

# JOURNAL FÜR MENOPAUSE

MADERSBACHER H

**Die Inkontinenz der Frau im Alter - spezielle therapeutische Gesichtspunkte**

*Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Schweiz), 7-13*

*Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Deutschland)  
7-12*

*Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Österreich), 7-13*

**Homepage:**

**[www.kup.at/menopause](http://www.kup.at/menopause)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

# Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

## Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# DIE INKONTINENZ DER FRAU IM ALTER – SPEZIELLE THERAPEUTISCHE GESICHTSPUNKTE

## *Incontinence in the elderly woman – special therapeutic aspects*

### **Summary:**

*Urinary incontinence in elderly women is marked by the fact that often a mixture of types occurs, particularly of stress and urge incontinence. Unwanted urinating is generally caused by several factors and hence offers a number of options for treatment. It must, however, be said that urinary incontinence in the elderly is also a problem of the surroundings, not just the bladder. These must also be organised to aid the continence problem. Active treatment should be*

*tried if the patient is suffering, mobile and in a mental state which enables the suggested treatment to be carried out. Immobile or senile patients will force the physician to rely on absorbent material or catheters. Permanent catheterization is only indicated when the incontinence is coupled with a clinically relevant insufficient emptying of the bladder which can not be effectively treated.*

**Key words:** *urinary incontinence, urge incontinence, stress incontinence, elderly women, therapy*

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Harninkontinenz der älteren Frau ist dadurch gekennzeichnet, daß häufig Mischformen, insbesondere eine gemischte Drang- und Streßinkontinenz, vorliegen. Unfreiwilliger Harnabgang ist meist multifaktoriell und bietet daher eine Reihe von Angriffspunkten zur Behandlung. Allerdings ist die Harninkontinenz des älteren Menschen nicht nur ein Problem der Harnblase, sondern auch ein Problem des Umfeldes, das dementsprechend kontinenzfreundlich gestaltet werden muß. Eine aktive Behandlung ist anzustreben und sinnvoll, wenn ein entsprechender Leidensdruck besteht, die Patientin mobil ist und die zerebrale Situation die Durchführung der empfohlenen Behandlungsmaßnahmen erlaubt. Lediglich bei immobilen und geistig abgebauten Patientinnen sind aufsaugende und ableitende Inkon-

tinenzhilfsmittel die Therapie der Wahl. Die Dauerharnableitung ist nur dann indiziert, wenn der unfreiwillige Harnabgang mit einer ungenügenden, therapeutisch nicht beeinflussbaren, klinisch relevanten Störung der Blasenentleerung einhergeht.

## EINLEITUNG

Mit zunehmendem Älterwerden unserer Bevölkerung hat die Harninkontinenz, auch der Frau, eine neue Dimension und Charakteristik erhalten. Epidemiologische Studien, wie die zuletzt von Madersbacher S. et al. [1] veröffentlichte Studie über die Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum, zeigen, daß 42 % der 60–69jährigen und 35 % der über 70jährigen Frauen von Harninkontinenz betroffen sind. Auch die Häufigkeit der verschiedenen Inkontinenzformen hat sich geändert: Wäh-

rend noch vor 20 Jahren die Mehrzahl der Frauen an einer Harnstreßinkontinenz litt, muß man bei den über 70jährigen heute annehmen, daß in 80 % eine Mischinkontinenz vorliegt, in erster Linie eine gemischte Drang- und Streßinkontinenz. Mit zunehmendem Alter ist die Drangsymptomatik durch eine neurogene Störung im Sinne einer zerebral enthemmten Blase zumindest mitverursacht. Bei etwa 10 %, mit zunehmendem Alter häufiger, führt eine Detrusorschwäche zur unvollständigen Blasenentleerung mit Oberlaufinkontinenz, meist in Form einer Drangüberlauf- oder Streßüberlaufinkontinenz.

Das Ursachenspektrum der Harninkontinenz im Alter ist mannigfaltig. Die Tatsache, daß mehrere, häufig gleichzeitig bestehende pathophysiologische Faktoren zum unfreiwilligen Harnabgang führen, gibt uns therapeutisch die Chance, die eine oder andere Ursache zu beseitigen und damit auch im höheren Alter die Inkontinenz erfolgreich, im allgemeinen durch konservative Maßnahmen, zu behandeln und in den Griff zu bekommen. Inkontinenz im Alter ist jedoch nicht nur ein Blasenproblem, sondern hängt auch von einer Reihe anderer Faktoren, wie Mobilität des Betroffenen, der Erreichbarkeit der Toilette und deren Ausstattung, ab. Neben den spezifischen Behandlungsmaßnahmen müssen daher auch allgemeine Maßnahmen getroffen werden, die man unter dem Schlagwort „Schaffung eines kontinenzfreundlichen Umfeldes“ subsumieren kann.

## BESONDERE ASPEKTE DER HARNSTRESSINKONTINENZ

Was die *Streßkomponente* anlangt, so ist bekannt, daß im Alter die Muskelmasse des Beckenbodens abnimmt. Es ist jedoch nicht nur die Hypermobilität des Beckenbodens, die zur Harnstreßinkontinenz führt, sondern bei älteren Frauen auch eine zunehmende intrinsische Sphinkterschwäche durch alterbedingte Degeneration quergestreifter Sphinkterfasern [2].

Mehr als bei jüngeren Frauen muß das Beckenbodentraining unter Anweisung und Kontrolle einer Physiotherapeutin durchgeführt werden, damit vor allem die ältere Frau wieder den richtigen Einsatz ihrer Beckenbodenmuskulatur erlernt. Die Elektrotherapie ist dabei eine wertvolle Hilfe. Mehr als bei jüngeren Frauen kann die Elektrotherapie im Sinne einer Langzeitbehandlung zu einer Verbesserung der Muskelkraft führen. Der Einsatz alphaadrenerger Substanzen ist häufig wegen eines bestehenden Bluthochdruckes nicht möglich und wegen der nicht bewiesenen Effektivität nur in Einzelfällen gerechtfertigt.

## BESONDERE ASPEKTE DER DRANGINKONTINENZ

Das normalerweise vorhandene Gleichgewicht zwischen der Stärke der afferenten Impulse und der Fähigkeit des Gehirns, diese zu kontrollieren und zu modulieren, kann beim älteren Menschen durch drei Faktoren gestört sein:

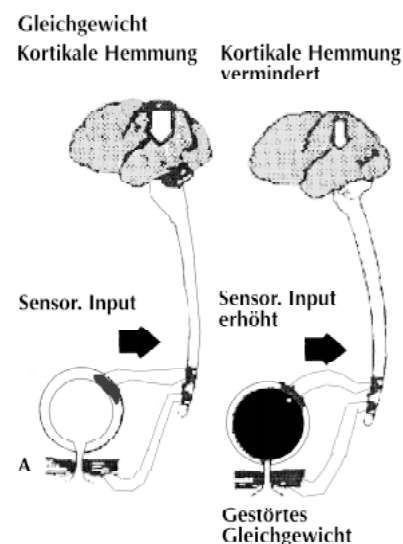
1. durch *verstärkte Afferentierung*,
2. durch *zerebrale Enthemmung* und
3. durch *degenerative Veränderungen im Detrusor selbst* (s. Abb. 1).

1. Häufigste Ursache für die *verstärkte Afferentierung* sind chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte, die oft symptomarm verlaufen. Sie erfordern nicht nur eine Behandlung, sondern auch entsprechende prophylaktische Maßnahmen. Weitere Ursachen können ein Östrogenmangel, der durch Hormonsubstitution, bevorzugt mittels Östriol, korrigiert werden muß, sowie ein Abflußhindernis, z. B. eine unelastische Harnröhre im Rahmen einer sog. atrophischen Urethritis, zu deren Behandlung sich bei der älteren Frau die Harnröhrendehnung bewährt hat, sein. Ob und inwieweit bei der älteren Frau auch Epitheldefekte der Blaseschleimhaut zu einer verstärkten Afferentierung und damit zu einem sensorischen Reizblasensyndrom beitragen können, ist ebenso in Diskussion, wie die dafür angegebenen Behandlungsmöglichkeiten zum Wiederaufbau der Polyyglykanschicht des Blasenepithels.

2. *Degenerative und krankhafte zerebrale Veränderungen*, wie Zerebralsklerose, Morbus Parkinson, Apoplexie u. a., führen zu Defekten in der Schaltzentrale Gehirn. Die Hemmung des Kortex auf den Detrusorreflex nimmt ab oder fällt aus, es kommt zur zerebral enthemmten Blase.

Die *Therapie der Dranginkontinenz* besteht daher zunächst in der Beseitigung möglicher Ursachen, der Kompensation zerebraler Defekte durch Kontinenz-

Abbildung 1: Das normalerweise bestehende Gleichgewicht zwischen der Stärke der aus der Peripherie in das zentrale Nervensystem bzw. zum Kortex gelangenden afferenten Impulse und der Fähigkeit des Kortex diese zu kontrollieren und zu modulieren, kann sowohl durch verstärkte Afferentierung als auch durch verminderte Hemmung bei einem Defekt in der „Schaltzentrale“, im Alter durch eine Kombination von beiden, aber auch durch degenerative Veränderungen in der Harnblase selbst, gestört werden und zur Hyperaktivität und Hypersensitivität des Detrusors führen



training sowie in der Dämpfung des hyperaktiven Detrusors in erster Linie durch die heute erhältlichen effektiven *Anticholinergika*. Bei der Behandlung mit Anticholinergika sollte man aufgrund der im Alter veränderten Resorptions- und Ausscheidungsbedingungen mit vergleichsweise kleinen Dosen beginnen und, wenn notwendig, schrittweise steigern. Mundtrockenheit, insbesondere bei vorbestehendem Sicca-Syndrom, ist die störendste anticholinerge Nebenwirkung im Alter. Tolterodine (Detrusitol<sup>®</sup>, Trospiumchlorid (Spasmo-lyt<sup>®</sup>) sowie Propiverin (Miconorm<sup>®</sup>, in Österreich nicht registriert) haben in kontrollierten Studien [4–6] bei fixen Dosierungen deutlich weniger Mundtrockenheit als Oxybutynin (Ditropan<sup>®</sup>).

Werden diese Medikamente wegen ihrer anticholinergen Nebenwirkungen nicht vertragen oder führen sie nicht zum gewünschten Effekt, so stellt auch bei älteren Frauen die *elektrische Neuromodulation des Miktionsreflexes* durch Elektrostimulation der Afferenzen des Nervus pudendus, unserer Erfahrung nach am besten via Nervus clitoridis, eine brauchbare, einfach durchzuführende und auch als Heimbehandlung geeignete Behandlungsmethode dar. Die urodynamischen Effekte – Vergrößerung der funktionellen Blasenkapazität und Absenken des Detrusordruckes – sind durchaus mit der einer Pharmakotherapie vergleichbar, ohne daß Nebenwirkungen auftreten [7].

Eine große Rolle spielen bei älteren Patientinnen mit Dranginkontinenz verhaltenstherapeutische Maßnahmen, das sog. „*Kontinenztraining*“, bei Frauen mit guter

zerebraler Leistung in Form des *Miktionstrainings*, unterstützt durch Pharmakotherapie, bei Hirnleistungsschwächeren im Rahmen des *Toilettentrainings* – regelmäßiger Gang zur Toilette vor Auftreten des imperativen Harnanges. Grundlage sowohl für das Miktions- als auch für das Toilettentraining sind infektfreier Harn und die Erstellung eines Blasenentleerungsprotokolls, aus dem die Miktionszeiten und die dabei jeweils entleerten Harnmengen zu entnehmen sind, sowie abzulesen ist, ob die Betroffene zum Zeitpunkt der Blasenentleerung bereits naß oder noch trocken war.

Nicht zu unterschätzen ist auch bei der Dranginkontinenz der älteren Frau der Wert des *Beckenbodentrainings*: Die Fähigkeit, den Beckenboden wieder kneifen zu können, ermöglicht der Betroffenen bei auftretendem Harnrang den drohenden Harnabgang durch Kontraktion des Beckenbodens zu verhindern. Der Effekt ist nicht nur ein rein mechanischer durch Kompression des Blasenauslasses, sondern die durch die Beckenbodenkontraktion ausgelöste Afferentierung im Nervus pudendus führt zu einer Dämpfung des Detrusors. Der Drang geht so vorüber; die Toilette sollte erst danach, wenn der imperative Harnrang und die damit verbundene Gefahr der Dranginkontinenz abgeklungen ist, aufgesucht werden.

---

## ASPEKTE ZUR DIAGNOSTIK

---

Bei der großen Zahl inkontinenter älterer Frauen ist die Abklärung allein durch den Spezialisten

nicht möglich und auch nicht notwendig. Die *Basisuntersuchung* – dazu gehören Anamnese, klinische Untersuchung, Harnanalyse, Restharnbestimmung und Miktionsprotokoll – kann bei etwa 80 % der Betroffenen die Situation soweit klären, daß man mit einer konservativen Therapie beginnen kann.

Bei der Anamnese ist, vor allem bei älteren multimorbiden Betroffenen, auf die aus anderen Gründen eingenommenen Medikamente zu achten, die entweder *per se* die Harninkontinenz verstärken oder die geplante anticholinerge Therapie schwächen bzw. durch Synergismus zu verstärkten Nebenwirkungen führen. Epidemiologische Studien haben gezeigt, daß die Prävalenz der Harninkontinenz bei älteren Menschen größer ist, wenn sie Schleifendiuretika (Furosemid) oder Psychopharmaka einnehmen. Psychopharmaka führen im allgemeinen zu einer Dämpfung des Detrusors und sind nicht selten Ursache für eine Überlaufdrang- oder Überlaufstreßinkontinenz. Die zur Therapie des Morbus Alzheimer jetzt häufig eingesetzten Cholinesterasehemmer haben keinen neutralisierenden Effekt auf die anticholinerge Therapie, da sie M1-Rezeptoren stimulieren, während sich in der Blase M2- und M3-Rezeptoren finden. Parkinson-Mittel mit anticholinergischer Wirkung verstärken sie. Alpha-rezeptorenblocker, zur Therapie des Bluthochdruckes verordnet, senken den Blasenauflaßwiderstand und können so eine *Harnstreßinkontinenz* verstärken.

Resnick und Yalla [8] haben bereits vor Jahren festgestellt, daß bei über der Hälfte der Hochbe-

tagten die Hyperaktivität des Detrusors mit einer Hypokontraktilität, also mit einer Detrusorschwäche, einhergeht, die nicht nur die Behandlung der Drangkomponente erschwert, sondern auch zur Überlaufinkontinenz führen kann. Deshalb ist die Bestimmung des Restharns im Rahmen der Basisdiagnostik sowie seine Kontrolle unter anticholinergischer Therapie ebenso wichtig wie das zuerst erwähnte Miktionsprotokoll.

### RESTHARN ALS KOMPLIZIERENDER FAKTOR

Die Behandlung der Kombination von Detrusorschwäche und Dranginkontinenz kann schwierig sein, da Anticholinergika den Detrusor weiter schwächen. Am besten kann man den Restharn durch Double- oder Triple-voiding absenken, indem die Patientinnen aufgefordert werden, etwa 15 oder 20 Minuten nach erfolgter Blasenentleerung nochmals eine Miktion zu versuchen. Man kann so den Restharn schrittweise reduzieren. Das Verhältnis von funktioneller Blasenkapazität zu Restharn bestimmt die klinische Relevanz des Restharns bezüglich Miktionsfrequenz: Solange der Restharn unter 50 % der Blasenkapazität bleibt, ist die Situation im allgemeinen tolerabel und auch eine vorsichtige pharmakologische Dämpfung des Detrusors indiziert. Erhöht sich der Restharn auf 50 % der Blasenkapazität, so ist (a) die pharmakologische Dämpfung des Detrusors kontraindiziert und (b) aufgrund der klinischen Relevanz eine weiterführende Behandlung notwendig: Cholinergika können über eine

verbesserte Tonisierung zu einer verbesserten Perzeption mit Verspüren des Harndranges bei physiologischer Blasenfüllung führen. Die Effizienz der Detrusorkontraktion ist bei physiologischer Blasenfüllung besser als bei zu geringem oder zu großem Füllungsvolumen.

### IST DAS UMFELD KONTINENZ- FEINDLICH ODER KONTINENZ- FREUNDLICH?

Neben diesen spezifischen Behandlungsmaßnahmen kommt allgemeinen Maßnahmen bei der älteren inkontinenten Frau eine besondere Bedeutung zu.

Zunächst muß der Leidensdruck evaluiert werden: Während bei manchen Patientinnen bereits der Abgang von einigen Tropfen Harn eine Katastrophe bedeutet, sind andere Menschen durch den unfreiwilligen Abgang größerer Harnmengen mitunter kaum irritiert. Die Durchführung aktiver Maßnahmen erfordert die Mitarbeit des Betroffenen, die durch den Leidensdruck mitbestimmt wird.

Die allgemeine Mobilität, die Wegstrecke zur Toilette und die Einrichtung der Toilette selbst sind wichtige Kriterien. Die Schaffung eines kontinenzfreundlichen Umfeldes ist insbesondere bei Frauen, bei denen die Dranginkontinenz bzw. die zerebral enthemmte Blase überwiegt, von besonderer Bedeutung. Die Schaffung eines kontinenzfreundlichen Umfeldes ist häufig die Voraussetzung dafür, daß auch die anderen Therapiemaßnahmen greifen.

### AKTIVE BEHANDLUNG ODER VERSORGUNG MIT INKONTINENZHILFSMITTEL?

Nur bei immobilen und geistig abgebauten Patienten sind aktive Maßnahmen nicht indiziert und Inkontinenzhilfsmittel die Behandlung der Wahl. Die Dauerharnableitung als Behandlungsmaßnahme einer Harninkontinenz ist im allgemeinen kontraindiziert. Nur wenn die Harninkontinenz mit einer Harnentleerungsstörung mit relevantem Restharn einhergeht und dieser nicht abgesenkt werden kann, ist eine Dauerharnableitung angezeigt. Wegen der meist gleichzeitig bestehenden Stuhlkontinenz und der damit verbundenen Keimkontamination des Dammes und des äußeren Genitales ist die suprapubische Harnableitung der transurethralen Harnableitung vorzuziehen.

Durch aktive Behandlungsmaßnahmen kann bei Berücksichtigung des vielfältigen Ursachenspektrums auch bei älteren Frauen auf konservativem Wege in etwa 25 % ein Abklingen der Harninkontinenz und bei weiteren 50 % eine erhebliche Verbesserung in Hinblick auf Reizblasensymptomatik und Ausmaß der Harninkontinenz erreicht werden. Dadurch wird die Lebensqualität, auch der älteren Frauen, wesentlich verbessert. Zudem ist die aktive Behandlung ökonomischer und billiger als die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.

#### Literatur:

1. Madersbacher St, Haidinger G, Tremml Ch. Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung – Ergebnisse einer offenen Querschnittstudie. J Neurol

Urolyn, 1999; im Druck. Urol Urogynäkol 1999; 6: 31 (Abstract).

2. Peruchini D, DeLancey JO, Miller Ashton C. Regional striated muscle loss in the female urethra: where is the striated muscle vulnerable. J Neurorol Urolyn 1997; 16: 407–8.

3. Elbadawi A, Yalla SV, Resnick NM. Structural basis of geriatric voiding dysfunction. Detrusor overactivity. J Urol 1993; 150: 1668.

4. Madersbacher H, Stöhrer M, Richter R, Burgdörfer H, Hachen HJ, Mürtz G. Trosipium chloride versus oxybutynin: a randomized, double-blind, multicentre trial in the treatment of detrusor hyperreflexia. Br J Urol 1995; 75: 452–6.

5. Madersbacher H, Halaska M, Voigt R, Alloussi S, Hofner K. A placebo-controlled, multicentre study comparing the tolerability and efficacy of propiverine and oxybutynin in patients with urgency and urge incontinence. BJU Int 1999; 84: 646–51.

6. Abrams P, Freeman RN, Anderström C, Mattiasson A. Efficacy and tolerability of tolterodine vs. oxybutynin and placebo in patients with detrusor instability. J Urol 1997; 157 (Abstract 402): 103.

7. Kiss G, Pointner J, Madersbacher H. Transcutane Elektrostimulation des N. dorsalis penis bzw. N. clitoridis bei Detrusorhyperaktivität – 5 Jahre Erfahrung. Der Urologe A 1998; 75 (Suppl 1) (Abstract).

8. Resnick NM, Yalla SV. Detrusor hyperactivity with impaired contractile function: an unrecognized but common cause of incontinence in elderly patients. JAMA 1987; 257: 3076–81.



**Hofrat Univ.-Prof. Dr. med. H. Madersbacher**

*Studium der Medizin und Promotion (1962) an der Universität Innsbruck. 1965 Beginn der Facharztausbildung an der Urologischen Univ.-Klinik Innsbruck, Facharztzuerkennung 1969. Anschließend Studienaufenthalte am Institute of Urology, London, Karolinska Sjukhuset, Stockholm, und am Baylor College of Medicine, Houston, Texas. 1973 Konsiliarius am Rehabilitationszentrum Bad Häring, dort Aufbau der urologischen Betreuung von Rückenmarkverletzten. 1976 Habilitation „Die neurogen gestörte Harnröhre: Urethrogramm und pathophysiologische Aspekte. 1977 leitender Oberarzt der Urologischen Univ.-Klinik Innsbruck. Seit 1980 ärztlicher Direktor der Univ.-Kliniken Innsbruck und seit 1981 a.o. Universitätsprofessor für Urologie. Seit 1995 Leiter der Neuro-Urologischen Ambulanz der Univ.-Klinik Innsbruck.*

*Prof. Dr. Madersbacher ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Vereinigungen und Verfasser von mehr als 250 wissenschaftlichen Publikationen und Buchbeiträgen.*

**Korrespondenzadresse:**

*Hofrat Univ.-Prof. Dr. med. H. Madersbacher  
Leiter der Neurologisch-urologischen Ambulanz und Ärztlicher  
Direktor am Landeskrankenhaus, Universitätsklinik Innsbruck  
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35*

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

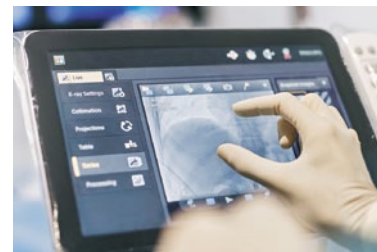
## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)