

# Interdisziplinäre S2e-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau

Kurzfassung – AWMF-Register-Nummer: 015–005, Juli 2013

Interdisciplinary S2e Guideline for the Diagnosis and Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women

Short version – AWMF Registry No. 015–005, July 2013

## Autoren

Prof. Dr. C. Reisenauer, LL Koordination (AGUB der DGGG), Dr. C. Muche-Borowski, methodische Betreuung und Moderation (AWMF), Prof. Dr. C. Anthuber (AGUB), PD Dr. D. Finas (AGUB), Dr. T. Fink (AGUB), Prof. Dr. B. Gabriel (AGUB), Dr. M. Hübner (AGUB), Dr. K. Lobodasch (AGUB), Dr. G. Naumann (AGUB), Prof. Dr. U. Peschers (AGUB), Prof. Dr. E. Petri (AGUB), Dr. N. Schwertner-Tiepelmann (AGUB), S. Soeder (AGUB), Dr. U. Steigerwald (AGUB), Prof. Dr. A. Strauss (AGUB), Prof. Dr. R. Tunn (AGUB), Prof. Dr. V. Viereck (AGUB), Dr. T. Aiglmüller (AUB), Dr. D. Kölle (AUB), Dr. S. Kropshofer (AUB), Prof. Dr. K. Tamussino (AUB), PD Dr. A. Kuhn (AUG), Prof. Dr. K. Höfner (DGU), Prof. Dr. R. Kirschner-Hermanns (DGU), PD Dr. M. Oelke (DGU), Prof. Dr. D. Schultz-Lampel (DGU), Prof. Dr. C. Klingler (ÖGU), U. Henscher (Deutscher Verband für Physiotherapie/AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie), A. Köwing (Deutscher Verband für Physiotherapie/AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie), B. Junginger (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten)

## Die Leitlinie wird von folgenden Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften getragen

- ▶ 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
- ▶ Deutsche Verband für Physiotherapie/AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie
- ▶ Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten

## Hinweis

Die Langversion einschließlich des kompletten Literaturverzeichnisses und des Leitlinienreports kann auf der Homepage der AWMF ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)) eingesehen werden.

## 1 Definition

Als Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) wird der unwillkürliche Urinverlust während körperlicher Anstrengung, beim Niesen oder Husten definiert.

## 2 Diagnostik

### 2.1 Anamnese und klinische Untersuchung

Die Abklärung der Patientinnen mit Harninkontinenz sollte systematisch erfolgen und die Allgemeanamnese, 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**).

### 2.2 Fragebögen

Fragebögen werden eingesetzt, um die Symptome der Patientin zu erfassen, den Schweregrad und die Auswirkungen auf die Patientin sowie die Veränderungen der Symptome im Laufe der Zeit, z. B. nach einer Behandlung, zu dokumentieren. Es sollten inhaltlich und sprachlich validierte Fragebögen verwendet werden. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz darüber, dass der Einsatz von Fragebögen bei der Harninkontinenzbeurteilung das Therapieergebnis beeinflusst (**LOE 4**).

### 2.3 Miktionsprotokoll/ Miktionstagebuch

Miktionsstagebücher, 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

## Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1350871>  
 Geburtsh Frauenheilk 2013; 73: 1–5 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0016-5751

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Christl Reisenauer**  
 Universitäts-Frauenklinik  
 Tübingen  
 Calwerstraße 7  
 72076 Tübingen  
[christl.reisenauer@med.uni-tuebingen.de](mailto:christl.reisenauer@med.uni-tuebingen.de)

## DGGG-Leitliniensekretariat

**Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann, DGGG-Leitlinienbeauftragter**  
 Frauenklinik  
 Universitätsklinikum Erlangen  
 Universitätsstraße 21–23  
 91054 Erlangen  
 Tel.: 091 31-85-3 35 07/4 40 63  
 Fax: 091 31-85-3 39 51

Blasenspeicher- und Blasenentleerungsstörungen zu erfassen und zu bewerten (**LOE 2b**).

## 2.4 Urinuntersuchung

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

## 2.5 Restharnbestimmung

Restharn ist die in der Harnblase verbleibende Urinmenge am Ende der Miktion. Es gibt keine Standarddefinition für eine pathologische Restharnmenge.

Die Sonografie der Harnblase am Ende der Miktion liefert eine genaue Einschätzung der Restharnmenge. Die Restharnmenge soll sonografisch bestimmt werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad A**).

Die Restharnmenge sollte bei Patientinnen mit Harninkontinenz oder Miktionschwierigkeiten bestimmt werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad B**).

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

## 2.6 Padtest (Vorlagenwiegetest)

Der Padtest dient dazu, den Urinverlust zu quantifizieren und kann als Verlaufskontrolle und zur Beurteilung des Behandlungserfolges eingesetzt werden.

## 2.7 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 vorausgehende Urodynamik beeinflusst den Behandlungserfolg einer konservativen Harninkontinenztherapie nicht. 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 Belastungsincontinenz Berücksichtigung finden (**LOE 3, Empfehlungsgrad B**).

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

## 2.8 Bildgebung

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

Die Zystografie und Miktionszystourethrografie sind bei der Primärdiagnostik einer unkomplizierten Belastungsincontinenz nicht indiziert (**LOE 4, Empfehlungsgrad O**).

Zur topografisch-funktionellen Beurteilung von Blase, Harnröhre und Beckenbodenmuskulatur werden die Introitussonografie und die Perinealsonografie eingesetzt. Die Sonografie 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 visuelles Biofeedbackinstrument in der Physiotherapie etabliert.

## 2.9 Endoskopie

Bei Belastungsincontinenz 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 Blasen-schleimhautveränderungen auszuschließen (**LOE III**).

## 3 Therapie

### 3.1 Konservative Therapie

#### 3.1.1 Östrogene

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

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

#### 3.1.2 Körpergewicht

Übergewicht ist ein Risikofaktor für die Belastungsincontinenz bei Frauen. Ein Gewichtsverlust um mehr als 5% verbessert die Inkontinenzbeschwerden (**LOE 1b**).

Übergewichtigen Patientinnen mit Harninkontinenz soll eine Gewichtsreduktion (>5%) empfohlen werden (**LOE 1b, Empfehlungsgrad A**).

#### 3.1.3 Duloxetin

Duloxetin heilt nicht die Inkontinenz, sondern reduziert die Belastungs- und Dranginkontinenzepisoden (**LOE 1b**). Duloxetin verursacht signifikante gastrointestinale und zentralnervöse Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Obstipation, Schwindel, Schlaflosigkeit, Müdigkeit), die zu hohen Therapieabbruchraten führen (**LOE 1b**).

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**).

#### 3.1.4 Pessartherapie

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

### 3.1.5 Beckenbodentraining

Bei einer Belastungsinkontinenz soll ein angeleitetes Beckenbodentraining über mehr als 3 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**).

## 3.2 Operative Therapie

Die operative Therapie der Belastungsinkontinenz sollte erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapie in Betracht gezogen werden.

Jeder Operation sollte ein ausführliches Gespräch mit der Patientin vorangehen, in dem sie über die Gründe und Ziele des operativen Eingriffes, die Vorteile/den Nutzen und mögliche Eingriffskomplikationen informiert wird. Genauso wichtig ist die Besprechung über die Vor- und Nachteile alternativer Therapieoptionen, sofern diese verfügbar sind.

Von einer unkomplizierten Belastungsinkontinenz spricht man, wenn keine Inkontinenzoperationen in der Vorgeschichte, neurologische Symptome und kein symptomatischer Genitalprolaps oder Kinderwunsch vorliegen. Hingegen spricht man von einer komplizierten Belastungsinkontinenz, wenn Frauen ein oder mehrere der o. g. Kriterien aufweisen.

### 3.2.1 Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz

#### 3.2.1.1 Offene Kolposuspension

Systematische Reviews haben gezeigt, dass die offene Kolposuspension (Burch) und die autologen Faszienstränge zur Behandlung der Belastungsinkontinenz der Frau kurzfristig (nach 5 Jahren) gleich effektiv sind (**LOE 1b**).

Die Effektivität der Kolposuspension nimmt nach 5 Jahren ab. Im 1. Jahr postoperativ betrug die Kontinenzrate nach offener Kolposuspension noch 85–90%. Die Versagerquote (persistierende Inkontinenz/Rezidivinkontinenz) lag bei 17% innerhalb der ersten 5 Jahre und stieg anschließend auf 21% an. Eine genitale Senkung tritt nach Kolposuspension häufiger auf als nach anderen Inkontinenzoperationen. Autologe Faszienstränge weisen höhere perioperative Komplikationsrisiken auf als die offene Kolposuspension, insbesondere verursacht durch Blasenentleerungsstörungen und postoperative Harnwegsinfekte (**LOE 1b**).

### 3.2.1.2 Laparoskopische Kolposuspension

Die laparoskopische Kolposuspension zeigt bei der Heilung der Belastungsinkontinenz 2 Jahre postoperativ eine gleich hohe Effektivität wie die offene Kolposuspension (**LOE 1a**).

Die laparoskopische Kolposuspension ist mit weniger postoperativen Schmerzen, einer kürzeren Rückkehrzeit zu normalen Aktivitäten, einem kürzeren Krankenhausaufenthalt sowie einer kürzeren Katheterisierungsdauer verbunden als die offene Kolposuspension (**LOE 1a**).

### 3.2.1.3 Suburethrale spannungsfreie Bänder

Suburethrale spannungsfreie Bänder wurden aufgrund ihrer Effektivität, der geringen Invasivität und raschen postoperativen Erholung der Patientin schnell in die Primärtherapie der Belastungsinkontinenz aufgenommen.

Die NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) Clinical Guideline 2006 empfiehlt die Verwendung von synthetischen, makroporösen Typ-I-Bändern zur Behandlung der Belastungsinkontinenz der Frau.

### Suburethrale Bänder und Kolposuspension im Vergleich

Die retropubischen Bandoperationen zeigen 12 Monate postoperativ gleiche subjektive und bessere objektive Belastungsinkontinenz-Heilungsraten im Vergleich mit der Kolposuspension (**LOE 1a**).

Die transobturatorischen Bandoperationen zeigen 12 Monate postoperativ subjektiv und objektiv gleiche Heilungsraten bei der Belastungsinkontinenz im Vergleich mit der Kolposuspension (**LOE 2**).

Nach einer suburethralen Bandoperation traten weniger häufig De-novo-Urgency-Symptome und Blasenentleerungsstörungen auf als nach einer Kolposuspension (**LOE 1a**).

In der Metaanalyse der European Association of Urology (EAU) betrug die subjektive Heilungsrate 12 Monate nach suburethralen Bandoperationen 75%. Langfristige Follow-ups mit bis zu 5 Jahren zeigen keine Effektivitätsunterschiede im Vergleich zur Kolposuspension. Blasenentleerungsstörungen traten im Vergleich zur Kolposuspension seltener nach suburethralen Bandoperationen auf. Blasenperforationen traten häufiger während der Anlage suburethraler Bänder auf als bei der laparoskopischen Kolposuspension oder der offenen Kolposuspension.

### Transobturatorischer versus retropubischer Zugangsweg

Die Metaanalyse der EUA belegte gleich hohe subjektive und objektive Belastungsinkontinenz-Heilungsraten 12 Monate nach Anlage eines transobturatorischen suburethralen Bandes im Vergleich zur retropubischen suburethralen Bandoperation (**LOE 1a**). Die transobturatorische Bandtechnik ist mit einem niedrigeren Blasenperforationsrisiko und einem niedrigeren Risiko für Blasenentleerungsstörungen vergesellschaftet als die retropubische Bandtechnik (**LOE 1a**).

Demgegenüber treten nach transobturatorischer Implantationstechnik häufiger Schmerzen im Bereich der Oberschenkelinnenseite und Leiste sowie häufiger vaginale Verletzungen im Bereich der Sulci auf. Bezüglich der Arrosionen scheinen keine signifikanten Unterschiede zu bestehen.

Nach retropubischen Bändern treten häufiger Blasenverletzungen, retropubische Hämatome sowie Blasenentleerungsstörungen und Symptome des unteren Harntraktes auf.

12 Monate nach Anlage eines transobturatorischen Bandes haben die Patientinnen ein höheres Risiko für eine Urethra- und chronische perineale Schmerzen (**LOE 1a**).

Liegt eine hypotone Urethra als Ursache für die Belastungsinkontinenz vor, sind die Kontinenzraten nach Anlage eines retropubischen Bandes besser als nach Anlage eines transobturatorischen Bandes (**LOE 2**).

#### Outside-in- vs. Inside-out-Verfahren. Retropubische und transobturatorische Techniken im Vergleich

Das Outside-in-Verfahren bei retropubischen suburethralen Bandanlagen ist weniger effektiv als das Inside-out-Verfahren (**LOE 1a**).

Das Outside-in-Verfahren ist für die retropubischen Bänder mit einem höheren Risiko für postoperative Blasenentleerungsstörungen verbunden (**LOE 1b**).

Der Outside-in-Zugang transobturatorischer Bänder ist gleich effektiv wie der Inside-out-Zugang. Der Outside-in-Weg ist aber mit einer höheren Rate an Blasenentleerungsstörungen und Blasenverletzungen vergesellschaftet.

#### Single-Incision Slings (sogenannte Minischlingen)

Minischlingen wurden entwickelt, um die Invasivität der Inkontinenzoperationen weiterhin zu verringern. Dabei werden unterschiedliche makroporöse Polypropylenbänder zur Stabilisierung des mittleren Urethradrittels eingesetzt. Die Insertionspunkte der Minischlingen sind das retropubische Gewebe oder die obturatorische Membran/Muskulatur. Die Minischlingen haben zum Ziel, Komplikationen infolge der Bandpassage durch den retropubischen Raum oder durch die Adduktoren des Oberschenkels sowie Verletzungen des Nervus obturatorius zu vermeiden.

Single-Incision-Schlingen zeigen bis zu 12 Monate postoperativ eine gleich hohe Belastungsinkontinenz-Heilungsrate wie die retropubischen oder transobturatorischen Bänder (**LOE 1b**). Diese Gleichwertigkeit kann bislang für ein längeres Follow-up noch nicht nachgewiesen werden.

Der Blutverlust ist geringer und postoperative Schmerzen treten seltener nach Single-Incision-Schlingen auf als nach suburethralen Bandanlagen (**LOE 1b**). Es existiert keine Evidenz, dass andere Komplikationen seltener oder häufiger nach Single-Incision-Schlingen auftreten als nach suburethralen Bandanlagen (**LOE 1b**).

#### Justierbare Schlingen

Justierbare Schlingen ermöglichen die Spannung der implantierten Schlinge intra- und postoperativ zu verändern und so das Gleichgewicht zwischen Kontinenz und Blasenentleerung zu optimieren.

Es gibt bisher nur eine niedrige Evidenz dafür, dass justierbare suburethrale Schlingen zur Behandlung der Belastungsinkontinenz der Frau effektiv sind (**LOE 3**). Es existiert hingegen keine Evidenz, dass justierbare Schlingen den suburethralen Bändern überlegen sind (**LOE 4**).

##### 3.2.1.4 Bulking Agents

Bulking Agents werden in die urethrale Submukosa der proximalen Harnröhre/den externen urethralen Sphinkter injiziert und verfolgen das Ziel, die Kontinenz durch Koaptation der Urethrawand zu verbessern.

Die periurethrale Injektion eines Bulking Agents führt in Abhängigkeit der Materialien zur kurz- oder mittelfristigen Symptomverbesserung. Langzeitdaten liegen nicht vor (**LOE 2a**).

Wiederholte Injektionen sind oft notwendig, um einen bleibenden, aber auch manchmal nur kurzfristigen Therapieerfolg zu erzielen (**LOE 2a**).

Es gibt keine Evidenz dafür, dass ein Typ eines Bulking Agents einem anderen überlegen ist. Die Substanzen unterscheiden sich aber erheblich bei den Nebenwirkungen (**LOE 1b**).

Bulking Agents sind zur Heilung der Belastungsinkontinenz weniger effektiv als die Kolposuspension oder autologen Faszienschlingen (**LOE 2a**).

Der perkutane Zugangsweg zur Urethramukosa ist im Vergleich mit dem transurethralen Zugang mit einem höheren Restharnrisiko verbunden (**LOE 2b**).

Der Einsatz von Bulking Agents ist besonders für ein Patientinnenkollektiv mit eingeschränkter Operabilität geeignet (**LOE 2b**).

#### 3.2.2 Operative Therapie der komplizierten Belastungsinkontinenz

Die Versagerquote nach Inkontinenzoperationen ist sehr unterschiedlich und hängt mit der Definition von Operationsversagern zusammen. Zum Versagen kann es unmittelbar postoperativ (persistierende Inkontinenz) oder Jahre nach der Operation (Rezidivinkontinenz) kommen. Eine persistierende Belastungsinkontinenz oder eine Rezidiv-Belastungsinkontinenz sollte klar von einer Dranginkontinenz oder einer Inkontinenz anderer Ursache (Inkontinenz als Folge einer Fistel, neurogene Inkontinenz, Überlaufinkontinenz etc.) abgrenzt werden.

Bei der Behandlung der Rezidiv-Belastungsinkontinenz nach anteriorer Kolporrhaphie ist die offene Kolposuspension oder autologe Faszienschlingenanlage gleich effektiv (**LOE 1b**). Es konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer vorangegangenen operativen Therapie und dem Therapieerfolg nach Kolposuspension oder einer autologen Faszienschlinge (**LOE 2**) gesehen werden. Ein systematischer Literaturreview zeigte, dass das Risiko für ein Therapieversagen einer Belastungsinkontinenz-Operation höher ist bei Frauen, bei denen bereits eine Inkontinenz- oder Prolaps-Operation vorangegangen (**LOE 2**). Die Implantation eines suburethralen Bandes kann in der Sekundärtherapie der Belastungsinkontinenz weniger effektiv sein als in der Primärtherapie (**LOE 2**). Aufgrund der vorliegenden Daten kann keine Empfehlung zur Entfernung des primären suburethralen Bandes vor einer weiteren Inkontinenzoperation gegeben werden.

#### Artifizieller Schließmuskel

Es gibt hinsichtlich des Einsatzes des künstlichen Schließmuskels bei der Frau nur unzureichende Evidenz. In Fallserien mit einem Follow-up von 1 Monat bis zu 25 Jahren berichten die meisten Patientinnen über eine Verbesserung der Belastungsinkontinenz. Die subjektiven Heilungsraten liegen zwischen 59–88%. Komplikationen umfassen mechanisches Versagen mit Revisionsoperationen in bis zu 42% der Fälle innerhalb von 10 Jahren und Explantationsraten von 5,9–15%. Risikofaktoren für ein Versagen waren Lebensalter, eine vorangegangene Kolposuspension oder eine Radiotherapie des kleinen Beckens. Verletzungen von Urethra, Blase oder Rektum waren Risikofaktoren für die Explantation des artifiziellen Schließmuskels.

Die Implantation eines künstlichen Schließmuskels kann eine komplizierte Belastungsharninkontinenz der Frau verbessern oder heilen (**LOE 3**). Mechanisches Versagen und die Notwendigkeit der Sphinkterexplantation oder des Sphinkterersatzes sind typische Risiken eines artifiziellen Schließmuskels (**LOE 3**).

Suburethrale Bänder, die Kolposuspension und autologe Faszienschlingen sind Optionen für eine operative Therapie der persistierenden oder Rezidiv-Belastungsinkontinenz der Frau. Die Wahl ist abhängig von den vorangegangenen Eingriffen und der Präferenz der Patientin oder des Operateurs.

### 3.2.3 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 nachgewiesenen 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.

### 3.2.4 Zusammenfassung

#### Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz

Suburethrale Bandanlagen (retropubisch und transobturatorisch) sollen Frauen mit unkomplizierter Belastungsinkontinenz als primäre operative Therapieoption angeboten werden (**Empfehlungsgrad A**).

Die offene oder laparoskopische Kolposuspension oder die autologe FaszienSchlinge 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**).

Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine retropubische Schlinge angeboten wird, sollen über das höhere perioperative Komplikationsrisiko im Vergleich zur transobturatorischen Schlingeneinlage aufgeklärt werden (**Empfehlungsgrad A**).

Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine transobturatorische Schlinge angeboten wird, sollen über das langfristig höhere Dyspareunie- und Schmerzrisiko aufgeklärt werden (**Empfehlungsgrad A**).

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**).

Die intraoperative Urethro-Zystoskopie sollte bei jeder retropubischen suburethralen Bandeinlage und Schwierigkeiten während einer transobturatorischen suburethralen Bandeinlage durchgeführt werden (**Empfehlungsgrad B**).

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**).

Justierbare suburethrale Schlingen sollten in der Primärtherapie der Belastungsinkontinenz nur im Rahmen von Studien angeboten werden (**Empfehlungsgrad B**).

Periurethrale Bulking Agents sollen Frauen, die eine Heilung der Belastungsinkontinenz anstreben, nicht angeboten werden (**Empfehlungsgrad A**).

### Empfehlungen zur operativen Therapie der komplizierten Belastungsinkontinenz der Frau

Die Wahl der operativen Therapie zur Behandlung einer Rezidiv-Belastungsinkontinenz sollte erst nach sorgfältiger Evaluierung jeder Patientin erfolgen (**Empfehlungsgrad B**).

Patientinnen sollen aufgeklärt werden, dass der operative Erfolg eines Rezidiveingriffes dem einer Primärtherapie unterlegen ist, sowohl im Sinne eines reduzierten Nutzens als auch eines erhöhten intraoperativen Verletzungsrisikos (**Empfehlungsgrad B**).

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**).

## 4 Komplikationen

In dem Aufklärungsgespräch sollen die Risiken der vorgeschlagenen Operation und der Alternativeingriffe genannt werden und im Falle einer Verwirklichung die konkreten Auswirkungen auf die weitere Lebensführung der Betroffenen erläutert werden.

Da die Belastungsinkontinenz-Operationen die Heilung/Verbesserung der Beschwerden und dadurch die Verbesserung der Lebensqualität zum Ziel haben, müssen im individuellen Einzelfall die Risiken und Komplikationsmöglichkeiten des Eingriffes besonders sorgfältig gegen die Erfolgsaussichten abgewogen werden.

Mögliche Komplikationen, die in Verbindung mit der operativen Therapie der Belastungsinkontinenz auftreten, sind zu nennen: 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.

## 5 Perioperatives Management

Restriktive postoperative Empfehlungen können die Lebensqualität der Patientinnen erheblich einschränken. 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 ist dabei wichtig, auf die physiologische Durchführung der Aktivitäten hinzuweisen. Hier ist eine physiotherapeutische Anleitung zu empfehlen (**LOE 3**).

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 Nahtdehnsion zur Folge haben.

Prospektive Langzeitstudien sind notwendig um die Auswirkungen von physischen Aktivitäten auf das Auftreten, das Fortschreiten und die Rezidive von Harninkontinenz und Prolaps genitalis zu untersuchen.