

INKONTINENZ

Wenn die Blase Probleme macht, wird eines der größten Tabus der Medizin offenbar

Schluss mit der Peinlichkeit!

Millionen von Menschen haben Harndrang. Aber sie wagen nicht, darüber zu sprechen. Dabei gibt es heute viele Wege zu wirksamen Therapien.

■ KARIN HENKE-WENDT

Vielen ist es peinlich. Darüber spricht man nicht gern – und leidet still. Ein Tabuthema also, eines von vielen in der Medizin. Keine Spur von moderner Offenheit und Aufklärung. Psychische Leiden, Impotenz, Pilzkrankheiten, Kopfläuse und Stottern sind nur wenige Beispiele für Distanz und Scheu. Viele Menschen haben damit zu tun, obwohl ihnen Therapien oft helfen könnten. Aber darüber wird zu wenig gesprochen.

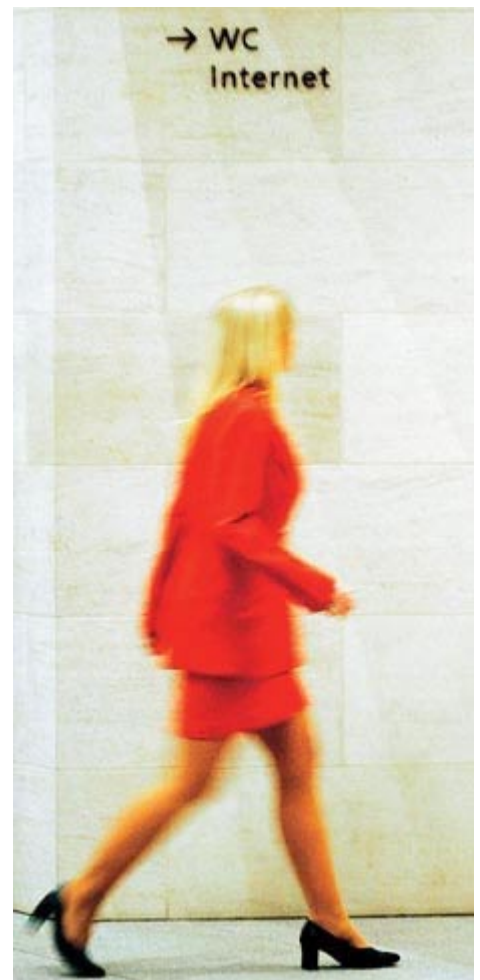
So ist es auch mit der Inkontinenz, der Blasenschwäche. Daran leiden allein in Deutschland weit über drei Millionen Frauen; Männer sind weit weniger betroffen. Bei einer Form, der Stressinkontinenz, sind es körperliche Erschütterungen, die Probleme machen. Beim Husten, Niesen, Lachen, überhaupt bei ruckartigen Bewegungen verlieren manche Frauen unwillkürlich Urin. Bei der Dranginkontinenz haben sie fast ständig die Not, den Urin zu halten.

„Wenn ich muss, dann muss ich – und zwar sofort“, sagen dann viele Patientinnen. Oft reicht die Zeit nicht, die Toilette zu erreichen. Ein enormer Leidensdruck für diese Frauen, der soziale Isolation bedeuten kann. Sie müssen stets darauf achten, schnell auf ein Klo zu kommen und können sich davon nicht weit wegbewegen, nicht einmal im Urlaub, der doch unbeschwert sein soll. Probleme kann es auch am Arbeitsplatz geben. Oft geht es nicht ohne Vorlagen und Windeln. Viele Frauen haben Angst vor dem Uringeruch. Eine Umfrage sagt, dass drei Viertel der Betroffenen noch nie mit einem Arzt über ihr Leid gesprochen haben.

Zwei Fächer sind gefragt

Einer, der sich seit langem mit dem heiklen Thema befasst, ist Professor Eckhard Petri, Chefarzt der Frauenklinik der Helios-Kliniken Schwerin. Diese Klinik ist eines der 22 deutschen Kontinenzzentren und wurde zu einer Anlaufstelle für schwierige Fälle. Petri ist Spezialist für Inkontinenzchirurgie und Rekonstruktionen des Beckenbodens. Er hat lange in der Urologie gearbeitet, bevor er sich der Gynäkologie zuwandte – eine ideale Kombination für diesen Bereich, da beide Fächer etwas zu Diagnose und Therapie beitragen können, sich oft aber distanziert gegenüberstehen, da die Urologie eher als Gebiet für männliche Patienten gilt.

„Das Hauptproblem bei der Inkontinenz ist das ganz natürliche Altern der Genitalorgane“, sagt Petri. Folgen hat das vor allem nach mehreren Schwangerschaften, weil sich dadurch das Bindegewebe verändert. Ein zusätzlicher Risikofaktor ist Übergewicht; dann hat das Bindegewebe noch mehr zu tragen. Aber: „Vieles ist genetisch bedingt. „Auch schlanke, gut durchtrainierte Frauen bekommen es. Und Frauen ohne Geburten“, sagt Petri. „Von Frauen über 70 ist jede Dritte inkontinent“, weiß Professor Klaus-Peter Jünemann, Vorsitzender der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft, die mit diesem Namen gegen das Tabu vorgeht.



SUCHE IM LAUFSCHRITT: Wie weit ist es zur nächsten Toilette?
Foto: Carsten Koall/Visum

Es passiert beim Lachen

Ein höheres Risiko haben auch Patientinnen mit chronischer Bronchitis. Das ständige Husten übt einen steten Druck auf das Bindegewebe des Beckenbodens aus und lässt es noch schneller erschlaffen.

Und wie genau passiert „es“? Wird Druck auf den Beckenboden ausgeübt, beim Lachen, beim Husten und Springen, dann werden Blase und Harnröhre nach unten gedrückt. Straffes Gewebe kann diesen Druck abfedern, schwaches aber bietet Blase und Harnröhre keinen Gegendruck mehr. Die Folge daraus: Die Blase entleert sich mit jedem Druck ein wenig.

Häufig leiden die Patientinnen auch an einer Senkung der Blase, bei der die Harnröhre wie ein Gartenschlauch abgeknickt wird. Erst wenn die Blase voll ist und der Druck auf die Harnröhre groß genug, gibt sie den Weg frei. Ein unangenehmer Nebeneffekt liegt darin, dass durch die Verlagerung der Blase möglicherweise etwas Restharn zurückbleibt. Das kann zu häufigen Blasenentzündungen führen.

„Ärzte brauchen viel Erfahrung, um die individuell beste Therapie zu wählen“, sagt Petri. Die Situation bei Inkontinenz ist sehr komplex – und fachübergreifend. Auch Gynäkologen sind gefragt. Viele Jahre lang hat man vielen Frauen als erste Therapie den Uterus entfernt, weil man glaubte, er drücke auf die Blase. „Das ist ein seit mehr als 20 Jahren bekannter Unsinn“, so Petri, „und doch wird es immer noch gemacht.“

Es muss gar nicht immer eine Operation sein, etwa wenn eine Blasensenkung kein Problem macht oder die Senkung der Scheidenwand die Patientin nicht stört. „Das Dilemma, mit dem wir heute kämpfen, ist, dass leider immer noch viele Ärzte ihr eigenes ästhetisches Empfinden darüber ausleben wollen, wie der Beckenbereich idealerweise auszusehen hat“, klagt Petri.

Auch nicht operative Therapien können sinnvoll sein, weil einige Patientinnen damit durchaus gute Erfolge erzielen können. Wenn aber durch Schwangerschaften Bänder geschädigt sind, kann ein Muskeltraining nichts mehr bewirken.

Und Medikamente? Seit gut einem Jahr gibt es mit dem Wirkstoff Duloxetin das erste Mittel, das bei Stressinkontinenz wirkt und den Harnröhrenschließmuskel kräftigt. Über viele gute Erfahrungen wird berichtet, auch wenn Übelkeit, gerade zu Beginn der Therapie, eine häufige Nebenwirkung ist. Für die Dranginkontinenz sind schon seit langem Arzneien auf dem Markt. Sie wirken muskelentspannend auf die Blasenmuskulatur, wodurch das plötzliche heftige und häufige Müssen unterdrückt wird.

Wenn das alles nicht hilft, dann gibt es sehr effektive Operationen – oft kleine Eingriffe, die schnell gehen und sich bei Lokalanästhesie durchführen lassen. Manchmal sind aber auch eine Vollnarkose und mehrere Tage Klinikaufenthalt notwendig.

Schlingen können helfen

Viel diskutiert wurde in den letzten Jahren die spannungsfreie Vaginalschlinge, ein ein grobporiges Kunststoffband, das um die Harnröhre gelegt wird. Durch die Poren wächst Narbengewebe. So wird das Band stabil und kann die Harnröhre stützen. „Eigentlich eine gute Methode, aber leider wird viel falsch gemacht. Wir bekommen viele Komplikationen geschickt“, beklagt Petri.

Oft wird auch das Scheidengewebe operativ gestrafft. Die verwendeten Schlingen und Netze sind gut verträglich. Es gibt keine Infektionen; die Fäden reißen nicht. Nach sechs bis acht Wochen ist die Narbenbildung abgeschlossen. So lange darf die Patientin nicht schwer heben.

Seit Jahrzehnten kann man Depots aus körpereigenem Fett oder speziellen Kunststoffen in die Harnröhrenwand spritzen, um den Schließmuskel zu kräftigen. Petri: „Gut die Hälfte der Patientinnen spürt für ein, zwei Jahre eine deutliche Besserung – eine gute Methode für ältere Frauen, die nicht mehr operiert werden können oder wollen.“

Wie findet man einen kompetenten Arzt? Die Deutsche Kontinenz-Gesellschaft (Hotline 01805/23 34 40) hält Listen mit Kontinenzzentren, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bereit, also zu Wegen, die das Leben Inkontinenter erleichtern können. Aber: „Wir brauchen die Offenheit der Patientinnen. Welche Beschwerden haben sie, was stört sie, was erwarten sie von der Therapie? Dann können wir sehr gezielt und individuell helfen“, sagt Eckhard Petri. Die Betroffenen müssen also darüber reden – mit einem Arzt, ohne falsche Scham.

Externe Links:

www.kontinenz-gesellschaft.de,
www.kompetenz-in-kontinenz.de,
www.initiative-blasenschwaechen.de



© Rheinischer Merkur Nr. 5, 02.02.2006, S. 22