

Abklärung und therapeutische Massnahmen

Harninkontinenz im Alter

Die Harninkontinenz ist in jedem Alter ein belastendes Problem. Im höheren Alter kommen neben der Gefahr des sozialen Rückzugs, die veränderten funktionellen Anpassungsmöglichkeiten hinzu, sowie Komorbiditäten und die Polymedikation.

Die Verteilung der Inkontinenzformen verändert sich in ihrer Häufigkeit mit zunehmendem Alter. Ist in jüngeren Jahren die Belastungsincontinenz mit dem tropfweisen Urinverlust bei erhöhtem intraabdominalem Druck die häufigere Störung, tritt mit höherem Alter die Überaktive Blase (Over Active Bladder OAB) mit und ohne Inkontinenz und auch die Gemischte Inkontinenz (OAB und Belastungsincontinenz) in den Vordergrund. Häufig findet sich bei genauer Untersuchung auch ein Restharnproblem.

Die Überaktive Blase betrifft bei den über 80jährigen Personen beide Geschlechter gleich häufig, ist also nicht mehr „nur“ ein Frauenproblem. Bis zu 50% der älteren Menschen in Pflegeheimen leiden an den Symptome des plötzlichen imperativen Harndranges mit oft grossem Urinverlust. Die Betroffenen ziehen sich zurück, verlassen das Haus nicht mehr um in der Nähe der Toilette zu bleiben, oder werden von der Umgebung stigmatisiert. Das Sturzrisiko steigt ebenfalls. Betroffene und Arzt/Ärztin scheuen sich dieses Tabuthema anzusprechen. Doch die meisten Personen sind sehr dankbar, wenn sie in ihrem Leiden ernstgenommen werden und Hilfe erhalten.

Basisabklärung

Gesunde ältere Menschen sollten die gleiche Abklärung und Behandlung erhalten wie jüngere Personen. Die Basisabklärung der Urininkontinenz umfasst neben der genauen Anamnese (Tab. 1) mit blasenspezifischen Fragen wie Form, Ausmass und Auslöser der Inkontinenz, auch typisch geriatrische Aspekte wie funktionelle Kapazitäten, Komorbiditäten (Tab. 2) und die genaue Medikamenteneinnahme (Tab. 3). Die Behandlung ist vom konkreten Leidensdruck („Was stört am meisten“) und den persönlichen Zielen der Betroffenen geleitet.

Körperliche Untersuchung

In der vaginalen Untersuchung und Beurteilung der Vulva werden Zeichen der genitalen Atrophie, Infekte, Deszensus/Prolaps oder Hinweise auf Fistelöffnungen gesucht. Der Sphinktertonus wird aktiv mit der digitalen Untersuchung überprüft.

In der rektalen Kontrolle wird ebenfalls der Sphinktertonus beurteilt, aber auch die Prostatagrösse erfasst oder die gefüllte rektale Ampulle bei Koprostase. Eine kurze neurologische Testung mit Sensibilitätskontrolle im Dermatom S2-5 (Reithosengebiet) schliesst sich an.

Das funktionelle Assessment zur Beurteilung der Mobilität, Transferfähigkeit, Selbständigkeit in der Toilettenbenützung gehört ebenfalls zur Abklärung bei betagten Personen.

Die Laboruntersuchung des Urins dient dem Ausschluss einer Mikrohämaturie. Ein HWI wird bei entsprechender Symptomatik gesucht und behandelt. Eine asymptomatische Bakteriurie bedarf keiner Behandlung, ausser vor urologischen Eingriffen. Die Berech-



Dr. med. Elisabeth Angst
Wettswil

nung der Kreatinin-Clearance spielt für die Dosierung bei medikamentöser Behandlung eine Rolle.

Das Miktionstagebuch zeigt das Ausmass der Symptome auf, gerade bei beginnender Hirnleistungsstörung ein hilfreicher Befund.

Ein wichtiger Teil der Untersuchung schliesst sich mit der Restharnuntersuchung an. Mittels Ultraschallgerät, zB Bladderscan, kann

TAB. 1 Anamnese

Miktionsfrequenz, Miktionsvolumen, Häufigkeit und Ausmass der Inkontinenz, Körperhaltung während der Miktions, Startschwierigkeiten, Harnstrahlqualität, intermittierender Miktionsverlauf, Einsatz von Bauchpresse, Dysurie, Hämaturie
Trinkmenge
Defäkationsanamnese
Uro-gynäkologische, abdominale Operationen. Gynäkologische Anamnese: Postmenopausale Blutungen, Hormonersatztherapie, Anzahl Geburten, Menopause
Begleiterkrankungen: Diabetes, neurologische und muskulo-skletetale Erkrankungen, Psychiatrische Krankheiten
Erfassen von funktionellen Fähigkeiten/Defizite
Begleiterkrankungen: Diabetes, neurologische und muskulo-skletetale Erkrankungen, Psychiatrische Krankheiten
Polyneuropathie

TAB. 2 Komorbiditäten und funktionelle Defizite

Kardiovaskulär	Herzinsuffizienz, Ödeme, Tachyarrythmien
Gastrointestinal	Obstipation, Refluxkrankheit
Renal	Niereninsuffizienz
Endokrin	Diabetes mellitus, Hypercalcämie
Neurologisch	Delir, Demenz, CVI, M. Parkinson
Psychiatrisch	Depression, Psychosen
Muskuloskeletal	Arthrosen, Osteoporose, Frakturen, Mobilitätseinschränkung
Hydratation	Trinkmenge
Lokal	Oestrogenmangel, reduzierte Detrusorkontraktilität, Obstruktion HWI, Sphinkterschwäche
J.G.Ouslander, Urology 60, Nov. 2002/N Engl J Med Febr. 2004	

die verbleibende Urinmenge in der Blase nach Miktion erfasst werden, ohne dass eine Katheterisierung nötig ist. Bei älteren Personen ist dies obligat, besonders unter anticholinerger Therapie (Tab. 4).

Die Tabelle 5 fasst Situationen zusammen, bei denen eine erweiterte Abklärung bedacht und mit den Betroffenen diskutiert werden sollte:

TAB. 3 Medikamente, die auf die Blasenfunktion wirken		
	Beispiele	Wirkung
Diuretika	Furosemid	OAB-Symptome ↑
Antipsychotica	Haldoperidol, Risperidone, Quetiapine, Olanzapine	Sedation, Mobilität ↓ Urethraler Druck ↓
Hypnotica	Lorazepam, Temazepam	Sedation, Urethraler Druck ↓ Blasenkontraktilität ↓?
Antidepressiva	Nortryptiline, Amitryptiline	Blasenkontraktilität ↓
Narkotica	Morphine, Analgetica, Narkotica	Blasenatonie, Obstipation, Sedation
Anticholinergica	Antidepressiva, Diphenhydramine	Blasenatonie, Obstipation
Alpha-Adrenergica Agonisten Antagonisten	Pseudoephedrine Prazosine, Terazosin	Abflusswiderstand ↑ Abflusswiderstand ↓
Cholinergica	Donepezil, Rivastigmine, Galanthamine	Detrusoraktivität ↑ (Theoretisch)

J.G.Ouslander, 2002 Urology/P.Tsakiris, Drugs Aging 2008

TAB. 4 Indikation für Restharnbestimmung	
Diabetes mellitus	
Früherer Restharn	
Rezidivierende Harnwegsinfekte	
Medikamente, die die Blasenentleerung beeinflussen (siehe Tab 4)	
Chronische Obstipation	
Persistierende oder sich verschlechternde Inkontinenz	
Bekannte Detrusor-Underactivity und/oder Blasenauflassobstruktion	

TAB. 5 Erweiterte Abklärung	
Schmerzen, Hämaturie, rezidivierende HWI	
Tumor im kleinen Becken	
St.n. Bestrahlung im kleinen Becken, St.n. urogynäkologischen Operationen	
Prolaps über Hymenalsaum	
Verdacht auf Fistelbildung	
Beschwerden, die nicht einer Diagnose zugeführt werden können.	
Komplizierte Komorbiditäten wie Demenz, funktionelles Impairment, die der Hausarzt nicht bewältigen kann	
Unbefriedigende Behandlung	

Therapie

Die folgenden Behandlungsempfehlungen sind schwerpunktmässig auf die häufige Störung der überaktiven Blase mit oder ohne Inkontinenz ausgerichtet.

Behandlung der Überaktiven Blase

Die Behandlung der überaktiven Blase mit/oder ohne Urininkontinenz wird als Stufentherapie gestaltet mit den Modulen der Verhaltenstherapie, der lokalen Oestrogenisierung und wenn dies nicht genügend wirksam ist, einer medikamentösen Behandlung.

1. Verhaltenstraining:

Toiletentraining (zB Prompted voiding) bei kognitiv eingeschränkten Personen, Blasentraining und Beckenbodengymnastik bei kognitiv und funktionell dazu fähigen Betroffenen

2. Lokale Östrogensubstitution:

Ortho-Gynest Ovula a 0,5mg 1x/Woche für circa 6 Monate

Alternativ: Oestro-Gynaedron-Creme täglich bis 2x/Woche auf Vulva auftragen für circa 6 Monate, dann erneut evaluieren

KI: Hormonabhängige Karzinome, Thromboembolische Erkrankung

3. Medikamentöse Therapie

Fesoterodin (Toviaz®) 4 mg/8 mg, 1x/die

Tolterodin (Detrusitol®) 2 mg/4 mg SR, 1x/die (2mg Dosierung nicht auf SL-Liste)

Solifenacin (Vesicar®) 5 mg/10 mg, 1x/die, lange Halbwertszeit

Bei Kognitionsstörung

Darifenacin (Emselex®) 7.5mg / 15mg 1x/die

Tropium chlorid (Spasmo Urgenin®Neo) Drag, 20 mg, 2x/die

In Ausnahmen

Oxybutinin (Ditropan®) 5mg bis 3x/die stark anticholinerg

Retard Tablette (Lyrinel Oros®) 5/10/15 mg, 1x/die

Transdermales Pflaster (Kentera®) 3,9 mg/24 h, 2x/Woche

Bei Therapie-Versagen und erst nach Urodynamischer Abklärung

Botulinum-Toxin 200-300 E
Bei geriatrischen PatientInnen wird Desmopresin (Minirin®) auf Grund der Nebenwirkungen nicht empfohlen.

Die Medikamentöse Therapie wird an die Nierenfunktion angepasst. Bei Kreatinin-Clearance von < 30 ml/min muss die Dosis halbiert werden. Leberfunktionsstörungen erfordern bei Oxybutinin, Tolterodin, Darifenacin und Solifenacin ebenfalls eine Dosisreduktion. Interaktionen mit Cytochrom P450 3A4, 2D6 sollten bei Fesoterodine/Tolterodine beachtet werden, sodass Kombinationen mit Makrolidantibiotika, Antimykotika, Antiviralen Substanzen vermieden werden müssen.

Auch wenn die neueren detrusorrelaxierenden Anticholinergica immer spezifischer den Muskarinrezeptor beeinflussen, muss der gesamte „Anticholinergic Load“ der eingenommen Substanzen beim betroffenen Patienten beachtet werden (Tab. 6).

Ausblick

Mit Mirabegron wurde eine nicht anticholinerg wirksame Substanz mit guter Wirksamkeit und Verträglichkeit in einer grossen randomisierten Placebo-kontrollierten doppelblinden Multicenter-Studie getestet. Mirabegron ist ein Beta3 Agonist, der die Blasenmuskulatur erschlaffen lässt und somit in der Behandlung der überaktiven Blase eingesetzt werden könnte. Die Marktzulassung in der Schweiz ist noch nicht erfolgt.

Die Behandlung der Belastungsincontinenz

Die Belastungsincontinenz bedarf einer mindestens 3 monatigen konservativen Therapie, bevor Entscheide zu operativer Ver-

sorgung (zB „Tension free Vaginal Tape“ TVT) gefällt werden. Die konservative Behandlung besteht aus Verhaltensanpassungen wie Gewichtsreduktion, Rauchstopp, der lokalen Oestrogenisierung und im aktiven Training der Beckenbodenmuskulatur.

Auch im höheren Alter kann eine Bandeinlage erwogen werden. Alter an sich ist keine Kontraindikation, aber davor sollten alle Patientinnen folgende Massnahmen erhalten:

- Angemessene konservative Behandlung. Klärung der Erwartungen
- Urodynamische Testung
- Präoperatives Assessment und postoperative Überwachung um Delir und Infektionsrisiko zu reduzieren und sowie Dehydratation und Stürze zu vermeiden

Je nach Ausmass der Inkontinenz vergütet die Krankenkasse Ausgaben beim Inkontinenzmaterial (Tab. 7).

Behandlung von Miktionstörungen

Definition: Restharn normal < 100 ml.

bei 200–500 ml: DK evaluieren, genaue Definition ist nicht vorhanden Ursachen:

- **Atonie** des Detrusors
- im Alter gehäuft auch bei Frauen, durch Medikamente und reduzierte Mobilität mitbedingt, oft postoperativ
- **Obstruktion** bei Prostatahypertrophie, Urethraeränderungen, Deszensusproblemen mit Quetschhahnmechanismus

Abklärung: mittels Restharnbestimmung sonographisch

Zudem ist die Beurteilung der Nierenfunktion und des postrenalen Abflusses (Hydronephrose?) wichtig. Der Medikamenten-Check und das Erfassen der Komorbiditäten wie Diabetes, Neurologische Erkrankungen (CVI, Parkinson, MS, Cauda Symptome, Spinalkanalstenose) geben weitere Hinweise auf Ursachen.

Die Therapie bei Blasenatonie besteht vorallem in der Anpassung der Medikamente und auch dem Fördern der Mobilität. Der Einsatz von Alpha-Blockern bei Frauen entspricht einem Off-label Use, kann aber zT hilfreich sein. (keine Evidenz). Cholinergica nützen leider wenig. So ist man auch bei betagten Personen auf einen DK angewiesen. Auch hochbetagte Menschen können nicht selten, sofern es die kognitiven und manuellen Fähigkeiten zulassen, das Selbst-Katheterisieren erlernen.

Bei Obstruktion sind weitere urologische Abklärungen oft unumgänglich. Bei Frauen kann die Pessartherapie bei Deszensusproblemen erwogen werden. Wichtig ist, dass bei kognitiver Verschlechterung das Umfeld der Betroffenen informiert ist, damit die nötigen Wechsel nicht vergessen gehen. Urininkontinenz ist auch beim älteren Menschen gut behandelbar.

Die einfache Basisabklärung leitet zur Diagnose und einer den konkreten Bedürfnissen angepassten Behandlung. Sprechen Sie Ihre Patienten und Patientinnen an.

Dr. med. Elisabeth Angst-Wagen

Oberärztin, FMH Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie
Kirchgasse 11, 8907 Wettswil
elisabeth.angst@gzdielsdorf.ch

➤ **Interessenkonflikt:** Die Autorin hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

➤ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

«Anticholinergic load» TAB. 6 Medikamente und ihre Wirkung auf Kognition		
Benzodiazepine	Flurazepam, Diazepam	Entzugsdelir
Opioide, Opiate	Fentanyl, Pethidin, Morphin	Stark anticholinerg
Antipsychotika, Neuroleptika	Phenothiazine, Clozapine	Risperidon: keine anticholinerge Wirkung
Antidepressiva:		
Trizyklische Antidepressive SSRI	Amytriptiline	in ca 5% Delir selten Delir
Parkinson-Medikamente	Levodopa Dopamin-Agonist Pergolid Bromocriptin	in ca 5% Delir 11–33% Delir 12% Delir
Antiepileptica	Phenytoin, Phenobarbital	häufig Delir
Kardiale Medikamente	Digoxin	Auch bei therapeutischem Spiegel: kognitive NW
Kortikosteroide	Dosisabhängig: zB: Prednison >80mg	18% Delir
Nichtsteroidale Antirheumatika	Indomethazin, Naproxen, Ibuprofen	Delir, Gedächtnisstörungen
Antibiotika	Penicilline, Cephalosporine, Quinolone	Hohes Alter, bei hohen Dosen, iv-Verabreichung: Delir-Risiko erhöht
aus A.R. Moor Drugs-Aging 1999		

TAB. 7 Einlagen Vergütung durch Krankenkasse	
Leichte Inkontinenz Urinverlust < 100 ml/4 h	Keine Vergütung
Mittlere Inkontinenz Urinverlust 100 bis 200 ml/4 h	CHF 624.–/Jahr (pro rata)
Schwere Inkontinenz Urinverlust > 200 ml/4 h	CHF 1260.–/Jahr (pro rata)
Totale Inkontinenz, Unkontrollierter, dauernder Urin- und Stuhlabgang	CHF 1884.–/Jahr (pro rata)

Take-Home Message

- ◆ Die Überaktive Blase und die gemischte Inkontinenz (Überaktive Blase und Belastungsinkontinenz) treten im höheren Alter in den Vordergrund
- ◆ Die Basisabklärung umfasst neben der genauen Anamnese mit blasenspezifischen Fragen auch die Komorbiditäten und die genaue Medikamenteneinnahme
- ◆ Die Behandlung der Überaktiven Blase mit/oder ohne Urininkontinenz wird als Stufentherapie gestaltet mit den Modulen der Verhaltenstherapie, der lokalen Oestrogenisierung und falls dies nicht wirksam ist einer medikamentösen Behandlung
- ◆ Alter ist keine Kontraindikation für eine Bandeinlage
- ◆ Bei Miktionstörungen Ursachen abklären, Beurteilung der Nierenfunktion und des postrenalen Abflusses (Hydronephrose) wichtig
- ◆ Bei Blasenatonie Kontrolle der Medikamente essenziell
- ◆ Bei Obstruktion sind weitere urologische Abklärungen zur Beurteilung von Obstruktion, Prostatahyperplasie, Urethrastenose oft unumgänglich