

Harninkontinenz aktiv ansprechen



Margrit Mainusch
Urologische Klinik
und Poliklinik,
Klinikum der Univer-
sität München –
Großhadern (LMU)
E-Mail: margrit.
mainusch@med.uni-
muenchen.de

Koautoren:
Dr. Alexander
Kretschmar, LMU
Prof. Dr. Ricarda
Bauer, LMU
Prof. Dr. Christian
Stief, LMU
Dr. Jana Uhlhaas,
Klinik für Dermatologie,
Klinikum Nürnberg

Patienten mit Harninkontinenz haben massiven **Leidensdruck**. Trotzdem sprechen sie ihre Beschwerden meist aus Schamgefühl nicht offen an. Hier ist das Gespür des Hausarztes gefragt.

Die Harninkontinenz wird definiert als jeglicher **unwillkürlicher Harnverlust** [1]. Ursachen sind Veränderungen der Speicher- und Entleerungsfunktion sowie funktionelle Einschränkungen.

Mit zunehmenden Alter steigt die Prävalenz der Harninkontinenz an. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die Prävalenz liegt bei Frauen zwischen 5 bis 69 Prozent und bei Männern zwischen 2 bis 34 Prozent [2]. Bemerkenswerterweise wenden sich aber nur ca. 30 Prozent der betroffenen Frauen mit ihrem Problem an einen Arzt, so dass von einer **hohen Dunkelziffer** auszugehen ist.

Eine Harninkontinenz kann temporär im Rahmen eines akuten Harnwegsinfekts auftreten und auch Folge einer Grunderkrankung, beispielsweise einer COPD, sein.

Da die Harninkontinenz chronisch verläuft, können Folgeerkrankungen wie Depressionen und Hauterkrankungen auftreten. Die Betroffenen haben einen

massiven Leidensdruck und sprechen ihre Beschwerden meist aus Schamgefühl nicht offen an. Im Arzt-Patienten-Gespräch ist es daher wichtig, direkt auf mögliche Begleit- und Folgeerkrankungen einzugehen, um eine

umfassende Betreuung anbieten zu können. In der Urogynäkologie sind vor allem die Belastungsincontinenz, die Urgeharninkontinenz (Dranginkontinenz) und die Mischinkontinenz von Bedeutung (Tab. 1).

Harnwegsinfektionen

Bei einer **akuten Harnwegsinfektion** kann es neben vermehrter und schmerzhafter Miktions zu einer ausgeprägten Drangsymptomatik bis hin zum ungewollten Harnverlust kommen. Bei adäquater Therapie, die eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, regelmäßige Miktions und testgerechte antibiotische Therapie beinhaltet, sistiert der Harnverlust in diesem Fall mit den restlichen Symptomen.

Bei **chronischer Harninkontinenz** kann eine akute Infektion zu einer temporären Verschlechterung der Symptomatik führen. Durch die ständige Feuchtigkeit im Genitalbereich erhöht sich zudem die Chronifizierungsrate von Harnwegsinfektionen. Daher wurde die Harninkontinenz folgerichtig als wichtiger Risikofaktor für rezidivierende Harnwegsinfekte bestätigt [3].

Es sollte auf die regelmäßige **Körperhygiene** und den häufigen Wechsel von Hygieneartikeln geachtet werden. Auch bei Patienten mit chronischen Harnwegsinfekten sollte die Harninkontinenz direkt angesprochen und bestenfalls einer Therapie zugeführt werden.

Tab. 1: Häufigste Formen der Harninkontinenz

Belastungsincontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust bei körperlicher Belastung
Dranginkontinenz	Harnverlust aufgrund eines nicht zu unterdrückenden Harndrangs
Mischinkontinenz	Mischform aus Belastungs- und Dranginkontinenz

Hautreizungen

Durch den ständigen Kontakt von Urin mit der Haut kann es zu schmerzhaften Hautveränderungen kommen. Bei Harninkontinenz entsteht ein dauerhaft feuchtes und alkalisches Milieu sowie eine anhaltende physikalische **Reizung** durch das Tragen von Saugeinlagen. Diese toxischen und physikalischen Reize führen zu einer Verminderung der Hautbarriere und begünstigen zudem eine sekundäre Keimbesiedelung [4]. Dies wird als inkontinenzassoziierte (Ammoniak-)Dermatitis bezeichnet und äußert sich meist in Form von scharfbegrenzten, flächigen Rötungen, teils mit nässenden Erosionen und vereinzelt mit Blasenbildung (Abb. 1a, b). Eine sekundäre Besiedelung der geschädigten Haut mit Bakterien oder Pilzen kann zu lokalen **Hautinfektionen** führen. Diese entstehen häufig durch den Hefepilz *Candida albicans*, man spricht hier von einer *Candida intertrigo* (Abb. 1c). Betroffene Hautareale sind vor allem der Genitalbereich, die Leistenengegend und das Gesäß.

Die Behandlung besteht aus der **kausalen Therapie** der Inkontinenz. Es ist ein konsequentes **Trockenhalten** der intertriginösen Areale zu empfehlen, zudem sollten weitere Hautirritationen vermieden werden. Lokal kommen **zinkhaltige Externa** mit Einlage von Leinenläppchen zur Anwendung [5, 6].

Chronische Hautveränderungen

Neben akuten Erkrankungen der Haut kann der unkontrollierte Urinverlust auch zu chronischen Hautveränderungen, beispielsweise einem **Lichen sclerosus et atrophicus**, führen (Abb. 2). Der Lichen sclerosus ist eine chronisch-entzündliche, nicht infektiöse Hauterkrankung unklarer Ätiologie. Studien zeigen, dass neben der genetischen Disposition, dem Hormonstatus, Autoimmunmechanismen und Verletzungen der betroffenen Hautareale die Harninkontinenz das Auftreten der Erkrankung fördern kann [7, 8].

Im Genitalbereich sind vor allem die Vulva bei Frauen, die Präputialregion bei bestehen-

der Vorhaut bei Männern und der Perianalbereich betroffen. Klinisch zeigen sich anogenital porzellanartige, weißliche, atrophe Herde mit ausgeprägtem Juckreiz und Dyspareunie [6, 9]. Als Endzustand der Sklerosierung kann eine Verengung des Scheideneingangs bei Frauen (*Kraurosis vulvae*) und eine Phimosierung bei Männern auftreten. Des Weiteren besteht bei einem unbehandelten Lichen sclerosus ein erhöhtes Risiko für Vulva- und Peniskarzinome.

Therapeutisch werden hochpotente lokale Steroide, Calcineurininhibitoren und östrogenhaltige Externa angewendet. Kommt es zu einer relevanten Stenosierung oder einem Tumorwachstum sollte eine operative Sanierung erfolgen [6, 10].

Soziale und psychische Folgen

Viele Studien konnten zeigen, dass Patienten mit Harninkontinenz sich in ihrem sozialen Leben deutlich eingeschränkt fühlen [11-16]. Der unkontrollierte Verlust des Harns führt zudem zu einem Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper. Aus Schamgefühl und Angst vor sozialer Ausgrenzung kann es zu **sozialem Rückzug** kommen. Die soziale Isolation führt wiederum zu einer Vereinsamung und dem gehäuften Auftreten von psychischen Erkrankungen wie **Depressionen**. Problematisch ist, dass die Harninkontinenz in der öffentlichen Wahrnehmung insbesondere bei älteren Patienten irrtümlich als normale Alterserscheinung angesehen wird. Des Weiteren werden im Arzt-Patienten-Gespräch aufgrund des Schamgefühls und der Angst vor invasiven Eingriffen bestehende Beschwerden oftmals verschwiegen.

Hohe Kosten für Hilfsmittel wie Einlagen und gefährliche Coping-Strategien wie eine **verminderte Flüssigkeitszufuhr** können die Folge sein. Deshalb ist es wichtig, im Gespräch mit den Patienten auch diese Themen direkt und offen anzusprechen. Den Patienten sollte bewusst gemacht werden, dass die Harninkontinenz behandelbar ist.

Auch das **Sexualleben** ist durch den ungewollten Harnverlust beeinflusst. Aus

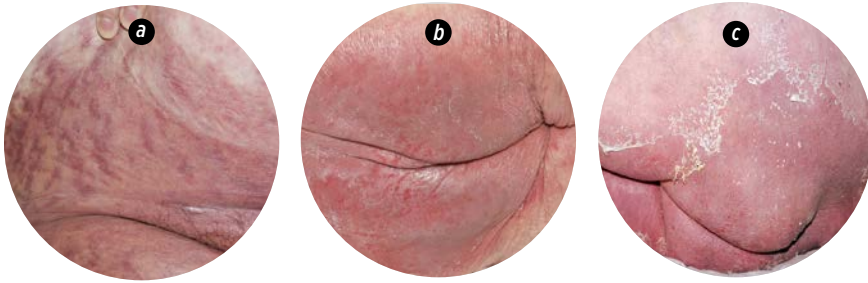


Abb. 1: Ammoniak-Dermatitis (a, b) und Candida intertrigo (c) bei Patientinnen mit Harninkontinenz.



Abb. 2: Lichen sclerosus et atrophicus bei einer Patientin mit Harninkontinenz.

Angst vor unfreiwilligem Harnabgang beim Geschlechtsverkehr kommt es zu sexuellem Rückzug bis zur sexuellen Blockade in der Partnerschaft. Hiervon sind Patienten mit einer Drang- wie auch Belastungsinkontinenz gleichermaßen betroffen. Bei der Belastungsinkontinenz kann ein **Harnabgang** beim Geschlechtsverkehr vor allem beim Orgasmus auftreten – insbesondere bei männlichen Patienten mit einer Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie [17]. Demgegenüber kann es bei der Dranginkontinenz während des Orgasmus aufgrund von Detrusorkontraktionen zu einem ungewollten Harnverlust kommen [18]. Auch hier sollte in Form einer ausführlichen **Sexualanamnese** auf Libido, Orgasmusfähigkeit, Zufriedenheit und Ängste direkt eingegangen und mögliche Therapieoptionen besprochen werden [19].



COPD

Die Harninkontinenz kann auch Folge einer chronischen Erkrankung sein. Es konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz des unkontrollierten Urinverlusts bei COPD-Patienten bei 34 bis 84 Prozent liegt [20, 21]. Hierbei handelt es sich meist um eine Belastungsinkontinenz. Ätiologisch führt hierbei die chronische Lungenüberblähung mit begleitendem Zwerchfell-tiefstand und vermehrter Hustenaktivität zu einer Erhöhung des intraabdominellen Drucks und im Verlauf zu Hypotonie und Hypermobilität der Harnröhre sowie verminderter Reaktionsfähigkeit des Beckenbodens. Bei **körperlicher Aktivität**, insbesondere beim Husten, kann es so zu einem ungewollten Harnverlust kommen. Patienten mit COPD sollten auf die Harninkontinenz als mögliche Folgeerkrankung hingewiesen werden und im Rahmen ganzheitlichen Therapiekonzepts der COPD sollte idealerweise auf die Harninkontinenz speziell eingegangen werden. **Verhaltenstherapeutische Optionen** beinhalten unter anderem das Führen eines Miktionsprotokolls, regelmäßiges Beckenbodentraining, Optimierung des Entleerungsverhaltens sowie Optimierung der Hustenstrategie [22].

FAZIT

- Harninkontinenz kann Folge von chronischen Erkrankungen sein (z. B. COPD) und chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte sowie dermatologische Erkrankungen induzieren oder aufrechterhalten.
- Eine Harninkontinenz hat einen signifikanten Einfluss auf Sexualeben, Psyche und Sozialleben der betroffenen Patienten.
- Wichtig ist, die Harninkontinenz in der täglichen Praxis offen anzusprechen. Auch auf häufige Begleit- und Folgeerkrankungen sollte im Gespräch direkt eingegangen werden.
- Harninkontinenz ist behandelbar. Möglich ist eine Verbesserung der Inkontinenz bis hin zu Kontinenz.

Literatur unter www.derhausarzt.eu
Mögliche Interessenkonflikte:
Die Autoren haben keine deklariert.