermeidbare Aktivitäten wie das Erheben aus einem Sessel oder das Aufstehen aus dem Liegen.

Es existiert keine Evidenz dafür, dass das Duschen nach abdominalen oder vaginalen operativen Eingriffen eingeschränkt werden soll.

Der vaginale Ausfluss limitiert das Baden.

Den Empfehlungen zur aktiven Beteiligung am Straßenverkehr, sollten die kognitiven Fähigkeiten und die Schmerztherapie der Patientin zugrunde gelegt werden und nicht Bedenken bezüglich Wundkomplikationen.

Die zu frühe Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr kann eine Wundinfektion und eine Nahtdehiszenz zur Folge haben.