

Inkontinenz in der Menopause

Expertenbericht: Welchen Einfluss Menopause und Hormontherapie auf die Kontinenz haben. *Von Lothar C. Fuith*

Über viele Jahre wurde die systemische Hormonersatztherapie auch zur Verbesserung von Inkontinenzbeschwerden verabreicht. Studien zeigen jedoch, dass bei dieser Substitutionsbehandlung das Risiko für Harninkontinenz sogar steigt. Im Gegensatz dazu kann aber eine lokale Östrogentherapie die Symptome einer überaktiven Blase verbessern.

Es ist vielfach publiziert, dass die Harninkontinenz mit dem Alter zunimmt (Kirschner-Hermanns, 1998). Oberflächlich betrachtet, könnte man einen Zusammenhang zwischen dem beginnenden Rückgang der Hormonproduktion in der Menopause und der Harninkontinenz herstellen.

Bis zum Ende der 1990er-Jahre war die „Welt der Hormone für die Frau“ noch in Ordnung. Hormone waren gut für fast alle Beschwerden und die pharmazeutische Werbung versprach mehr Schönheit, Spannkraft und insgesamt mehr Lebensqualität. Das Absinken der Hormone im Klimakterium wurde pathologisiert und als therapiebedürftig dargestellt. Frauen mit Hormondefizienz erhielten eine Substitutionstherapie, um prämenopausale Werte wieder herzustellen.

Tatsächlich war es so, dass über viele Jahre die systemische Hormonersatztherapie auch zur Verbesserung der Inkontinenzbeschwerden verabreicht wurde. Die Hormongabe wurde von den Patientinnen gut aufgenommen, da sich die klimakterischen Beschwerden schlagartig besserten und sich ein subjektives Wohlbefinden einstellte. Die wissenschaftliche Analyse der Auswirkungen der Hormone auf die Harn- und Stuhlinkontinenz folgte erst später. Sicherlich wurde die studiengerechte Aufarbeitung auch durch die positiven Effekte der Hormontherapie etwas verzögert und verschleiert.

Hormonsensitives Gewebe

Bereits 1981 hat der Pionier der Harninkontinenzforschung, Axel Ingelman-Sundberg, im Cytosol der Beckenbodenmuskulatur Östrogenrezeptoren beschrieben. Weitere Publikationen zeigten eindeutig das Vorhandensein von hormonsensitiven Strukturen im Bereich des periurethralen Epithels, der Vagina und der Vulva, deren Ansprechen auf weibliche Hormone die Basis einer therapeutischen Hypothese sind (Jackson 2002, Kobata, 2008).

Bei der Hormontherapie muss strikt zwischen systemischer Gabe (Tabletten, Pflaster, Gel) und lokaler Anwendung im Bereich der Vulva und Vagina (Cremes, Zäpfchen) unterschieden werden. Letztere führen zu keinen nennenswerten Veränderungen im Blutspiegel der Hormone.

Einfluss auf die Harninkontinenz

Neben einigen anderen Veröffentlichungen brachte die HERS-Studie mit den schlechten Daten zur Harninkontinenz einen kompletten Paradigmenwechsel (Grady 1998, Steinauer 2005). Als Nebenbefund einer Analyse der Effekte von Hor-



Die Hormontherapie erhöht das Risiko für Harninkontinenz bei kontinenten Frauen und kann die Miktion bei bereits inkontinenten Patientinnen verschlechtern.
© Naeblys / fotolia.com

montherapien auf das Herz wurde auch der Einfluss auf die Blasenfunktion geprüft. Insgesamt wurden 1.208 Patientinnen, die berichteten, keine Harninkontinenz zu haben, in die Studie eingebracht, randomisiert und im Durchschnitt vier Jahre behandelt. Frauen der Studiengruppe erhielten konjugiertes Östrogen (0,625 mg) plus Medroxyprogesteron (2,5 mg).

Bereits nach vier Monaten zeigte sich ein statistisch signifikantes Risiko für Stress- und Urgeinkontinenz. In 54 Prozent der Frauen mit Hormongabe und in 38 Prozent der Placebogruppe entwickelte sich eine Stressinkontinenz ($p < 0.001$). Auch die Urgeinkontinenz war unter Hormontherapie mit 48 Prozent gegenüber 36 Prozent ohne Hormon größer. Die negativen Auswirkungen auf die Inkontinenz blieben die gesamte Behandlungsdauer erhalten und waren unabhängig vom Alter der Patientinnen. Ein ähnliches Bild bietet die WHI-Studie (Hendrix

2005). Bei mehr als 20.000 postmenopausalen Patientinnen mit bekanntem Kontinenzstatus (kontinent, Stress/Urgeinkontinenz oder gemischt) wurde doppelblind Hormon gegen Placebo geprüft. Auch hier erhöhte die Hormontherapie das Risiko für Harninkontinenz bei kontinenten Frauen und verschlechterte die Miktion bei bereits inkontinenten Patientinnen.

Die Nurses Health Studie II (Townsend 2009) zeigte, dass die Hormontherapie unabhängig von der Substanz und vom Applikationsmodus (oral versus transdermal) negative Effekte hat. Prämenopausale Patientinnen, die noch orale Kontrazeptiva nehmen, müssen mit einem erhöhten Risiko für Harninkontinenz rechnen.

Einfluss auf die Stuhlinkontinenz

Im Gegensatz zur Harninkontinenz gibt es bezüglich Hormontherapie und die Effekte auf die



Ausblick
26. Jahrestagung der MKÖ
21. bis 22. Oktober 2016, Linz

Kontinenztagung

Weitere Informationen und Anmeldung:
26. Jahrestagung der MKÖ – Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich
www.kontinenzgesellschaft.at/jahrestagung



Prof. Dr. Lothar C. Fuith
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, und Präsident der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) © privat

Stuhlinkontinenz weniger Daten. 1997 untersuchte Donnelly 20 postmenopausale Patientinnen mit durchschnittlich sechs Jahre beste-

hender Stuhlinkontinenz. Nach Hormonersatztherapie verbesserte sich subjektiv in dieser kleinen Studie die Drangproblematik, die Flatuskontrolle und auch die sozialen Aktivitäten waren erleichtert. Allerdings gab es keinen Einfluss auf die Stuhlkonsistenz und die Stuhlfrequenz.

Weitere Studien zeigen kein eindeutiges Ergebnis. Eine Erhöhung des Risikos für Stuhlinkontinenz ist im Rahmen von Hysterektomien mit Ovarektomien beschrieben. Allerdings waren die Patientinnen alle schon älter und hatten oftendunkel postmenopausale Hormonwerte (Goode 2005). Ein Indiz für die geringe Datenlage und die mangelhaften wissenschaftlichen Ergebnisse zur Hormontherapie und Stuhlinkontinenz ist auch, dass eine geplante Studie zur Wirksamkeit von vaginal verabreichtem Östrogen bei Stuhlinkontinenz, infolge unzureichender Rekrutierung, nicht zustande kam (Clinical Trials: NCT 00307775, 2006).

Irrweg der Schulmedizin

Von der Empfehlung zur Hormontherapie bis zu einer evidenzbasierten gegenteiligen Meinung vergingen einige Jahre. Man darf nicht vergessen, dass die hormonelle Substitution von den Patientinnen subjektiv sehr positiv aufgenommen wurde. Die Hitzewallungen, Schlafstörungen, die Trockenheit im Bereich der Schleimhäute des Urogenitalsystems besserten sich deutlich. Selbst die kritische Cochrane Database benötigte, infolge unzureichender wissenschaftlicher Studien, einige Jahre, bis eine klare Empfehlung herausgegeben wurde.

Im Jahre 2003 liest man im Cochrane Review bezüglich Hormontherapie und Harninkontinenz, dass Östrogene einen positiven Effekt haben können. Ein Hinweis auf die negativen Daten der HERS-Publikation wird gegeben, dieser aber als zu frühzeitig qualifiziert. Erst 2009 hat Cody et al. in einem Cochrane Review ganz klar festgestellt, dass eine systemische Hormontherapie die Inkontinenz verschlechtert.

Negative Effekte?

Die negativen Daten beziehen sich nur auf die systemische Hormonersatztherapie. Insbesondere Symptome der überaktiven Blase können durch eine lokale Östrogen-therapie verbessert werden (Cardozo 2004). Auch im Cochrane Review von 2009 wird auf die positiven Effekte der Lokalthherapie hingewiesen. Eine lokale Östrogenbehandlung wird auch zur Vorbeugung rezidivierender Harnwegsinfekte bei postmenopausalen Frauen empfohlen (Perotta, Cochrane Database 2008). Die Wirkung des Anticholinergikums Tolterodin kann durch Zusatz einer lokalen Hormontherapie deutlich verbessert werden (Tseng 2009).

Abdelbary hat 2015 in einer randomisierten Studie nachgewiesen, dass der Zusatz von lokalem Östrogen die Effizienz der elektrischen Beckenbodenstimulation bei Patientinnen mit überaktiver Blase signifikant erhöht. ■