

Erkrankungen der weiblichen Blase

Einfache Diagnostik – multimodale konservative Therapie

Jakob Eberhard, Volker Viereck, Frauenfeld

Während sich die Diagnose der Harninkontinenz und der verschiedensten Blasenbeschwerden in der Regel unproblematisch gestaltet, stellt die Therapie die grössere Herausforderung dar. Der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung liegt in einem multimodalen Therapieansatz, der an die individuelle Situation der Patientin angepasst werden muss. Wie aber sehen die verschiedenen konservativen Therapieoptionen aus? Wann sollten sie eingesetzt werden?

Nur wenige Fragen zu stellen, eröffnet den Zugang zu oft langjährigen, belastenden Krankheitsgeschichten:

- ▶ Leiden Sie unter Harndrang, Pollakisurie, Nykturie?
- ▶ Leiden Sie unter Dyspareunie?
- ▶ Haben Sie Entzündungen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen im Blasen- und Intimbereich?
- ▶ Verlieren Sie Urin? Wann? (bei Drang, bei körperlicher Belastung, unbemerkt, nur im Stehen, bei Lagewechsel, auch im Liegen) Wie oft? Wie viel?
- ▶ Beeinträchtigen diese Beschwerden Ihre Lebensqualität, die berufliche Belastbarkeit, die Freizeit oder Partnerschaft?
- ▶ Welche konservativen und operativen Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

- ▶ Welche Tätigkeiten können diese Beschwerden auslösen? Zusammen mit einer groben Einschätzung des Gesundheitszustandes und einer kurzen allgemeinen Krankheits- und Sozialanamnese kann recht genau eine wahrscheinliche Diagnose gestellt werden, die zur Leitlinie weiterer Untersuchungen (Tab. 1) wird.

Diagnostik

Bei urogynäkologischen Beschwerden lässt die Anamnese zusammen mit einfachen Untersuchungen (Tab. 1) meist die Verdachtsdiagnose stellen und effektive, mehrheitlich multimodale Therapiemassnahmen einleiten (Tab. 2). Den besten diagnostischen Zugang erlaubt die gynäkologische Untersuchung.

Beurteilt werden Haut- und Schleimhaut auf entzündliche (Abb. 1 und 2), atrophische und andere Veränderungen. Es folgen Specula- und bimanuelle Untersuchung mit genauer Schmerzordnung und Zusatztests – bei Juckreiz, Brennen und Entzündungen eine 5%ige Essigprobe an der Vulva (Abb. 1) –, eine mikroskopische Nativbeurteilung des Vaginalsekretes, evtl. vaginaler Abstrich zur Kultur, evtl. zusätzlich aus der distalen Urethra Abstriche auf Chlamydien und Ureaplasmen.



**Prof. Dr. med.
Jakob Eberhard,
Frauenfeld**

E-Mail:
jakob.eberhard@stgag.ch

Tab. 1 Beschwerden als Leitfaden für die Untersuchungen		
Beschwerden/Anamnese Grund für den Arztbesuch Vermutete Diagnose	Untersuchung (gynäkologische Untersuchung, evtl. mit Zystoskopie)	Diagnosen
Urinverlust/Inkontinenz ▶ bei Sport, Husten Lachen ▶ bei Lagewechsel (Aufstehen) ▶ bei Drang, Nykturie, Pollakisurie ▶ unbemerkt, auch im Liegen	Hustentest liegend/stehend bei voller Blase	Manifeste Belastungs-/Stressinkontinenz
	Hustentest liegend/stehend bei voller Blase mit und ohne Deszensusreposition Restharn, erhöht – siehe unten	Larvierte Belastungs-/Stressinkontinenz bei Prolaps oder nach Inkontinenzoperation (Kolposuspension)
	Miktionskalender, Infektabklärung Restharn, Kapazität bei retrograder Füllung, Hustentest, evtl. Zystoskopie	Dranginkontinenz, hyperaktive Balkenblase, bei Schmerzen evtl. interstitielle Zystitis, bei pos. Hustentest evtl. Mischinkontinenz
	Restharn bestimmen, neurolog. Abklärung, Fistelsuche nach Vorops.	Neurolog. Krankheit, iatrogene Fistel
Pruritus, Juckreiz, Brennen, Dyspareunie, Vulva	Essigprobe der Vulva	Reizzustände, HPV-Infekt, Allergie
	Vaginalsekret Nativ, bakteriologischer Abstrich KOH-Test	Candida, bakterielle Kolpitis Gardnerella-Infektion
	Vaginaltrophik	Atrophie bei Östrogenmangel postmenopausal oder bei gestagenbetonten Ovulationshemmern
	Schmerzen bei Dyspareunie lokalisieren	Narben, Involution, Stenosen, Fissuren, Reizzustände Vulva (Vestibulodynie, entzündliche Dermatosen, Dysplasien) und Urethra (Urethralyndrom)
Hautveränderungen beachten, evtl. Stanzbiopsie in LA	Dermatosen, Dystrophien, Tumoren	
Rezidivierende HWI, Urethralyndrom	Restharn, Urinkultur, evtl. Zystoskopie, Miktionskalender 1 Tag/Monat Trinkverhalten kontrollieren Infektkette abklären (Enddarm, Vulva, Vagina, Urethra, Blase) Schmerzen + Drang lokalisieren Urethrainduration palpieren Urethraabstriche auf Chlamydien, Ureaplasmen	Akuter oder chronischer HWI (Blasenwandinfektzeichen, Schutzschichtdefekte bis Vollbild einer interstitiellen Zystitis – bei oft neg. Kulturen Diagnose nur durch Zystoskopie möglich) Urethralyndrom (schmerzhaft indurierte Harnröhre bei neg. Kultur) Bei jungen Patientinnen oft Infekt mit Chlamydien/ Ureaplasmen
Deszensusbeschwerden	Gynäkologische und rektale Untersuchung in Ruhe, beim Pressen und bei Kontraktion Evtl. Perineal/-Intoitussonographie	Genauere Zuordnung der Beschwerden: Urethro-, Zysto-, Entero-, Rectozele, Deszensus uteri/Vaginalstumpfdeszensus Retroflexio uteri
Erhöhter Restharn	Urethra kalibrieren mit Bougie à boule	Urethralstenose
	Bei St. n. Inkontinenzoperationen Urethra mit Hegarstift rotieren Perineal/-Intoitussonographie	Quetschhahnmechanismus (Abknicken am Band oder an einer Narbe besonders nach z.B. Kolposuspensionsoperationen)
	Evtl. neurologische Abklärung	MS, Neurodegenerative und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes

Bei Deszensusbeschwerden und bei Inkontinenz folgen einfache Funktionstests: Pressen, Beckenbodenkontraktion, Hustentest bei voller Blase (liegend und stehend, mit und ohne Deszensusreposition). Bei rezidivierenden Infekten führen wir immer einen Katheterismus, meist mit gleichzeitiger Zystoskopie (Abb. 3 und 4) durch.

Diese beginnt nach Aufforderung zur Spontanmiktions mit einer Restharnbestimmung und Urinkulturentnahme (mittels Einmalkatheter oder direkt mit dem Zystoskop). Es folgt die retrograde Blasenfüllung mit physiologischer NaCl-Lösung.

Beim Füllen werden Drang und Kapazität beurteilt. Abschließend – nach Entfernung des Katheters oder des Zystoskopes – bei voller Blase folgen Husten- und Blasenrepositionstest im Liegen und im Stehen.

Multimodale Therapie und Langzeitprophylaxe

Harninkontinenz, Blasen- und Intimbeschwerden haben immer mehrere Ursachen: Alterungsprozesse, Atrophie, chronische Infekte, belastende Expositionen, Veranlagung, Schwangerschaften und Geburten, geringe Trink- und Blasenspülmengen,

Tab. 2 Therapiebausteine zur Behandlung urogynäkologischer Beschwerden

Diagnose	Therapiebausteine
Belastungsinkontinenz	Physiotherapie (PT) mit Vibrationstraining (Galileo) evtl. unterstützt mit Trainingshilfen wie Biofeedback, Elektrostimulation, Vaginalkugeln Pessare, Hormone Wenn innert 3 Monaten keine Heilung, dann Urodynamik zwecks Entscheid, ob und welche Inkontinenzoperation
Dranginkontinenz/Reizblase/ Hyperaktive Blase	Trink- und Miktionstraining, PT mit Vibrationstraining (Galileo), Elektrostimulation Pessare und Hormon-/Fettcreme besonders bei Urethrsyndrom Hormone lokal/systemisch Infektsanierung Intimpflegeberatung Blasenentspannende Medikamente Phytotherapie, Naturheilverfahren + Komplementärmedizin Schutzschichtaufbau Urothel mit Glucosaminglucanderivaten, oral oder topisch (Blaseninstillations- therapie) [4] Wenn innert 3 Monaten Blasenkapazität noch klein, evtl. Botoxinjektion
Harninkontinenz bei Fisteln	Narbenauflockerung und Gewebeaufbau mit Pessaren und Hormoncremen über ca. 4 Wochen als Operationsvorbereitung für einen meist vaginalen, wenig invasiven, operativen Fistelverschluss
Senkungsbeschwerden	Physiotherapie unterstützt mit Trainingshilfen (z.B. Vibrationstraining, Elektrostimulation) Pessare, Hormone. Wenn innert 3 Monaten ohne eingelegtes Pessar noch Deszensusbeschwerden, dann wahrscheinlich Senkungsoperation, vorgängig Urodynamik bei manifester oder schwerer larvierter Belastungsinkontinenz
Rezidivierende Harnwegsinfekte und Urethrsyndrom	Trink- und Miktionstraining Infektsanierung mit Antibiotika, Intimpflegemassnahmen Hormone evtl. mit Pessaren besonders bei Urethrsyndrom (schmerzhaft indurierte Urethra), Phytotherapie, Komplementärmassnahmen, Verbesserung der Immunabwehr, Meidung von Noxen
Juckreiz, Brennen, Entzündungen, Dyspareunie und Schmerzen im Intimbereich, Vulvitis, Kolpitis	Infektsanierung, Intimpflegemassnahmen, Hormone evtl. mit Pessareinlagen, Phytotherapie, Komplementärmedizin

ungeeignete Intimpflege, Abwehrrschwäche, systemische und dermatologische Krankheiten – um nur die häufigsten zu nennen.

Am erfolgreichsten sind deshalb Therapiekonzepte, die abgestimmt sind auf die Diagnosen, Aetiologien und die Compliance der Patientin und gezielt möglichst viele therapeutische Ansätze als Bausteine nutzen. In **Tabelle 2** sind Behandlungskonzepte zu häufig vorkommenden Diagnosen aufgezeigt. Besonders ältere Patientinnen fühlen sich mit multimodalen Therapien rasch überfordert, bei jüngeren fehlt eher die erforderliche Geduld zur konsequenten Anwendung bis der langfristige Erfolg eintritt. Deshalb gilt es, die Patientinnen gut zu beraten und zu begleiten. Anfangs braucht es engmaschige Nachkontrollen zwecks Motivation und Therapieanpassung. Später genügen grössere Abstände bis zur Heilung und Etablierung einer guten Rezidivprophylaxe. Hilfreich bei diesem oft langwierigen Prozess sind Patientenbroschüren und Medikamentenpässe.

Trink und Miktionstraining

Grosse Trink- und Urinmengen spülen Bakterien rascher weg. Sie senken die Osmolarität aggressiver Harnsubstanzen und

entlasten die endotheliale Blasenschutzschicht (Glycosaminoglycane). Schutzschichtdefekte führen zu Urothelläsionen und zur Permeabilitätsstörung mit Drang und Schmerzen. Sie erhöhen so die Bakterienadhärenz und Infektanfälligkeit. Das Behandlungsziel ist einfach: Mehr trinken, bis die Infekte und Drangbeschwerden verschwinden; initial für junge Leute 3–4 Liter, bei Älteren mindestens 2 Liter, jeweils pro Tag. Die Empfehlungen müssen aber realistisch, d.h. praktikabel, sein. Zu Hause: viel trinken und auf grosses Miktionsvolumen trainieren; auswärts: wenig trinken und früh auf die Toilette gehen; bei Nykturie: morgens viel, abends wenig trinken. Zur Selbstkontrolle empfehlen wir, einen Tag pro Monat einen Miktionskalender zu führen und diesen bei jeder Kontrolle zu besprechen.

Phytotherapie

Viele Phytotherapeutika haben, je nach Pflanze, Herstellungs- und Anwendungsart, als «Vielstoffgemisch» breite Wirkungseffekte [1]. Da chronisch rezidivierende Infekte und Reizzustände sich in der Regel medikamentös alleine nicht langfristig heilen lassen, bieten sich hier die breiten Wirkungseffekte der Phytotherapie an (**Abb. 5**).

Bei rezidivierenden Blasenentzündungen, Reizblasenbeschwerden, bei Juckreiz, Brennen, Schmerzen und Infekten im Intimbereich sind antiinfektiöse, immunmodulatorische, spasmolytische, analgetische oder antiphlogistische Effekte erwünscht.

Bei Reizblasenbeschwerden und rezidivierenden Harnwegsinfekten empfehlen wir Blasentees und den wissenschaftlich gut untersuchten Preiselbeersaft. Dabei ist auf Qualitätsprodukte zu achten, da sich der Gehalt an Inhalts- und Wirkstoffen und damit das Preis-/Nutzenverhältnis der Marktangebote stark unterscheiden kann. Auf Grund von Quer- und Vergleichen bevorzugen wir den Preiselbeersaft Biotta, bei akuten Beschwerden zwei- bis dreimal 1dl täglich, als Langzeitprophylaxe 1 dl abends. Hilfreich sind auch spezielle Blasentees [1].

Bei chronisch rezidivierenden vulvovaginalen Reizzuständen und Entzündungen werden pflanzliche Arzneimittel in Form von ätherischen Ölen und Pflanzenextrakten dem Wasch- und Badewasser und den Pflegemitteln (Body Lotion, Emulsionen, Fettcremen, Salben), teils auch Vaginalovula, zugegeben. Bewährt haben sich dabei Teebaumöl, Hamamelis, Lavendel, Thuja, Kamille, Ringelblume, Rosmarin, Melisse, Granatapfel u.a.m.

Intimpflege

Mit einer geeigneten Intimpflegelinie kann viel zur Besserung bis Heilung und zur Rezidivprophylaxe bei chronischen vulvovaginalen Reizzuständen und ascendierenden Infekten beigetragen werden. Die Intimpflegemaßnahmen basieren auf den Komponenten Waschen und Fetten mit oder ohne Zusätze (meist ätherische Öle), ergänzt mit einer schleimhautaufbauenden, lokalen Hormonanwendung.

Zum Waschen empfehlen wir Wasser, pH-neutrale bis saure Seifen und rückfettende Waschlotionen, als Zusätze meist ätherische Öle oder Gerbstoffe. Geeignete Waschlotionen sind z.B. Der-med, Pruri-med, Lubex-Flüssigseife, Aveno fluid (**Abb. 6**). Zum Fetten empfehlen wir Eutra Melkfett, Excipial- oder Linola-Fett- oder -Halbfettcreme, Bepanthen-Creme oder -Salbe, bei Beschwerden angereichert mit ätherischen Ölen. Entscheidend für den Therapieerfolg ist eine kundige Anleitung, am besten durch eine Inkontinenzfachfrau mit entsprechender Fachkompetenz, und Interesse an einer begleitenden, individuellen Beratung.

Östrogene lokal

Östrogene [2, 6] fördern den Aufbau von Haut, Schleimhaut, Muskel- und Bindegewebe und verbessern die Infektabwehr.

Als Cremes dienen sie zudem als Gleitmittel bei Pessar-anwendungen. Meist verwenden wir E3-Cremes. Zu beachten sind die unterschiedlichen Konzentrationen der Cremes. Ist viel Creme, z.B. als Gleitmittel oder täglich auf Pessare erwünscht, verwenden wir gering konzentrierte Produkte, z.B. Ortho-Gynest.

Ist wenig Creme erwünscht, dann eher die zehnmal konzentriertere Ovestin-Creme. Meist beginnen wir mit drei Anwendungen wöchentlich, nach kurzer Zeit genügt jeweils abends eine Applikation pro Woche. Zu beachten ist, dass viele der lokalen Anwendungen Brennen und Juckreiz verursachen können. Dann ist auf ein anderes, lokales Östrogenpräparat zu wechseln (**Tab. 3**).

Wenn alle Hormoncremes/-ovula brennen, hilft es meistens, Fettcreme zusammen mit einer Ovestin-tablette einmal wöchentlich vaginal einzuführen.

Pessare

Bei der Pessarauswahl ist das Therapieziel zu beachten, z.B. Support der Urethra bei Belastungsinkontinenz, anatomische Reposition bei Deszensus, lokale Narbenauflockerung und Dilatation bei Dyspareunie. Es müssen Pessare gewählt werden, die nicht herausfallen, ohne Probleme von der Patientin selbst, meist am Morgen mit Applikation von E3-Creme eingeführt und abends wieder entfernt werden können. Eingelegte Pessare dürfen auch nicht als Fremdkörper störend empfunden werden.

Die Pessarbehandlungen werden so lange durchgeführt, bis mit einem individuellen und gut begleiteten Therapiekonzept das Therapieziel erreicht wird. Gelingt dies nicht innert etwa drei Monaten, so prüfen wir durch Zusatzuntersuchungen (meist gezielte Urodynamik), ob eventuell operative Behandlungen (Inkontinenz- oder Prolapsoperation) den Pessareinsatz ablösen können. Das Sortiment urogynäkologischer Pessare ist gross geworden, sowohl an Silikonpessaren wie an Wegwerfpessaren aus Schaumstoffmaterialien. Entsprechend setzt eine optimale Auswahl ein umfassendes Sortiment in der urogynäkologischen Praxis und auch klinische Erfahrung voraus [2].

Preiswerter sind Silikonpessare, bei Belastungsinkontinenz Urethra-Keulenpessare (**Abb. 7 und 8**), bei Prolaps Würfelpessare (**Abb. 9 und 10**).

Medikamentöse Therapie

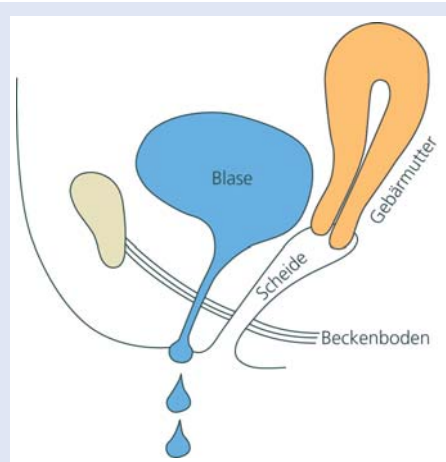
Domäne der medikamentösen Therapie sind die Symptome der hyperaktiven Blase: Drang, Dranginkontinenz, Pollakisurie und Nykturie (**Tab. 4 und 5**). Eine grosse Palette anticholinergischer Substanzen steht zur Verfügung. Der Einsatz dieser potenten Präparate ist sorgfältig zu begleiten und, je nach Wirkung (Blasenkapazität, Miktionsfrequenz, Inkontinenzereignisse, Nykturie, Miktionskalender) und eventuell auch Nebenwirkungen, sind Medikationen und Dosierungen anzupassen.

Ziel jeder Therapie ist die langfristige Besserung bis Heilung der Beschwerden. Da Reizblasenprobleme immer meh-

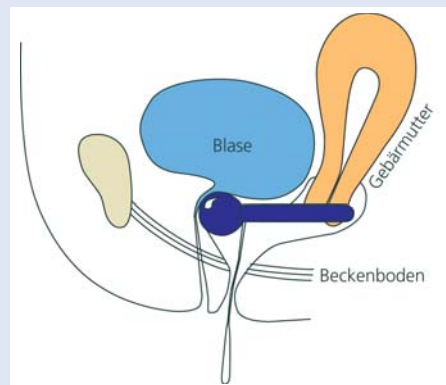
Tab. 3	Lokale Östrogenpräparate	
Cremes:		
▶ Ovestin		0,5 mg E ₃ in 0,5 g Creme pro Applikator
▶ Oestro-Gynaedron Neu		0,5 mg E ₃ in 1,0 g Creme pro Applikator
▶ Ortho-Gynest		0,5 mg E ₃ in 5,0 g Creme pro Applikator
▶ Colpotrophine		10 mg Promestrienum in 1g Creme
Ovula und Kapseln:		
▶ Ovestin Ovulum		0,5 mg E ₃ /Ovulum
▶ Ortho-Gynest Ovulum		0,5 mg E ₃ /Ovulum
▶ Colpotrophine Vag. Kps		10 mg Promestrienum/Kps.

Tab. 4	Anticholinergika	
▶ Detrusitol SR (Tolterodin)		4mg, 1 Kps. auf die Nacht
▶ Vesicare (Solifenacin)		5mg, 10mg, 1 Kps. auf die Nacht
▶ Emselex (Darifenacin)		7,5mg, 15mg, 1 Tbl. auf die Nacht
▶ Lyrinel Oros (Oxybutinin)		5mg, 10mg, 15mg, 1 Tbl. auf die Nacht
▶ Ditropan (Oxybutinin)		5mg 1–3x 1 Tbl. täglich
▶ Kentera (Oxybutinin)		2x wöchentlich 1 Pflaster
▶ Spasmo-Urgenin Neo		20mg, 2x 1 Drg. täglich

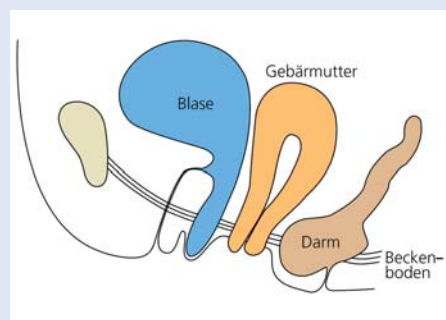
Tab. 5	Antidepressiva und Tranquillizer	
▶ Saroten Retard (Amitriptylin)		25–50mg auf die Nacht
▶ Tofranil (Imipramin)		10–25mg auf die Nacht
▶ Librax (Chlordiazepoxidum)		1–3x 1 Drg. pro Tag



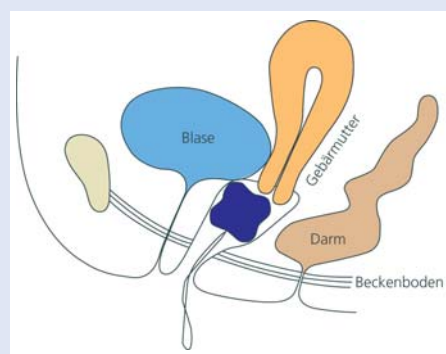
► **Abb. 7:**
Belastungsinkontinenz: Bei körperlicher Belastung öffnet sich Urethra



► **Abb. 8:**
Urethra-Keulenpessar zur Behandlung der Belastungsinkontinenz



► **Abb. 9:**
Senkung von Blase, Uterus, Darm



► **Abb. 10:**
Würfelpessar eingelegt zur Reposition des Deszensus

rere Krankheitsursachen haben, soll jede medikamentöse Behandlung von adjuvanten Massnahmen unterstützt werden.

Physiotherapie

Mit Beckenbodentraining ist eine Heilung oder zumindest eine Besserung der Inkontinenz und Senkungsbeschwerden möglich. Auch lässt sich ein guter Einfluss auf Stuhlinkontinenz, auf Schmerzen und Verspannungen im Becken- und am ganzen Bewegungsapparat sowie bei Sexualstörungen nachweisen. Es gibt verschiedene Trainingsprogramme und Kombinationsmöglichkeiten mit Trainingshilfen wie Kugeln, Elektrostimulation, Biofeedbackmethoden und Vibrationsgeräte [3]. Entscheidend sind Kompetenz der Physiotherapeutin und ihre Fähigkeit zur Motivation, aber auch die Compliance, das Alter und der Gesundheitszustand der Patientin. Zu beachten ist, dass nach den Wechseljahren der trainingsbedingte Muskelaufbau rascher erfolgt, wenn die fehlenden Östrogene substituiert werden [6].

Infekttherapie

Akute urogynäkologische Infekte mit Bakterien und Pilzen – der akute Harnwegsinfekt, die akute Vulvitis und Kolpitis – sind gezielt mit Antibiotika oder Antimykotika und eventuell Virostatika zu behandeln [2, 5]. Chronisch rezidivierende Infekte sind dagegen mit Antibiotika und Antimykotika nicht zu heilen. Hier gilt es weniger, die im Normalfall meist nicht pathogenen Erreger [1, 5] zu vernichten, sondern die Körperabwehr zu stärken und dem Wirt mit adjuvanten Massnahmen zu helfen, dass er sich wieder gegen die natürliche Exposition behaupten kann.

Prof. Dr. med. Jakob Eberhard
Blasenzentrum Frauenfeld
Kantonsspital, 8501 Frauenfeld
E-Mail: jakob.eberhard@stgag.ch

Literatur

1. Eberhard J. Phytotherapie 2007; 1: 23–24.
2. Eberhard J, Geissbühler V. J Urol Urogynäkol 2000; 3: 32–46.
3. Ross S, Viereck V: Gynäkologie und Geburtshilfe 2005; 4 und 6.
4. Hohlbrugger G: Akt Urol 1998; 29: 327–333.
5. Petersen EE: Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. 2003. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
6. Eberhard J, Geissbühler V: J Menopause 2000; 7: 27–31.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Urogynäkologische Krankheitsbilder haben sich in den letzten Jahren rasch verändert: Chronische Reizzustände, Infektionen und Schmerzen im Vulva-, Vaginal- und Blasenbereich sind die neue Herausforderung.
- Chronische Entzündungen lassen sich durch Antibiotika nicht heilen. Gefordert sind adjuvante Massnahmen: viel Trinken, Phytotherapeutika, Intimpflegemassnahmen.
- Urogynäkologische Beschwerden haben immer mehrere Ursachen. Die Therapie ist umso erfolgreicher, je besser es gelingt, patientenadaptiert und begleitend mehrere Therapieansätze zu nutzen.