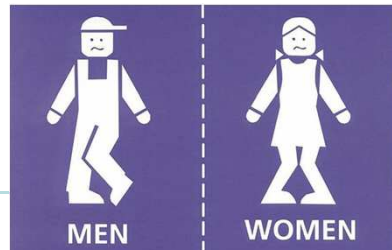


Harninkontinenz: Ein Tabuthema bei dem man helfen kann !



Dr. Günter GALLÉ
Universitätsklinik für Urologie Graz

Graz, 06.November 2013

DEFINITION



Harninkontinenz ist jeder unfreiwillige Harnverlust

ICS 2002

TABUTHEMA



INKONTINENZ

Psychologische Belastung
(Angst, Scham, Depression)

Verlust an
Selbstvertrauen

Erhöhte Abhängigkeit

Soziale Isolation

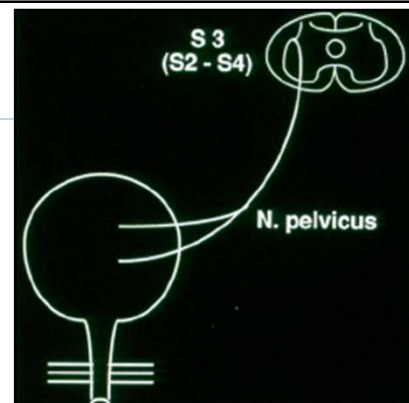
Verminderung der
sexuellen Aktivität

Verzicht von Freizeitaktivitäten

Verringerte Flüssigkeitszufuhr

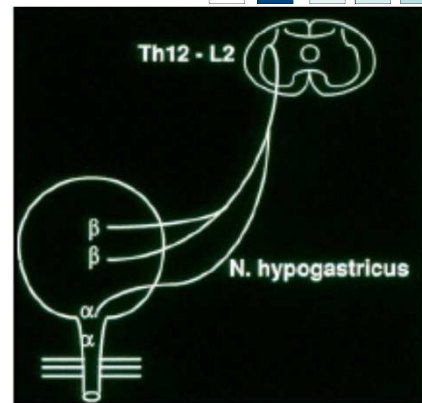
PARASYMPATHIKUS

- N. pelvicus
- aus S2-S4
- cholinerg
- Muskarinrezeptoren
- Kontraktion v. Detrusor
- Relaxation Blasen Hals



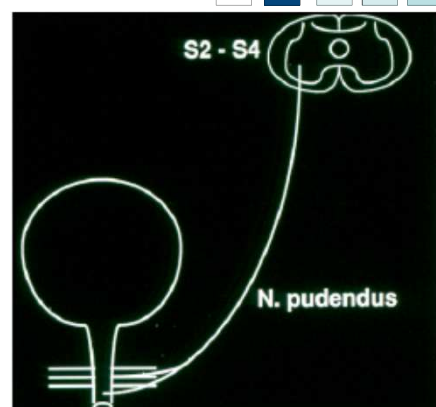
SYMPATHIKUS

- N. hypogastricus
- aus Th12-L2
- adren. β_3 Rezept.
- Relaxation v. Detrusor
- Tonussteigerung d. Blasenhalsses



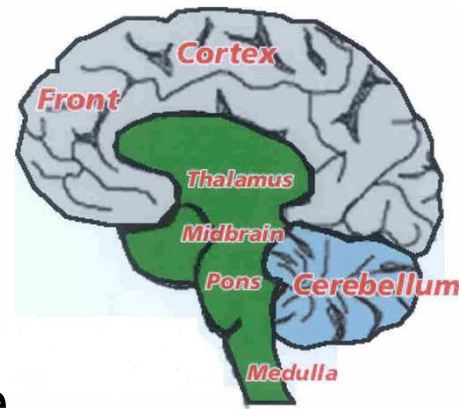
SOMATOMOTORISCH

- N. pudendus
- aus S2-S4
- Kontraktion v. Sphinkter ureth. ext.



ZNS STEUERUNG

- hemmende Areale
- aktivierende Areale



FORMEN DER HARNINKONTINENZ

1. Belastungsinkontinenz
2. Überaktive Blase (OAB)
3. Neurogene Harninkontinenz
4. Überlaufinkontinenz
5. Kontinuierliche Harninkontinenz

BELASTUNGSINKONTINENZ



Einteilung nach Stamey

Grad 1: Husten, Niesen, Pressen, schweren Heben

Grad 2: Aufstehen, Bewegung, Gehen

Grad 3: im Liegen

BELASTUNGSINKONTINENZ



Therapie konservativ:

- Blasentraining
- Beckenbodentraining
- Pessartherapie
- Biofeedback
- Elektrostimulation
- Lokale Östrogentherapie



DRANGINKONTINENZ



„over-active-bladder“ (OAB)

Definition:

- Pollakisurie (>8x/Tag)
- Nykturie (> 2x/Nacht)
- imperativer Harndrang
- drangbedingtes Einnässen



DRANGINKONTINENZ



Basisdiagnostik:

1. gezielte Befragung
2. gezielte körperliche Untersuchung
3. Harnuntersuchung
4. Restharnbestimmung
5. Miktionsprotokoll

DRANGINKONTINENZ



Weiterführende Diagnostik:

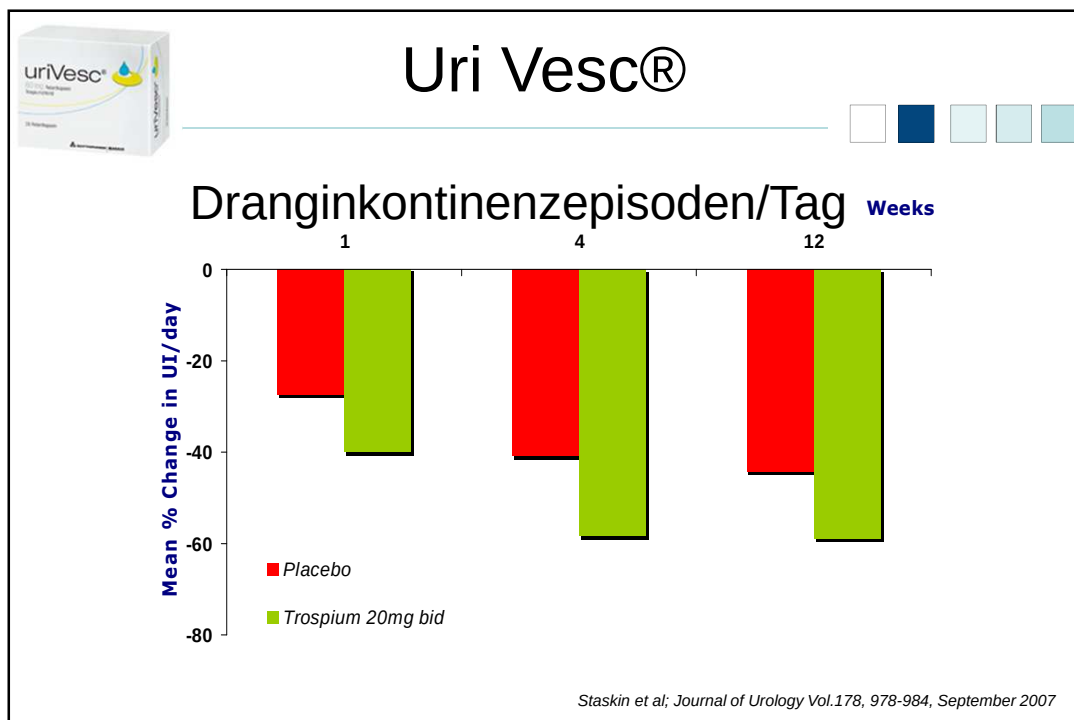
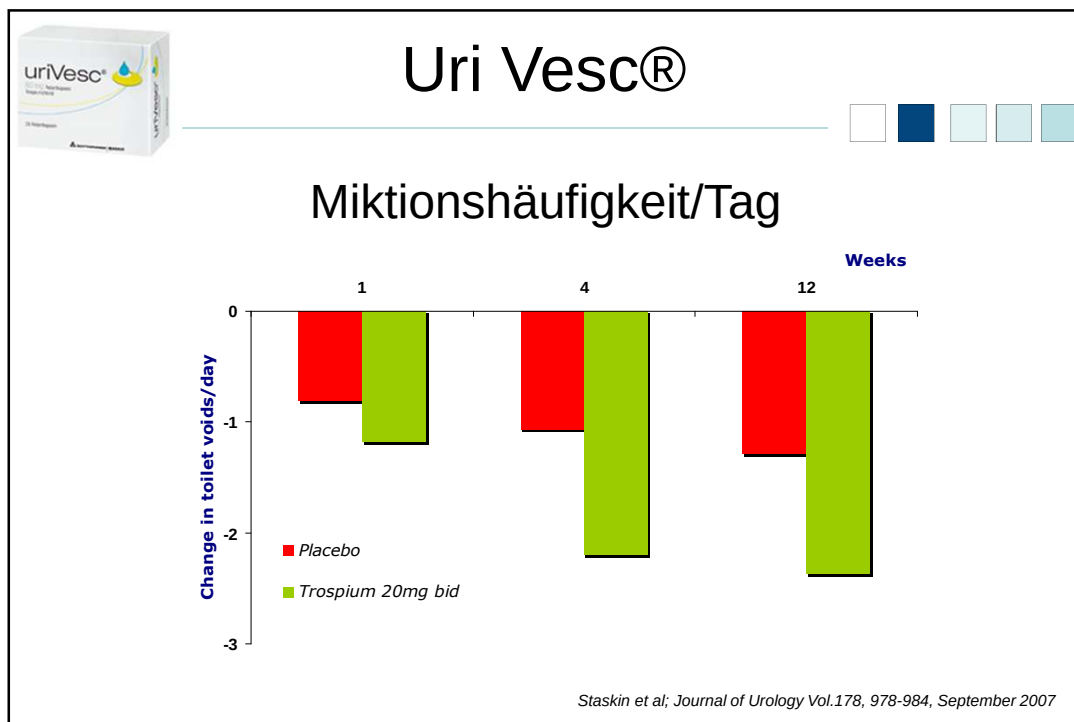
1. Cystoskopie
2. Uroflowmetrie
3. Urodynamik
4. Stresstest
5. Röntgendiagnostik (MCU, CT, MRI)
6. Beckenboden-Elektromyelographie

DRANGINKONTINENZ



Therapie:

- Anticholinergika
- Blasentraining
- Botoxinjektionen in den Detrusor
- Neuromodulation
- Blasenaugmentation



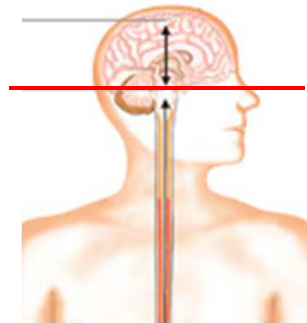
NEUROGENE BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN



1. Läsion oberhalb des pontinen Miktionszentrums

- Detrusorhyperaktivität
- imperativer Harndrang ohne Restharn

z.B. Parkinson-Syndrom,
Multiple Sklerose,
Demenz,
zerebrovaskuläre Erkrankungen
Medikamente
(Akinetika, Narkotika, Psychopharmaka,...)



NEUROGENE BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN



2. Läsion zwischen Pons und Sakralmark

- Detrusor-Sphinkterdyssynergie(DSD)
- imperativer Harndrang mit Restharn

z.B. Querschnittläsion,
angeborene Missbildung,
Multiple Sklerose.



NEUROGENE BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN



3. Läsion des sakralen Miktionszentrums

→ akontraktiler Detrusor, Hypo- od. Asensitivität, Harnverhalt

z.B. Polyneuropathie (v.a. bei D.M.),
Bandscheibenvorfall,
iatrogen (OP, RTX)
Borreliose,
Herpes Zoster
Guillain-Barré Syndrom

4. ÜBERLAUFINKONTINENZ



= Ischuria paradoxa

Definition: akute Unvermögen die Harnblase spontan zu entleeren

Ätiologie:

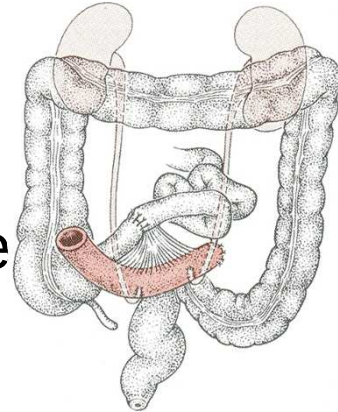
- mechanisch
- neurogen
- medikamentös



Klinik: unwillkürliches, permanentes Einnässen

5. KONTINUIERLICHE HARNINKONTINENZ

- Missbildungen
- Fisteln
- Dauerkatheter
- Ileumconduit
- Ureterocutaneostomie
- Nephrostomiedrain



ANTICHOLINERGETHERAPIE



- ausgewogene Affinität gegenüber $M_2 + M_3$ Rezep.
- direkte Wirkung auf das Urothel
- signifikante Abnahme der Miktionsfrequenz
- signifikante Abnahme der Inkontinenzepisoden
- gutes Nebenwirkungsprofil v.a. Mundtrockenheit
- Nebenwirkungen des ZNS wie bei Placebo
- einfache Anwendung gute Compliance